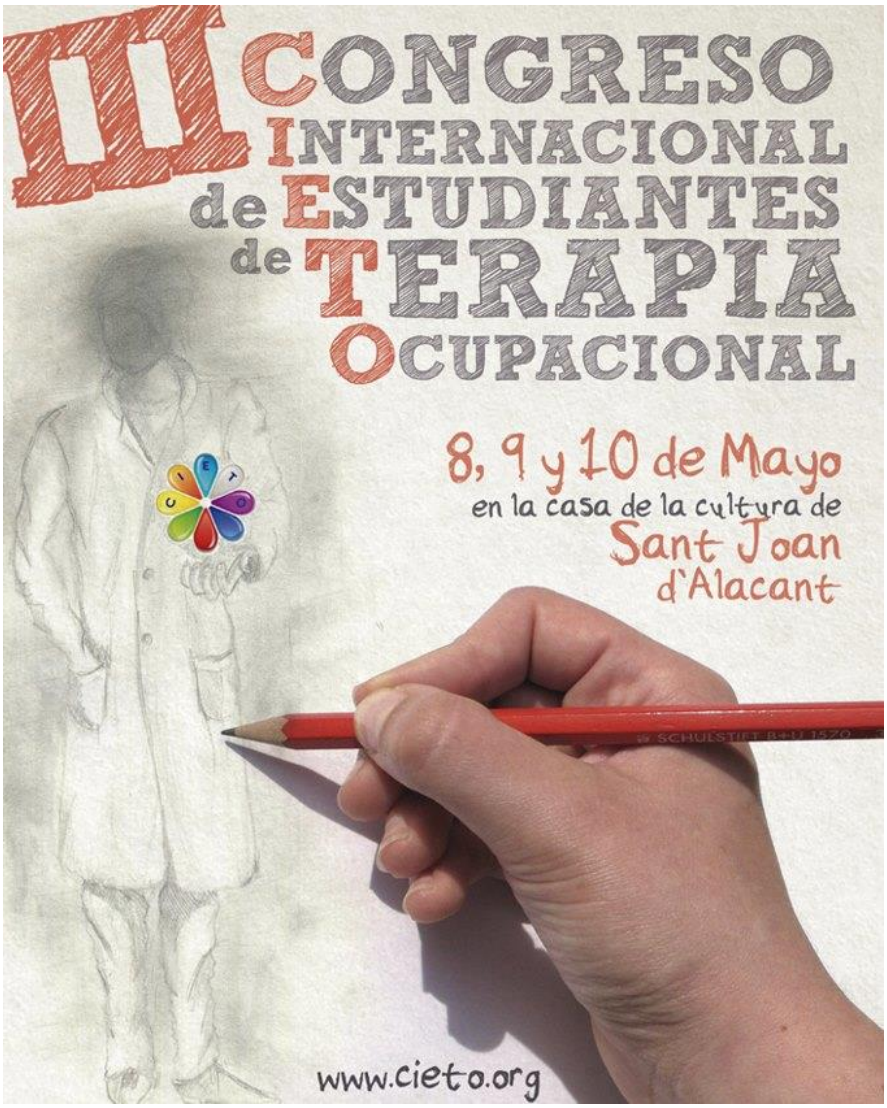


ACTAS DEL III CONGRESO INTERNACIONAL DE ESTUDIANTES DE TERAPIA OCUPACIONAL

Promueve y Coordina:

Revista de Terapia Ocupacional Galicia
Revista TOG
www.revistatog.com

Editado:

Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales (APGTO)

Compila:

Congreso Internacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional (CIETO)

Colabora:

Universidad Miguel Hernández. Facultad de Medicina

ACTAS DEL III CONGRESO INTERNACIONAL DE ESTUDIANTES DE TERAPIA OCUPACIONAL

Como citar este suplemento en sucesivas ocasiones
González Martínez MA, Montes Bernardo S. (compiladores). Actas del III Congreso Internacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. [Suplemento en Internet]. TOG (A Coruña); 2014 [citado fecha mes y año]. Disponible en: http://www.revistatog.com/supl/num9/supl9.pdf

ACTAS DEL III CONGRESO INTERNACIONAL DE ESTUDIANTES DE TERAPIA OCUPACIONAL

Coordinadora de la edición

Dña. Sonia Montes Bernardo

Graduada en Terapia Ocupacional

Compiladora

Dña. Mª Ángeles González Martínez

Presidenta del Comité Científico del CIETO III. Estudiante de Terapia Ocupacional

Miembros del Comité organizador

Gracias a la colaboración de todo el comité organizador del CIETO III por la realización de ésta maquetación, pero en especial a:

Dña. Alicia Sánchez Pérez. Presidenta de Honor.

Dña. Estefanía Maciá Martínez. Presidenta.

Dña. Delia Masegosa Rincón. Secretaria.

Dña. Teresa Feixas Gómez. Tesorera.

Dña. Laura Company Gabucio. Vocal del comité de promoción.

Dñas. Samia Abarkan e Irene Beltrá. Comité web.

Catalogación_

González Martínez MA, Montes Bernardo S (compiladores) Actas del III Congreso Internacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional [Suplemento en Internet]. TOG (A Coruña); 2014 [citado fecha mes y año]; Vol 11, Supl 9. Disponible en: http://www.revistatog.com/supl/num9/supl9.pdf

Páginas 172
Incluye Bibliografías e Índice, portada y contraportada.
Versión electrónica, imprimible.

ISSN 1885-527X

Título Original:

ACTAS DEL III CONGRESO INTERNACIONAL DE ESTUDIANTES DE TERAPIA OCUPACIONAL

PROCEEDINGS OF THE III INTERNATIONAL CONGRESS OF OCCUPATIONAL THERAPY

Esta primera edición fue publicada en el mes de Junio de 2014

REVISTA TOG www.revistatog.com	CONTACTO CON REVISTA TOG Visite nuestra página www.revistatog.com ESPAÑA Email: miguelrevistatog@yahoo.es togrevista@gmail.com

ISSN 1885-527X

La Terapia Ocupacional es una ciencia en constate cambio. Según avanza las nuevas investigaciones y la experiencia teórica y clínica nuestro conocimiento crece. Los compiladores de la obra y los autores de los capítulos han verificado toda la información con fuentes fidedignas, para asegurarse que sea completa y acorde con los estándares aceptados en el momento de la publicación. Aún así, por posible error en la trascripción o en la recogida de datos, se recomienda al lector confirmarlas con otras fuentes. Los compiladores y autores, han realizado todo el esfuerzo posible para localizar a los titulares del copyright del material utilizado. Si por error u omisión no se ha citado algún titular, se subsanará en nota que www.revistatog.com editará en su página web una vez localizado.

Gracias por acceder a www.revistatog.com. Este libro es resultado del esfuerzo de sus compiladores y autores, así como del compromiso de la APGTO, Revista TOG.

Para usar el material que se ofrece con este libro es necesaria la confirmación de Revista TOG por medio del email miguelrevistatog@yahoo.es y la referencia obligada del libro y de Revista TOG.

Revista TOG mantiene todos los derechos sobre este libro, para cualquier utilización de sus contenidos, tiene que haber permiso expreso de Revista TOG (por medio del mail miguelrevistatog@yahoo.es).

La Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales es la editora de Revista TOG. La idea principal de TOG, más allá de la Asociación Profesional de la que parta, es conseguir unificar criterios científicos y aunar al mayor número posible de profesionales y ciencias afines, que se sientan identificados con la publicación.

Rev. TOG intenta ser un puente entre los profesionales de América Latina y del resto del mundo con los profesionales que residen en España.

Rev. TOG intenta tener un cuerpo estructural y metodológico concreto para poder ofrecer a sus lectores un rigor científico, convirtiéndose así en una más de las fuentes de conocimiento actual.

Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales (APGTO)

Componentes de la Junta directiva de APGTO

Presidenta

Andrea Alonso Cadavid

Vicepresidenta

Sabela Gómez Villar

Secretaria

Paula Parga Amado

Vicesecretaria y Tesorera

Tania Romeu Ces

Vocales

Sonsoles Mosteiro Sigüenza
Iria Abad Rivera
Bibiana Ramón López
César Bouzón Seoane
Laura Nieto Riveiro

Revista de Terapia Ocupacional Galicia
Revista TOG
www.revistatog.com

Componentes de Revista TOG
www.revistatog.com

Director de TOG
D. Miguel Ángel Talavera Valverde.

Secretaria
Dña Iria Fernández Rivera
Dña. Ana Isabel Souto Gómez

Comité Redactor
Dña Uxia Gutiérrez Couto.
Dña Iria Fernández Rivera
Dña. Ana Isabel Souto Gómez
D. Pedro Moruno Miralles

Comité Asesor
Dña Ana Calvo Ferrer.
Dña Azucena Blanco Pérez.
Dña Beatriz Casal Acción.

Comité de Difusión de TOG
D. Pedro Loarte Fernández
Dña. Nuria Expósito de Haro
Dña. Vanessa Alcántara Porcuna
Dña. Desiré Traver Edo
Dña. María Jesús Anta Arquelladas
D. Roberto Gil Martín
Dña. Vicenta Madrid Serrano
Dña. Sara Colom Visa
Dña. Tania Romeu Ces?

Comité de Estilo
Dña. Teresa Mejuto Martí.

Comité de Recursos Informáticos
Dña. Laura Nieto
Dña. Sonia Reboredo

Comité de Monográficos y Suplementos
Dña. Sonia Montes Bernardo
Dña. Cecilia Touceda Rey
Dña. Cristina Esmerode Iglesias

Web Master.
D. Eladio Fernández Barrigüete

Equipo de Traducción
Grupo 1
Dña. María Pais Abeijón
Dña. Lucía Outeiral Barbazán
Dña. Verónica Varela Domínguez
Dña. Vanesa Suárez
D. Jesús Mosquera Fontes
Dña. Mª Jesús Viña Areosa
Dña. Laura Maciñeiras Regueiro
Dña. Beatriz Abril Candiera

Equipo revisor de bibliografías
Grupo 1
Dña. Yoanna Corral Bergantiños
Dña. Silvia Eiroa Santos
Dña. Tania Muiño Vila
Dña. Miriam Soliño Barros

Equipo revisor de bibliografías
Grupo 2
Dña. Lydia Abad Itoiz
Dña. Eva Alba Miranda
Dña. Shere Couce Loureiro
Dña. Silvia Gerpe López
Dña. Mara José Hermida Magariños
Dña. Alba Mayán Carballa

Comité de Honor Nacional
Dña. Mercedes Abella
Dña. Maria José Román
Dña. Ana Fons
Dña. Alicia Chapinal

Comité de Honor Internacional
Dña. Suzanne Peloquin.
D. Gary Kielhofner.
Dña. Ann A Wilcok
Dña. Christine Chaparro
Dña. Judye RanKa
Dña. Hanneke Van Bruggen
Dña. M. Carolym Baum

Comité Científico Nacional
Dña. Adriana Avila Álvarez.
D. Pablo A. Cantero Garlito.
Dña. Ana Isabel Corregidor Sánchez.
Dña. Nuria Garcia Gonzalo.
Dña. Pilar García Margallo
Dña. Emilia Navarron Cuevas.
Dña. Cecilia Ruiz Montero.
Dña. Teresa Sánchez Mozo.
D. Salvador Simo Algado.
Dña. Dulce Romero Ayuso.
Dña. Ines Viana Moldes.
Dña. Alba Mª Vázquez Otero
Dña. Lorena Vilaboy Filgueiras
D. Luís María Berrueta Maeztu
D. José Ramón Bellido Mainar
Dña. Ingrid Carrasco Rojo
Dña. María Jesús Laguna Canadilla
Dña. Alba María Mouzo Filgueiras
Dña. Inés Calvo Torres
Dña. Berta Pazos Lorenzo
D. Francisco Jose Mazorra Freire
Dña. Paloma Peña.
D. Jose Antonio Garrido.
Dña. Ana María García García
D. Francisco Javier Vidal.
Dña. Azucena Blanco.
Dña. Almudena Lamigeiro.

Comité Científico Internacional
Dña Eva Beatriz Carbone.
Dña. Liliana Paganizzi.
Dña. Claudia Marcela Rozo Reyes.
Dña. Andrea Monzón

ACTAS DEL III CONGRESO INTERNACIONAL DE ESTUDIANTES DE TERAPIA OCUPACIONAL

Promueve y Coordina:

Revista de Terapia Ocupacional Galicia
Revista TOG
www.revistatog.com

Editado:

Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales (APGTO)

Presentación del Suplemento_

INICIATIVAS DE PROMOCIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

INITIATIVES FOR PROMOTION OF OCCUPATIONAL THERAPY

D. Miguel Ángel Talavera Valverde. Terapeuta Ocupacional. Área Sanitaria de Ferrol. Servicio Gallego de Salud. Profesor Asociado Universidad de la Coruña. Facultad Ciencias de la Salud.
Director de Revista TOG www.revistatog.com

Como citar este documento en sucesivas ocasiones
Talavera Valverde MA. Iniciativas de promoción de la Terapia Ocupacional. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2014 [citado fecha mes y año]; Vol 11, Supl 9: p 8-9. Disponible en: http://www.revistatog.com/supl/num9/presentacion.pdf

Tras diez años de andadura, tenemos el orgullo de ofreceros el noveno suplemento publicado de Revista TOG, siendo cuatro de ellos proyectos gestionados por alumnos. Un colectivo, que sois los pilares de una disciplina y que tras vuestras energías, sueños y propuestas se está construyendo una profesión cada vez más sólida.

Iniciativas como la de este suplemento, tienen que incidir en la idea de que liderar proyectos tiene culminación más allá del evento congresual, ya que con esta iniciativa, se está construyendo ciencia. De la mano de los gestores de este evento y con la ayuda de Revista TOG, se están haciendo visibles todas las contribuciones de profesionales y alumnos que comparten espacios en pro de evolucionar una disciplina que necesita, de entre otras cosas, mucho valor para llevarse a término. Valor para diseñar espacios de discusión, de intercambio y de comunicación, en donde la gran beneficiada sea la Terapia Ocupacional.

Pero llegar hasta aquí, no puede ser algo baladí, ya que los esfuerzos personales no pueden quedar en el aire. Con esto, queremos animaros a que conforméis vuestras bases, a que colaboréis en red, a que de una forma u otra, y por fin tras tantos años de andadura en congresos nacionales e internacionales de estudiantes, nazca la Red de Estudiantes de Terapia Ocupacional, por que vosotros sois el futuro de una profesión que necesita de

vuestros esfuerzos, de vuestras propuestas y negociaciones, pero sobre todo de la unión que en muchos momentos no se transmite en plano profesional. Es el momento de comenzar, es el momento de demostrar al colectivo, a las asociaciones y colegios o a las universidades, que estáis preparados para iniciar el reto de apostar por un trabajo en Red de estudiantes de Terapia Ocupacional. Al igual que sucede en otros países, conformar esta Red de Estudiantes de Terapia Ocupacional, genera iniciativas y proyectos que culminan no solo en un congreso, si no que se desarrollan a lo largo de la vida profesional. Esta Red de Estudiantes de Terapia Ocupacional, debería, entre otras cosas, ser la que revolucione el espectro de la disciplina desde la base, que sois vosotros, los estudiantes, y que un día seréis profesionales.

Creemos que desde Revisa TOG, después de diez años, hemos conseguido contribuir a este desarrollo, siendo parte de vuestras inquietudes y promoviendo el conocimiento de una disciplina que necesita de vuestros esfuerzos. Seguiremos ayudando y difundiendo vuestras ideas y proyectos siempre que queráis contar con nosotros.

Nuestro grupo de trabajo de suplementos y monográficos, nos consta está haciendo todo lo posible para que vuestro esfuerzo tenga su culminación y lo seguirá haciendo pues el tesón de estas personas está estrechamente vinculado a vuestra inquietud como colectivo.

Junio 2014

Agradecimientos_

Dña. Mª Ángeles González Martínez. Responsable de la maquetación y compiladora de las Actas y Presidenta del comité científico del III CIETO.

Como citar este suplemento en sucesivas ocasiones
González Martínez MA. Agradecimientos de las compiladoras de las Actas del III Congreso Internacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2014 [citado fecha mes y año]; Vol 11, Supl 9: p 10-11. Disponible en: http://www.revistatog.com/supl/num9/agradecimientos.pdf

Comienzo mis agradecimientos por el Comité Organizador del III CIETO, ya que todas las personas que lo formamos podemos decir que el esfuerzo por presentar este congreso y lo que hemos ido aprendiendo durante esa organización en los momentos más difíciles y satisfactorios no nos pueden dejar indiferentes. Hay un antes y después para cada uno de nosotros tras el III CIETO, y sin su tesón jamás habría sido posible.

Gracias también a la Presidenta de Honor y Vicedecana Alicia Sánchez Pérez, que a pesar de su apretada agenda siempre nos apoyó y nunca dejó de creer en nosotros. No podemos olvidar a nuestras profesoras y terapeutas ocupacionales que participaron en el Congreso, moderaron las mesas, valoraron los carteles y exposiciones de estudiantes, facilitaron material para los talleres y aportaron todo lo que estuvo en sus manos para que el III CIETO fuera una realidad.

Agradecimientos indispensables a los ponentes que participaron en el congreso y muy especialmente a los que contribuyeron a esta compilación, para dejar un trocito de ellos en estas páginas.

No podemos olvidar instituciones como la UMH, el Ayuntamiento de Sant Joan D´alacant y todos los patrocinadores que consiguieron que finalmente el CIETO viera la luz una edición más, ni tampoco la participación voluntaria tanto de los intérpretes de inglés y francés de la Universidad de Alicante como los de Lengua de Signos a través de Copsea, con los que pudimos llegar a más gente que quiso escucharnos.

Muchas gracias a Miguel Ángel Talavera y al Comité de Gestión de Monográficos y Suplementos de la Revista TOG por darnos la oportunidad de compartir con el mundo esta ilusión.

Pero sobre todo a los estudiantes de Terapia Ocupacional que asistieron al Congreso, los que participaron activamente con exposiciones y carteles, los que las escucharon y entendieron cuán grande es la belleza de nuestra profesión, los que leerán estas palabras, los que participarán en otros Congresos como éste o en la siguiente edición del CIETO, y en especial, a todos los estudiantes extranjeros que disfrutaron y colaboraron con nosotros mediante su entusiasmo; sin poder olvidarnos de nuestros compañeros de Francia, ya que gracias al III CIETO fuimos invitados y asistimos con gusto al Congreso de estudiantes que organizó la UNAEE en Burdeos, afianzando relaciones y ampliando horizontes.

Las puertas se abren ante la seguridad del que sabe hacia dónde va. El futuro es nuestro, hagamos uso de él.

Por todo ello y una vez más, GRACIAS.

Entidades Promotoras, Editoras, Patrocinadoras y Colaboradoras_

Los compiladores de este Suplemento, Dña. Mª Ángeles González Martínez, Dña. Sonia Montes Bernardo y D. Miguel Ángel Talavera Valverde, como Director de la Revista TOG, quieren agradecer el esfuerzo de las Asociaciones Profesionales de Terapia Ocupacional, los Colegios Profesionales de Terapia Ocupacional, las entidades de promoción de la Terapia Ocupacional y las Universidades donde se desarrollan los estudios de Terapia Ocupacional, así como a todos aquellos que han prestado su colaboración y apoyo a este proyecto.

Promueve y Coordina:

Revista de Terapia Ocupacional Galicia
Revista TOG
www.revistatog.com

Editado:

Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales (APGTO)

Compila:

Congreso Internacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional (CIETO)

Colabora:

Universidad Miguel Hernández. Facultad de Medicina

Índice_

Presentación del Suplemento 07

D. Miguel Ángel Talavera Valverde

Agradecimientos 10

Dña. Mª Ángeles González Martínez

Entidades promotoras 12

Prólogo 16

Dña. Estefanía Maciá Martínez

Prefacio 17

Dña. Alicia Sánchez Pérez

Índice de contenidos

1. Vejez activa: exploración en tierras babayagas 19

D. Frèdéric Morestin

2. Une vieillesse active: exploration en terre babayagas 43

D. Frèdéric Morestin

3. Creación de un servicio de « asesoramiento al discapacitado » en kinshasa (RDC): ¿cuáles son las necesidades? 67

D. Dominique De Crits

4. Creation d'un service « conseil handicap » a kinshasa (RDC): quels besoins? 88

D. Dominique De Crits

5. Terapia ocupacional en salud mental. Dimensiones ocupacionales en el funcionamiento psicosocial y en los procesos de rehabilitación 109

D. Óscar Sánchez Rodríguez

6. Rigor de las publicaciones científicas en la gestión del razonamiento clínico como herramienta para la promoción de la terapia ocupacional 159

D. Miguel Ángel Talavera Valverde // D. Pedro Moruno Miralles // Dña. Ana Isabel Souto Gómez

7. Terapias ecuestres. Caso real 165

Dña. Vanessa Carrión Téllez

Contenidos_

Prólogo_

Dña. Maciá Martínez. Presidenta del III Congreso Internacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional.

Como citar este suplemento en sucesivas ocasiones
Martínez M. Prólogo del III Congreso Internacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2014 [citado fecha mes y año]; Vol 11, Supl 9: p 16. Disponible en: http://www.revistatog.com/supl/num9/prologo.pdf

"No tengo complejos de ninguna clase, la vida sigue y yo también. Lo único que quiero es que me miren con dignidad"

Con esta frase finalizaba el III Congreso Internacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional, recogiendo en unas pocas palabras la idea que perseguimos los estudiantes de Terapia Ocupacional al organizar este congreso: impulsar nuestra disciplina sin detenernos ante las no pocas dificultades que encontramos por el camino.

En este suplemento se recogen los conocimientos que grandes profesionales, tanto nacionales como internacionales, quisieron transmitir durante los tres días de este congreso.

En nombre de los componentes del Comité Organizador, esperamos que quienes lo lean disfruten tanto como nosotros lo hemos hecho preparándolo. Queremos transmitir el gran crecimiento personal y profesional que este congreso ha supuesto para nosotros, y animar tanto a estudiantes como a profesionales a impulsar grandes eventos para la Terapia Ocupacional.

Gracias a quienes asistieron al congreso y participaron en él, y a aquéllos que lean los artículos de este suplemento, ya que son estas personas las que cada día hacen más grande esta profesión.

Esperamos que nuestros caminos vuelvan a cruzarse en un futuro próximo.

Prefacio_

Dña. Alicia Sánchez Pérez. Presidenta de Honor del III Congreso Internacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional.

Como citar este suplemento en sucesivas ocasiones
Sánchez Pérez A. Prefacio del III Congreso Internacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2014 [citado fecha mes y año]; Vol 11, Supl 9: p 17. Disponible en: http://www.revistatog.com/supl/num9/prefacio.pdf

"Si quieres llegar rápido ve sólo, pero si quieres llegar lejos, ve acompañado"
(Proverbio africano)

Es un placer presentar las Actas del III Congreso Internacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional de la Universidad Miguel Hernández de Elche. Tras este congreso hay muchas horas de trabajo, mucho esfuerzo, y sobretodo mucha ilusión y ganas de dar a conocer la Terapia Ocupacional en nuestro entorno, a través de un proyecto de gran calidad.

Hasta este año, faltaba que hubiera una prueba escrita de lo que se dijo, de lo que se compartió en ese congreso y gracias a la iniciativa de Miguel Ángel Talavera, esta edición de las actas ha sido posible.

El objetivo de este congreso es ser un punto de encuentro de estudiantes y profesionales de Terapia Ocupacional donde se compartan experiencias, conocimientos, ideas, donde se creen contactos, colaboraciones que permitan a nuestra disciplina avanzar hacia la excelencia en el ámbito profesional, docente y de investigación. Esperamos seguir trabajado para lograr ese objetivo y que entre todos hagamos más grande esta preciosa profesión.

Artículos_

Prólogo_

Dña. Maciá Martínez. Presidenta del III Congreso Internacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional.

Como citar este suplemento en sucesivas ocasiones
Martínez M. Prólogo del III Congreso Internacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2014 [citado fecha mes y año]; Vol 11, Supl 9: p 16. Disponible en: http://www.revistatog.com/supl/num9/prologo.pdf

"No tengo complejos de ninguna clase, la vida sigue y yo también. Lo único que quiero es que me miren con dignidad"

Con esta frase finalizaba el III Congreso Internacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional, recogiendo en unas pocas palabras la idea que perseguimos los estudiantes de Terapia Ocupacional al organizar este congreso: impulsar nuestra disciplina sin detenernos ante las no pocas dificultades que encontramos por el camino.

En este suplemento se recogen los conocimientos que grandes profesionales, tanto nacionales como internacionales, quisieron transmitir durante los tres días de este congreso.

En nombre de los componentes del Comité Organizador, esperamos que quienes lo lean disfruten tanto como nosotros lo hemos hecho preparándolo. Queremos transmitir el gran crecimiento personal y profesional que este congreso ha supuesto para nosotros, y animar tanto a estudiantes como a profesionales a impulsar grandes eventos para la Terapia Ocupacional.

Gracias a quienes asistieron al congreso y participaron en él, y a aquéllos que lean los artículos de este suplemento, ya que son estas personas las que cada día hacen más grande esta profesión.

Esperamos que nuestros caminos vuelvan a cruzarse en un futuro próximo.

Prefacio_

Dña. Alicia Sánchez Pérez. Presidenta de Honor del III Congreso Internacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional.

Como citar este suplemento en sucesivas ocasiones
Sánchez Pérez A. Prefacio del III Congreso Internacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2014 [citado fecha mes y año]; Vol 11, Supl 9: p 17. Disponible en: http://www.revistatog.com/supl/num9/prefacio.pdf

"Si quieres llegar rápido ve sólo, pero si quieres llegar lejos, ve acompañado"
(Proverbio africano)

Es un placer presentar las Actas del III Congreso Internacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional de la Universidad Miguel Hernández de Elche. Tras este congreso hay muchas horas de trabajo, mucho esfuerzo, y sobretodo mucha ilusión y ganas de dar a conocer la Terapia Ocupacional en nuestro entorno, a través de un proyecto de gran calidad.

Hasta este año, faltaba que hubiera una prueba escrita de lo que se dijo, de lo que se compartió en ese congreso y gracias a la iniciativa de Miguel Ángel Talavera, esta edición de las actas ha sido posible.

El objetivo de este congreso es ser un punto de encuentro de estudiantes y profesionales de Terapia Ocupacional donde se compartan experiencias, conocimientos, ideas, donde se creen contactos, colaboraciones que permitan a nuestra disciplina avanzar hacia la excelencia en el ámbito profesional, docente y de investigación. Esperamos seguir trabajado para lograr ese objetivo y que entre todos hagamos más grande esta preciosa profesión.

VEJEZ ACTIVA: EXPLORACIÓN EN TIERRAS BABAYAGAS

ACTIVE AGE: EXPLORATION IN BABAYAGAS LAND

DECS: Cuerpo, vejez, mujer.
MESH: Body, old age, woman.

D. Frédéric Morestin
Terapeuta ocupacional, consultor Corresponsable del Máster 2 «Coordinación del Hándicap Neurológico del adulto». Universidad Pierre et Marie CURIE (Paris VI) 47, bis route de Brie 91800 BRUNOY.

Como citar este artículo en sucesivas ocasiones:
Morestin F. Vejez activa: exploración en tierras Babayagas. TOG (A Coruña) [revista en internet]. 2014 [-fecha de la consulta-]; Vol 11, Supl 9: p 19-42. Disponible en: http://www.revistatog.com/suple/num9/exploracion.pdf

Introducción

«Cuerpo decorado
Cuerpo recordado:
Este no es mi cuerpo.

Cuerpo acorde
Cuerpo a cuerpo:
Este es mi cuerpo.

Sin estar aún muerto,
Sin estar aún moribundo.

¿Quién ha dicho salto?
Vuela esqueleto,
¡Y ve al otro mundo!»

Thérèse CLERC
Montreuil, 18 de Marzo de 2009

Existen aventuras en las que se requiere tiempo para compartir todo lo que se ha sentido, y una de ellas, es el objeto de este artículo. La invitación de hoy para dar su testimonio, es un honor pero también una prueba, que el lector me perdone. La experiencia vivida desde las *Babayagas* de Montreuil trasciende... Se trata de sobrepasar los límites, de ir más allá,...

RÉSUMÉ

Alors que la Maison des Babayagas de Montreuil est désormais ouverte, cet article présente une expérience d'atelier de mouvement dansé réalisé avec onze des femmes initialement engagées dans le projet. Il montre comment d'un projet, qualifié d'utopique et à forte charge imaginaire, le collectif et chaque participante ont pu prendre en compte leurs corps vieillissant, souffrant et douloureux sans renoncer à le percevoir comme vivant.

RESUMEN

Desde el momento en que se abre la Casa de las Babayagas de Montreuil, este artículo presenta un experimento de taller de movimiento de danza llevado a cabo con once mujeres que se involucraron en el proyecto desde sus inicios. Se muestra como a partir de un proyecto, calificado de utópico y con una fuerte carga imaginativa, el colectivo y cada participante han podido tener en consideración su cuerpo en proceso de envejecimiento, que sufre y padece, sin renunciar a percibirlo como vivo.

SUMMARY

From the moment when the Babayagas House of Montreuil opened their doors, this article presents an experiment of dance movement workshop ran with eleven women who were involved in the project since the beginning. It is shown how from a project, described as utopian and with a strong component of imagination, the collective and each participant could have taken under consideration his suffering body in the middle of the ageing process, without giving up to perceive it as alive.

Nuestro propósito se sitúa en el territorio de las «Babayagas», una tierra utópica que nació del deseo, de una veintena de «ancianas» con edades comprendidas entre los 60 y los 90 años, de construir un mundo basado en cuatro principios: la solidaridad, la autogestión, la ciudadanía y la ecología.

Decididamente moderno, el proyecto de estas mujeres es un espacio «diferente». Aquí, no hay océanos, ni montañas por atravesar, simplemente algo periférico, nuestras barreras interiores y nuestras desilusiones por superar… Durante casi dos años, a través de sesiones que mezclaban movimientos de danza y letras de canciones, se ha elaborado un trabajo singular con este grupo. Una disposición sutil, en la que viejos cuerpos, pensamientos y política se responden.

Cada cuerpo se apropia de una doble experiencia: la individual y la colectiva. El cuerpo está sujeto a lo que David LeBreton denomina como «*una tendencia a borrar de forma ritual los recuerdos del cuerpo*», las «Babayagas» se revuelven, resisten… Los momentos de danza son «*una resistencia, una reafirmación lúdica que vence al aislamiento mortífero resultante del cierre del cuerpo en sí mismo. En el afloramiento del cuerpo, en la aceptación del orgasmo o en la*

simple ternura cotidiana, tiene lugar la respiración del cuerpo» (1). Esta aventura reside en el corazón de una revuelta de los cuerpos.

El lector se verá invitado progresivamente a una lectura por etapas, que mezcla descripción, observación y reflexión. Esta exploración de los tiempos modernos empieza con una descripción contextual y después plantea algunos elementos sobre las conclusiones que acompañan al trabajo. A lo largo del relato, se califica el cuerpo: es femenino, después hábitat y finalmente político. Algunas preguntas aparecen y animan a nuestros propósitos: ¿la utopía tiene un cuerpo? ¿Qué vínculo tiene con la noción del deseo?

En el corazón de un proyecto moderno y voluntarista.

Es inimaginable presentar un trabajo sobre el cuerpo compartido con las «Babayagas», sin hacer referencia a su proyecto, a su visión del mundo y de la sociedad. Su combate va más allá de la simple construcción de un lugar para vivir, de una «casa», porque ellas tienen como objetivo evitar el naufragio que representa la edad avanzada. Durante más de diez años, han aportado esperanza y voz. Conociendo las transformaciones de nuestra sociedad, de la evolución demográfica de nuestro país y gracias a la experiencia de apoyo que ellas han aportado a sus propios padres, no han dejado de recordarnos que nuestro bello país no da lugar a que se escuche la voz de los mayores. El debate actual sobre la dependencia es una prueba de ello. En este documento no vamos a debatir sobre este tema, sino a recordar que se está marginando a gran un número de nuestros mayores. Por culpa de lo anterior, sienten que los han dejado de lado, mientras que representan una fuerza viva, experimentada y que disfruta de tiempo libre. Limitar la acción de la política de la vejez al tratamiento de la dependencia es simplista y nos convierte a cada uno en un anciano del que hay que hacerse cargo. Movidas por un deseo utópico y posiblemente por una vejez espléndida, estas mujeres aspiran a reconquistar un lugar en un mundo neoliberal que, desde hace varias décadas, está valorizando a ultranza a la juventud y a sus valores. Su combate probablemente

reside, ante todo, en lo que ellas encarnan, en el deseo ciudadano de contribuir, a pesar de su edad, en su futuro; en nuestro futuro. Vivir y compartir con nuestros mayores, mañana, es un futuro al que no tenemos que temer. Pierre Gagnon en su novela *Mon vieux et moi* (Mi viejo y yo), nos recuerda, por la historia que cuenta, en qué consiste el desafío de vivir juntos: «*Si vivir con una persona mayor plantea grandes preguntas, me doy cuenta hoy de que gran parte de las respuestas son facultativas. Frecuento la incertidumbre y todo lo inexplicable de forma cotidiana y lo llevo bastante bien.*» (2) Vivir y compartir hasta el final nuestros miedos, nuestras esperanzas, pero igualmente lo que se nos escapa, lograr que la voz de nuestros mayores sea escuchada para que contribuya de la misma forma con el debate público es posiblemente uno de los primeros combates de las «Babayagas».

La casa de las «Babayagas», una alternativa.

La casa de las «Babayagas» es fruto de un proyecto voluntarista que cuenta con el apoyo de la ciudad de Montreuil y las autoridades públicas. Esta casa, fundada bajo los principios expuestos en la introducción, propone un nuevo modelo de enfoque de la vejez. Se trata de un hábitat compartido con solidaridad y fraternidad. Las «Babayagas» sugieren que este modelo de vida colectiva, puede contribuir a la propuesta de una solución innovadora y alternativa para los problemas que surgen con el aumento del número de personas mayores y muy mayores. Los principios sobre los que se apoya este proyecto comprometen a las futuras residentes a vivir juntas una vejez activa y solidaria, en beneficio del grupo, pero también del complejo creado para ellas y de la colectividad. Se trata de un proyecto abierto al mundo e insertado en la sociedad. Esta sólida inserción en la sociedad les permite pensar que no se encuentran marginadas. De esta forma, la casa de las «Babayagas», puede llegar a proporcionar una respuesta apropiada al aislamiento de algunas mujeres mayores y a producir un modelo de vida colectivo, armonioso y económicamente interesante.

UNISAVIE: una universidad del saber de los ancianos, la palabra y la existencia de las personas mayores.

Para asegurar esta apertura al mundo, el grupo ha creado un proyecto de Universidad del saber de los Ancianos (UNISAVIE, del francés *«Université du savoir des Vieux»*). Este prototipo de universidad popular es un espacio abierto y dirigido a la sociedad, que tiene por objetivo permitir un acercamiento entre las «Babayagas» y los especialistas (investigadores, estudiantes, ciudadanos, etc.), pero también hacia cualquier ciudadano que desee trabajar el tema de la vejez y muchos otros asuntos. Se propone compartir, experimentar, trabajar juntos... Se considera que la experiencia sobre vida de las personas mayores es un «saber» auténtico que se eleva al mismo nivel que el saber de los profesionales o los universitarios. Lejos de querer oponer los saberes, las «Babayagas» otorgan prestigio a la experiencia sobre vida mediante esta iniciativa e incluso la convierten en una materia de investigación. Cuentan con la dinámica de encuentros para hacer de esta plataforma un auténtico laboratorio de investigación en el que ancianos, investigadores y ciudadanos puedan trabajar juntos. UNISAVIE es un espacio de desarrollo de la voz de los ancianos, de proyectos cooperativos y en el futuro constituirá un elemento fundamental de la Casa de las «Babayagas». La tarea de este proyecto es continuar con su desarrollo y estructuración.

Cuerpo y movimiento danzado: un laboratorio experimental.

El trabajo en torno al movimiento danzado se incluyó muy pronto en el centro de este proyecto. En los momentos de reflexión colectiva, las “Babayagas” habían expresado y asimilado su interés por tratar esta cuestión sobre cuerpo. El encuentro con ellas y la elaboración de este experimento fueron fortuitos... Principalmente gracias a la capacidad de apertura, al deseo de construcción, pero también a la percepción de la vida y de las cosas de una mujer, Thérèse Clerc, se pudo establecer un primer contacto con el grupo. En un principio, el

grupo estaba formado por 6 mujeres, posteriormente por 11 y con motivo del encuentro de dos horas que tenía lugar cada quince días, danzábamos, nos rozábamos y poníamos nuestros cuerpos en contacto, así como nuestra piel y nuestras emociones. Las sesiones estaban constituidas por diferentes etapas: desbloqueo corporal y emocional, liberación del cuerpo, trabajo sobre el contacto y el cuerpo del otro y trabajo de improvisación. El objetivo de este artículo no es describir este acercamiento corporal, sino reproducir lo que se sintió y practicó en sesiones regulares. La tarea no es fácil, ya que como todos sabemos, lo que se practica en el cuerpo, se encuentra a menudo mucho más allá de la palabra. Este experimento fue una aventura fantástica en cuanto a lo que pudo aportar a la comprensión de la vivencia corporal de estas ancianas, pero también por el funcionamiento singular del grupo al aplicar los principios básicos de la casa de las «Babayagas». Era extraordinario, teniendo en cuenta que la casa no estaba construida... Las «Babayagas» no tenían techo, pero ya estaban construyendo los cimientos de su vida colectiva. Posiblemente, tomando el cuerpo como primera morada.

Primer contacto: cuerpo frágil, cuerpo femenino, cuerpo colectivo.

Este trabajo comenzó con un primer ciclo de seis sesiones. Fue decisivo, ya que a continuación permitió que nos reuniéramos con el grupo durante dos años. Decidimos realizar seis sesiones para que todos y todas tuvieran tiempo para descubrir el interés de este acercamiento del cuerpo en términos de bienestar y reflexión. El contenido del trabajo había sido el tema de un proyecto en el que se había propuesto explorar «el movimiento danzado», término vago que permitía no limitar de inmediato nuestros encuentros a sesiones de gimnasia o de baile de salón. Aquí, se les proponía redescubrir su corporalidad, su danza interna, el cuerpo del otro, el contacto con el otro... pero también, y posiblemente ante todo, sentir. Durante tres meses, el grupo al completo fue invitado a participar, a compartir momentos de danza en cuerpos vivos, en cuerpos sensibles, en cuerpos anhelantes.

Cuerpo envejecido, cuerpo frágil, mujer fuerte.

La presencia de la persona mayor decana del grupo desde el principio convocó a la totalidad del colectivo para abordar la noción del cuerpo envejecido. Chichi, que en esa época tenía 89 años, había atravesado París para reunirse con nosotros en Montreuil. Ligeramente encorvada, apoyándose en su bastón, deseaba vivir la aventura. Ya no estaba segura de poder bailar… Encontraba su cuerpo demasiado deteriorado, pero su curiosidad y el vínculo que mantenía con las otras «Babayagas» la habían traído hasta nosotros. ¿Era posible seguir bailando a pesar de tener un cuerpo encorvado y frágil? ¿Era sensato querer bailar y de esta forma correr el riesgo de sufrir una mala caída? Sus dificultades, ¿no constituirían con el tiempo un freno para la evolución del colectivo? Al fin y al cabo, ¿no era una locura y una insensatez intentar semejante aventura con un riesgo tan importante?

Las «Babayagas» son extraordinarias, con su capacidad para conducirnos inmediatamente al centro de cuestiones fundamentales, para las cuales nuestros temores, nuestros miedos y nuestras dudas, nos impiden formular cualquier respuesta. ¿Cuál sería el riesgo? ¿Quién sería responsable? Chichi y las otras participantes son muy claras durante de los intercambios: ser anciana no te convierte en irresponsable en cuanto al riesgo, ellas lo asumen… Desear, vivir hasta el final, compartir, salir de casa, ir al cine, desplazarse en transporte público, son actividades tan arriesgadas como la danza… El problema no es el riesgo… es el «hasta el final»… Vivir y desear plenamente hasta el final. Por lo que respecta a la responsabilidad, nos recuerdan de inmediato que están allí voluntariamente y no por obligación, son plenamente conscientes de lo que hacen… ¿Quién lo dudaría? La fragilidad del cuerpo no conlleva la fragilidad del ser.

El grupo aplica de inmediato dos de sus principios fundamentales: autogestión y solidaridad… Se debate acerca del riesgo, la responsabilidad que cada una toma en el grupo, pero también acerca de la ayuda que cada una puede aportar a Chichi o a otra anciana en esta aventura. Algunas empiezan a mostrar problemas de equilibrio, a sentir dolor, incluso a ponerse enfermas. Nosotros

avisamos... Para evitar posibles caídas, se les recomienda a todas que controlen sus puntos de apoyo y sus movimientos, que respeten su ritmo y sus posibilidades. También se les pide que el médico les de un certificado para saber si pudieran existir contraindicaciones para realizar esta actividad. Se propone además, que inicien cada sesión en el suelo, ya que la capacidad para volver a levantarse es un dato revelador de la forma de cada una de ellas.

Chichi no se hace de rogar, pide ayuda al grupo... Y hay que sentarse... pero es posible. Pide apoyo, se ríe y nos dice que no nos preocupemos, su cuerpo y sus articulaciones crujen, pero que la dejemos intentarlo. Su deseo no cesa, la actitud de Chichi ilustraría seguramente una vejez «*agónica*» (3), es decir, una vejez que no cede ante las adversidades de la vida, que no se resigna. Ahora más que nunca, Chichi sigue su lucha por vivir una vejez apasionante. La sensación de que su cuerpo se va desgastando no es suficiente para alterar su deseo. Vivir, desear, compartir, intercambiar, descubrir y crear hasta el final. Éstos quizás sean los ingredientes de una vejez apasionante.

La presencia y la actitud de Chichi tienen una gran riqueza y representan una gran oportunidad para todos nosotros. A su ritmo, no ha dejado de jugar y compartir con nosotros. Ha iniciado una problemática sobre el cuerpo y el desgaste de éste. Lejos de quedarse como una simple espectadora, ha compartido su danza, su cuerpo, su contacto con los demás. Nos enseñó a apoyarla, a hablar de las ayudas necesarias y de la necesidad de la solidaridad. En una entrevista concedida a *France Inter*, en la que habla de este trabajo, no duda en mencionar el asombro y el horror que sintió al principio. Además, recuerda, cómo al final de las sesiones ella y las demás «Babayagas» se sentían más «gráciles», como si una vez dentro del juego de la danza, ésta las liberara y «*creara una reconciliación con lo que somos, con nuestro cuerpo...*» (4)

Un hombre entre un grupo de ancianas.

El proyecto de «Babayagas» ha suscitado la polémica en referencia a la discriminación. Nuestro objetivo no es volver a tratar este tema, que ha dado

tanto de qué hablar, sino aprovechar este artículo para ir más allá de estas cuestiones. El deseo de estas mujeres de no invitar a los hombres a compartir esta casa puede resultar sorprendente e incluso nos hace plantearnos muchas preguntas. Sin embargo, no debe entenderse como un desprecio hacia los hombres, como algunos pueden pensar, sino como la expresión de una necesidad específica y de una voluntad política que debe mantenerse a través de este lugar, un interrogante sobre la diferencia de géneros y el tratamiento desigual de éstos. Todos sabemos que llevar como estandarte los valores de igualdad, libertad y fraternidad no basta para conseguir la verdadera igualdad... los movimientos feministas lo saben de sobra. El problema no es la diferencia, sino más bien la desigualdad. Además, el grupo no se ha encerrado en sí mismo, la experiencia relatada aquí es la prueba de que los hombres no se quedan al margen y pueden integrarse en el trabajo y la dinámica de las «Babayagas».

Sorprendentemente, la cuestión sobre los otros, como personas diferentes, está siempre presente en los intercambios. La idea es que se parecen por su sexo y edad, pero se diferencian en sus historias, vidas, opiniones, etc. Esto marca la diferenciación de cada uno y su individualización en el grupo, y para ello la autogestión sirve de gran ayuda. Esta forma de decidir da paso al intercambio, a la negociación. Mientras se trabaja danzando, se habla de todo y ninguna decisión queda ajena a la polémica. No hay nada que se dé por supuesto, y no porque todas sean ancianas, piensan de la misma manera. Se trata de uno mismo y de los demás. La autogestión es una invitación a proponer, a través de la palabra, lo que Emmanuel Levinas define como «una relación original», es decir, la relación con los demás. Según él, *«se trata de percibir la función que ejerce el lenguaje, pero no subordinada a la conciencia que tenemos de la presencia del prójimo o de la comunidad con él, sino como la condición necesaria para desarrollar esta conciencia»* (5). Los que conocen a estas ancianas saben de sobra que es imposible obviar esta particularidad con las «Babayagas». Su lucha y su proyecto tienen como objetivo escuchar «otras» voces, palabras quizás subversivas. Durante todas estas sesiones de danza, ha

habido momentos en los que las palabras han acompañado a nuestra evolución. Estos discursos no sólo han servido para que los ejercicios fueran más «intelectuales», sino que han permitido que cada una expresara su estado emocional y afectivo en cada momento. La sensibilidad, ternura, ira, inquietud o placer, son entre otros, algunos de los sentimientos que se han mostrado en las sesiones y de los que se ha hablado.

Del cuerpo-individuo al cuerpo-colectivo.

Una de las cosas más maravillosas que tiene la danza es que se trata de una actividad que a la vez que habla de nosotros mismos nos permite abrirnos a los demás. La técnica corporal, que está presente en nuestro ser, en nuestro ser social, nos conecta con un espacio cultural colectivo, enriquecido con nuestras diversidades y nuestro patrimonio. Para las «Babayagas» fue una actividad que les creó un gran placer personal, pero que además resultó ser un vehículo en el descubrimiento del prójimo. El movimiento libre, el contacto a través de la danza y la evolución colectiva han marcado nuestro trabajo en estos dos años.
Como muy bien dice Chichi, el primer impacto de esta experiencia es la reapropiación del cuerpo de uno mismo. Cuerpos tumba, cuerpos máquina, cuerpos instrumento (6); este cuerpo *«condición material de la llegada al mundo, son también la condición de existir en el mundo»* (6). El tiempo dedicado a la danza representa la intención de rehuir la imagen y representación que suele haber de los ancianos. La intención de poder vivir en el mundo más allá de la imagen que nuestra sociedad tiene de las personas mayores, que como señala David Lebreton «*se desliza lentamente fuera del campo simbólico y transgrede los valores centrales de la modernidad: juventud, seducción, vitalidad y trabajo»* (7). Sin embargo, es con un cuerpo desgastado, que supone el «horror» del tiempo y la inevitable fase final, con el que se ha tenido que formar, y es con una representación del cuerpo nacida de la mirada del prójimo con la que se ha tenido que vivir. Sin esta carga, el cuerpo puede

finalmente ser grácil, deseable, compartido... y así poder darse a conocer a los demás.

A lo largo de este proceso de reapropiación, se exploran otros ejes de trabajo. Una vez que pasa el tiempo y los avatares del narcisismo, surge un nuevo espacio dedicado al descubrimiento del contacto con los demás. Los juegos de apoyo y de contra apoyo crean intercambios, en los que cada una comprueba el peso de la otra; en esta particular situación surge una nueva pista de intercambios, en la que cada una de ellas aprende a dejar caer su cuerpo en las manos de las demás. Esto representa una puerta abierta hacia el aprendizaje de la relación, aquí cada una familiariza su dependencia hacia las demás. Solidarias e independientes, las «Babayagas» exploran un nuevo sistema de existencia dentro de un cuerpo a la vez singular y plural. De forma progresiva, cada una de ellas va descubriendo que «*la dependencia no es alienante, la sociabilidad no es mala, sino que es liberadora y que hay que deshacerse de las ilusiones individualistas*» (8). La solidez de su existencia está directamente ligada y depende de la solidez de ese cuerpo, que ahora es colectivo.

Cuerpo hábitat.

A diferencia de nuestro trabajo, resulta que es un cuerpo casa lo que fue objeto de nuestros encuentros. Las «Babayagas» han vuelto a ser las propietarias de este lugar de residencia del ser. Esta reapropiación, aunque acertada, no debe hacernos olvidar que, por lo que parece, cada uno de nosotros está condenado a abandonar este espacio interno. Los trabajos de numerosos sociólogos y antropólogos, como David Lebreton y Christine Detrez, explican muy bien cómo nuestra sociedad occidental y moderna construye y deconstruye nuestra corporalidad con el tiempo. Las «Babayagas», con esta experiencia singular, han abierto un campo de reflexión en torno a la vejez y al uso del cuerpo. Esta iniciativa, ha invitado a cada una de ellas a volver a habitar sus cuerpos, un cuerpo materia, un cuerpo colectivo, pero también, y esto es importante, un cuerpo con voz. Un cuerpo en el que la actuación y el habla interactúan;

comprometiendo a cada una en su ser y en su cuerpo a descubrir, lo que los brasileños llaman *convivences* y nosotros cohabitación...

Cuerpo casa, cuerpo acercamiento.

Los ciclos de danza se han desarrollado cada año de forma diferente. En el segundo ciclo, se propuso mezclar danza y escritura. Esta dinámica tenía el objetivo de construir un principio de saber específico en UNISAVIE.

En un primer momento se invitaba a las «Babayagas» a calificar y definir su cuerpo con una única palabra. Posteriormente se les proponía que escribieran un texto personal y que finalmente integraran su contenido en los trabajos de deambulación y danza libre. Este proceso reflexivo desembocó en la elaboración de un conocimiento colectivo del cuerpo. Cada una de ellas compartió con el grupo su visión, preguntó sobre su historia, contribuyó a su manera a reflexionar sobre lo que representaba este «ser vieja», este cuerpo tabú... El relato de una, en ocasiones tenía sentido para la otra y poco a poco fue cuestión de aceptación, de reconciliación... El tercer ciclo, por su parte, se centró en el deseo de construir un evento a partir de estos contenidos. La improvisación en la danza continuó presente con la proposición de algunas escenas. Se intentó crear una danza más teatral. Este tercer ciclo fue menos valorado por las «Babayagas». Al actuar más sobre el cuerpo, el placer y la práctica parecían no estar tan presentes.

Sin embargo, este mecanismo se centró en representar escenas danzadas. Posiblemente, nada fue más sorprendente que vernos proponer practicar y danzar una escena de acercamiento al final de tercer ciclo. Más de dos años habían sido necesarios para representar esta escena, que sorprendentemente no tuvo ningún éxito... Al entrar los cuerpos en contacto, no aspiraban al acercamiento, sino a compartir más... Por una parte, las barreras imaginarias no se agradecían, y por otra, esta escena remitía a cada una a su privacidad, a su interior, de una forma posiblemente bastante brusca... Todavía no había llegado la hora del acercamiento.

Cuerpo contacto, cuerpo sensual, cuerpo atención, cuerpo deseo.

Durante las sesiones, en numerosas ocasiones, hemos tenido la oportunidad de explorar la noción de contacto. La proximidad con la otra persona no constituía un tabú en este espacio de danza. En cada sesión se repetían abrazos colectivos y saludos simbólicos. Sin cesar se proyectaban gestos de reconocimiento. Del roce a la caricia, incluso a contactos más firmes, sus gestos nunca han sido causa de «incomodidad». Tocar a otro, dejar que otro nos toque, han sido muchas experiencias particulares y maravillosas. Compartiendo placer y alegría danzando, en ocasiones nos hemos autorizado a realizar estos gestos de atención para el otro. Sea como sea el cuerpo, joven o viejo, fueron siempre tiernos, cariñosos y anhelantes. De esta forma, el otro existía por los gestos que se le dirigían.

Efectivamente, ¿qué le queda a un cuerpo viejo si ya no es objeto de una caricia tierna y cariñosa? Sus dolores y sus pérdidas...

Durante una sesión del tercer ciclo, tuvimos la ocasión de explorar esta cuestión con mayor profundidad. Por primera vez, el conjunto del grupo expresó que estaba cansado de danzar… Ninguna «Babayagas» sentía el deseo y la fuerza para seguir practicando. Aquella mañana hacía mucho frío y además les dolía bastante el cuerpo. Sus hombros estaban pesados, sus articulaciones «agarrotadas»… Después de examinar los dolores de cada una, las «Babayagas» iniciaron una reflexión, interrogando la actitud que se debía tener ante el dolor del cuerpo de la otra. ¿Qué se podía hacer al día siguiente si una de ellas tenía el cuerpo indispuesto y dolorido? ¿Cómo se podía estar a su lado? ¿Cómo se podían ayudarla en su día a día? El momento es más grave, es algo íntimo, las cosas se hablan. Por primera vez, el grupo se enfrenta a la idea de un cuerpo enfermo, frágil... un tema complicado. Poco a poco, se habla de los últimos contactos... la escucha de cada una de ellas llega a su punto álgido. Monique, una señora de casi 80 años, se echa a reír y llama nuestra atención... «Entonces, ¿qué podemos hacer hoy con estos dolores?» Se le propone darle un «suave» masaje... alrededor de las zonas doloridas. Asiente con la cabeza. Monique ha recorrido muchos países y ha conocido diferentes tipos de masaje,

es abierta y sensible a este tipo de técnica corporal. Para aprovechar al máximo y de forma respetuosa este tiempo, se pregunta a cada una de ellas acerca de su deseo de asistir a esta escena y de compartir la experiencia íntima de Monique. Ninguna desea marcharse. El grupo se reúne alrededor de Monique y comienza entonces una escena en la que el cuerpo y las caricias hablan. El contacto se describe, habla. El desafío ha llegado... Monique nos guía... hacia una nueva «respiración» del cuerpo. Autoriza al grupo a descubrir una forma de ser y hacer con un cuerpo dolorido. Al autorizar estos nuevos gestos, nos abre una nueva salida. Un cuerpo dolorido requiere una atención concreta que puede reducirse a simples gestos, de manera que todavía es necesario que se hable y se materialice... Su actitud es un regalo, con el que obsequia al grupo para ir más allá, más allá de donde se encuentra atrapado este dolor. Es una simple invitación a realizar gestos rudimentarios, en la cual nuestro único miedo es, probablemente, situar durante un instante nuestra humanidad íntima en las manos de uno u otro.

Cuerpo político.

Durante las interacciones del segundo ciclo, el cuerpo fue calificado como político. Los valiosos relatos de la lucha de las mujeres por el derecho al aborto, no han hecho más que recordarnos la dimensión sagrada del cuerpo y el interés del pensamiento político. Sus testimonios son deber de memoria, deber de decir, de hacer visible algo que tantas mujeres han mantenido en silencio. A su manera, cada una nos recuerda hasta qué punto en ocasiones es fácil confiscar a la mujer su ser interno. Recordemos que esta lucha fue dura y complicada. Así lo demuestran los archivos audiovisuales en los que Simone Veil realiza la lectura del texto legal que hacía referencia a la interrupción voluntaria del embarazo en la Asamblea Nacional el 26 de noviembre de 1976 (9) y en el Senado el 13 de diciembre de 1976 (10).

Es este cuerpo político el que despierta entre las «Babayagas», que están en guardia...

Algunos de ustedes, tras este pasaje, se plantearán la cuestión del vínculo entre este combate y el que encabezan las «Babayagas» en la actualidad... Quizá sea el deseo de no dejar que nuestra sociedad emprenda de nuevo una política de exclusión. “Al rechazar a los mayores, nos condenamos a nosotros mismos a malvivir a largo o corto plazo” (11). Las «Babayagas» tienen mucho que decir y que compartir sobre la noción de existencia, sobre el lugar de las palabras de la persona mayor, sobre la riqueza que representa toda una experiencia de vida. Su lucha nos invita a pensar en el futuro de nuestra sociedad, a salir de nuestro egocentrismo, de nuestra sed de inmediatez, de una política del momento o del instante y a vivir la vida «de otra forma». No hay ningún pensamiento tabú o que tenga que prohibirse: para algunas es necesario volver a abrir los debates, autorizar voces, preguntarse de nuevo por el sentido de la vida, por el derecho a decidir algo diferente del resto, así como por el final de su vida...

Vejez y existencia.

Su lucha actual es un intento por evitar un nuevo «naufragio»: el de la vejez, el naufragio de la persona mayor que interesa muy poco a nuestra sociedad. Sin embargo, no podemos ignorar la atención que, desde hace ya algún tiempo, algunos publicistas y políticos dedican a este «objetivo». Su combate quizá sea la expresión del deseo de no convertir a las personas mayores en consumidores, sino en actores de la sociedad. Como ciudadanos hasta su último día, conminan a la sociedad a no limitar la política de la vejez a las cuestiones relativas a la jubilación o a la dependencia. Desean hacer del tiempo libre del que disponen, un tesoro que ofrecer a los demás. Saben que el día de mañana, los mayores serán más numerosos y tendrán riquezas que compartir. Y no es de una riqueza que cotiza en bolsa de lo que quieren hablar, se trata de la riqueza de la experiencia, del tiempo disponible, de la sabiduría orientada hacia el otro, de un saber heredado de la vida y de sus adversidades. Presentes en cuerpo y alma en nuestra modernidad, las «Babayagas» aspiran a concebir el futuro. No se resignan a la fatalidad de un mundo occidental encerrado en sí

mismo, cuya única ambición es continuar desarrollándose. No dejan a un lado la globalización, quieren explorar otros caminos de ayuda mutua, de solidaridad. Se embarcan hacia una ecología sostenible, hacia un desarrollo sostenible. Ocuparse los unos de los otros, formar parte de un colectivo unido a la ciudad, prestar atención al cuerpo del otro, estar ahí cuando sufre..., hay tantas vías menos costosas desde el punto de vista económico... La ayuda mutua está concebida económicamente para luchar contra el aislamiento de la persona mayor. La tercera edad puede ser fuente de saber y creatividad, ¿es necesario que aquellos que representan esta parte de la sociedad tengan derecho a la palabra, derecho a hablar? ¿En qué situación se encuentran nuestras personas mayores? ¿En qué situación nos encontraremos nosotros, los mayores del mañana? Francia está viviendo una «revolución silenciosa» (12), una evolución demográfica que la obliga a ver cómo el número de personas mayores de 65 años está aumentando. Hay que concebir el futuro de otra forma: no hay que limitar la reflexión de la vejez a una cuestión de franja de edad o de categorización de personas.

De nuevo, una lucha.

Las «Babayagas», gracias a su vitalidad y a su ímpetu, tienen soltura a la hora de permitirse pensar sobre muchos temas de reflexión. Esta riqueza y libertad de pensamiento son la perfecta ilustración de su modernidad: son la encarnación de una juventud de espíritu que no siempre se encuentra en las personas más jóvenes. Comprometerse, como cada a uno de nosotros, a pensar y a cambiar el mundo, la sociedad. Desean que se oiga su voz dentro de la modernidad social y política. ¿Qué es la modernidad? ¿Qué pueden aportar los mayores a la modernidad?

Desear y compartir hasta el final de sus días.

Como parte de un proceso de emancipación, las «Babayagas» nos invitan a abrir nuestra forma de pensar a ideas más subversivas. Nos introducen en una innovación que cuestiona de forma inmediata nuestras representaciones, normas, valores y tradiciones. Saben que concebir un mundo moderno no es tan evidente. A pesar de lo que uno podría imaginarse, la innovación no es acogida tan fácilmente. El cambio puede ser fuente de inquietudes y constituye ante todo una invitación a no ser el mismo que ayer. Con su deseo de cambio, la modernidad desafía nuestro tradicionalismo. Los trabajos de Michel Freitag (14) son una interesante manera de entender esta compleja dualidad.

Las «Babayagas», debido a la naturaleza de su proyecto, nos invitan a explorar la noción de deseo alrededor de cuatro ejes:

- deseo de existencia: su deseo de promover la voz de los mayores es uno de los pilares. No nos entretendremos en este punto que ya ha sido objeto de numerosos comentarios. Sin embargo, hay que señalar que en este combate, la noción de existencia es en sí misma el objeto de debate. Algunas «Babayagas» no dudan en hacerse preguntas sobre el sentido de la vida y la existencia en cuanto al riesgo de mayor degradación de su estado de conciencia por trastornos físicos. Al evocar su deseo de disfrutar de una vida realizada hasta el final, pretenden abrir un debate alrededor de la esencia de la vida y volver a plantear la posibilidad de recurrir a un «suicidio» asistido. Es difícil ignorar que esta cuestión afecta profundamente a nuestra «moral». Sin embargo, dejarla al margen seguramente sea perjudicial y mucho más teniendo en cuenta que un gran número de nuestros conciudadanos reclaman nuevas posibilidades ante este tema. Esta cuestión adquiere un interés todavía mayor con las «Babayagas», quienes, paradójicamente, contraponen a Eros y a Tánatos. En un mundo moderno, donde los avances médicos logrados en un siglo han hecho retroceder

enormemente los límites de la vida y han multiplicado casi por dos la esperanza de vida, es legítimo plantearse esta cuestión. Tanto, que seguimos replanteándonos el hecho de la defensa de la libertad de elección. Una libertad que desafía de nuevo a un cuerpo sagrado. Una libertad para indignarnos...

- deseo de compartir: las «Babayagas hacen del otro la naturaleza de su deseo. Se desmarcan de un deseo consumista para abrirse a otra riqueza. El otro no es el objeto, ni de codicias, ni el objeto del que apropiarse, sino el sujeto y la razón del acto de compartir.

- deseo de futuro: se trata de una fantástica riqueza. Desear el futuro es extraordinario y peligroso a la vez. Mirar y desear el futuro es un tema complejo, debido al hecho de que somos más propensos a percibir la esencia de la vida en su aurora. Sensibles a nuestra fragilidad, plenamente conscientes de nuestra vulnerabilidad, de los lazos que nos atan a nuestros allegados, quizá lo seamos mucho más ante la fragilidad de nuestro entorno. Las «Babayagas» ponen en entredicho el futuro, planteando el problema del desarrollo sostenible y del decrecimiento (15). Al concebir el planeta como un bien frágil que se agota, quieren establecer otra forma de beneficiarse de él. No niegan su interés en proseguir con nuestro desarrollo: proponen verlo de otra manera diferente, incluyendo la noción de sostenibilidad como algo fundamental e imprescindible.

- deseo carnal: el trabajo con el cuerpo, descrito en este artículo, lo sitúa como un lugar para el deseo. Un espacio de residencia, de contacto. Convierte el contacto con el otro en una zona de tensión de nuestro ser carnal. Las «Babayagas» no dejan a un lado este aspecto. En absoluto. Más bien todo lo contrario: ven en él, otros caminos. El contacto con el otro crea una zona de tensión de nuestro ser carnal. Las «Babayagas» no descuidan este aspecto en absoluto,

sino todo lo contrario. Ven en esta situación las nuevas posibilidades. Incluso se permiten tener la oportunidad de un amor entre semejantes o de cierto cariño. Ellas no lo convierten en una obligación o en un modelo. En este espacio sugieren una libertad total. Tampoco olvidan el tiempo en que conquistaron su libertad sexual. Para ellas, la sexualidad no es un tabú desde hace muchas décadas. Es en nuestra mirada y en nuestra percepción donde quizás encontramos el tabú de que todavía es posible disfrutar teniendo cuerpos viejos, abatidos, arrugados y modificados. Cuando uno tiene la esperanza de una reconciliación con su cuerpo ya viejo y asume en lo que se ha convertido con el tiempo, no parece imposible o insoportable pensar en una sexualidad floreciente en la tercera edad. Las «Babayagas», muy pertinentemente, no se plantean la cuestión de la sexualidad sino más bien de la noción de «el amor por el otro». ¿Cómo dejar la puerta abierta al amor por el otro, a la construcción de una nueva relación amorosa cuando se es mayor? ¿Qué se puede hacer en esta situación? ¿Qué se puede hacer cuando se despiertan nuestros amores pasados? El compromiso de un nuevo comienzo con la otra persona sólo puede construirse y vivirse si uno se esfuerza en comprender las causas que le han alejado o desviado de esa situación. La residencia de las «Babayagas» es y será sin duda uno de los mejores lugares para plantearse esta cuestión, aunque aún es necesario que nuestra sociedad se modernice en estos aspectos.

¿Acaso la utopía tiene un cuerpo?

Jean-Pierre Brard, antiguo alcalde de Montreuil (Francia), llevó a cabo un gran acto político al poner a disposición de las «Babayagas» un terreno municipal para su residencia. Con este gesto, le ofrece a la utopía no sólo una territorialidad sino también una voz y una posibilidad de existir. Nos conduce a todos a preguntarnos sobre estas representaciones de la Utopía y nos invita a

pensar que dicha Utopía quizás sea un posible motor de progreso social. Al igual que Thomas More en su segundo libro, intenta darle una topografía a la utopía y hacer de lo viejo un actor principal de este universo: «todos los años cada ciudad envía a Amaurota a tres ancianos con experiencia en los negocios, con el fin de deliberar sobre los intereses de la isla» (16). Así apoya la ambición de estas mujeres de imaginar y crear un mundo más solidario, más justo, más equitativo, respetuoso con el medio ambiente, en el cual los ancianos puedan formar parte activa en la construcción de la vida colectiva.

Del cuerpo utópico a la encarnación de la utopía.

Las «Babayagas», residentes en una tierra sin techo, sólo han podido elegir hacer de sus cuerpos un cuerpo utópico (17). Ellas han hecho de ello «el punto cero del mundo. Allá donde los caminos y los espacios acaban cruzándose». «Un pequeño núcleo utópico» que para Michel Foucault «es el lugar a partir del cual sueño, hablo, avanzo, imagino, percibo las cosas en su lugar y también las niego por el indefinido poder de las utopías que imagino». (17)

Para estas mujeres, el cuerpo no era el resultado, era un espacio de solidaridad y de intercambio. Fue el lugar de contacto con el otro y ha sido el lugar de la encarnación de su utopía.

En una sociedad donde los discursos y los actos están cada vez menos ligados, las «Babayagas» han intentado dar cuerpo a sus valores mediante el trabajo de su cuerpo y de la danza. Es un cuerpo súbdito, un cuerpo en contacto con el otro y con su sensibilidad, un ser en el mundo que se ha construido en este espacio de trabajo corporal. Ellas lo han convertido en espacio del deseo, del futuro. El disfrutar y el compartir no han dado lugar a un cuerpo resignado, a un cuerpo retraído.

Utopía y esperanza.

Podríamos pensar que es fácil pensar en la utopía, que es fácil dejar espacio a la innovación y que es cómodo tener esperanza. Sin embargo, la utopía, la innovación y la esperanza no están tan claras. Nos perturban a todos, modifican nuestras prioridades y nuestras oposiciones.

Un episodio en concreto ilustra perfectamente esta situación. En el tercer ciclo, propusimos a las «Babayagas» que trajeran una música que les gustase para danzar juntos. Thérèse aprovechó la ocasión para descubrirnos *La consagración de la primavera* de Stravinski. Mientras compartíamos con el grupo el placer de escuchar este fragmento, ella expresó su deseo de danzar al ritmo de esta música que para ella representaba la vida y sus ciclos. A pesar del entusiasmo de las «Babayagas», en esa ocasión no tocaba danzar. Había tantos elementos imposibles de superar: los ritmos cortados, la intensidad del fragmento, etc.

Hay montañas que parecen infranqueables a los 40 años, pero que a los 80 no parecen suponer ningún problema. Hace mucho tiempo bailar *La consagración de la primavera* fue nuestra montaña. Unos meses más tarde, una conversación permitió evocar las dificultades que representaban los ritmos complejos y frenéticos y también permitió a cada uno hablar de sus miedos, de sus dudas. Más tarde, como este fragmento nos interesaba tanto que nos daba hasta miedo, decidimos intentar danzar con Thérèse.

Sin duda, cada uno de nosotros tiene sus propias montañas en su interior. Cuando Thérèse nos propuso danzar, nos hizo ver cómo se superaba a sí misma. Con su proyecto, las «Babayagas» invitan a nuestra sociedad a superarse. No se contentan con pensar en un mundo utópico, desean encarnar una posición utópica. Llenas de deseos y esperanza, ellas nos invitan a superar nuestras montañas interiores.

Las «Babayagas» son generosas con lo que nos proponen imaginar de nuestra posible vejez. Hacen de la vejez un periodo de existencia rico y brillante, lleno de deseo y esperanza. Ellas nos dan a cada uno de nosotros un posible deseo

«de ser ancianos», algo que hasta hoy tiene pocos adeptos. Hacen de la vejez una etapa de la vida abierta al mundo, volcada en el otro y sensible a la creatividad.

Conclusión.

Desde hace unas semanas, la residencia está abierta en la rue de la Convention de Montreuil. El grupo que había llevado el proyecto hasta el momento está en proceso de transformación. Por las tensiones propias de la vida colectiva, una gran parte de las mujeres ha dejado el grupo. La disolución del grupo inicial fue una prueba difícil. Debido a las tensiones que se vivieron nos llegamos a plantear la desaparición del proyecto. Sin embargo, la apertura de la residencia ha permitido a nuevas mujeres comprometerse con esta aventura.
La aventura con las «Babayagas» fue una experiencia increíble. Las líneas que aquí la describen seguramente no sean suficientes para transmitir todo lo que vivimos con estas mujeres. No obstante, al igual que en los trabajos de danza, las palabras de este artículo nos han permitido decir algunas cosas de la existencia de estas mujeres mayores. Ojalá se realizase un trabajo más profundo que nos permitiera plantear aún más el sentido y el interés de este proyecto. Así podría ofrecernos la posibilidad de explorar de manera más precisa los aspectos contextuales y políticos que han llevado a estas mujeres a pensar en este tipo de modelo de convivencia compartida.

Sin duda hay mucho más que decir y que escribir al respecto. Este proyecto nos hace pensar en espacios de pensamiento que hasta el momento no están muy explorados. Esperamos que con el tiempo podamos hacerles partícipes de nuevo y que con estas aventuras de carácter nuevo podamos esperar una vejez más solidaria en un mundo más justo. Concluimos este artículo anunciando que se ha decidido empezar un nuevo trabajo con las nuevas ocupantes de la residencia a través del movimiento de la danza y del cuerpo. Continuará...

«Mi cuerpo es como la Ciudad del Sol, no tiene lugar, pero de él salen e irradian todos los lugares posibles, reales o utópicos»

Michel FOUCAULT, El cuerpo utópico. Las Heterotopías, 1966

Conferencias Radiofónicas en France Inter.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lebreton D. Corps et sociétés: Essai de sociologie et d'anthropologie du corps. Librairie des Méridiens; 1985.
2. Gagnon P. Mon vieux et moi. Autrement littératures; 2010.
3. Dadoun R. Manifeste pour une vieillesse Ardente. Zulma; 2005.
4. Morestin F. Portrait de Chichi, 89 ans, Mamie Babayagas , Reportage de Zoé Varier, diffusé sur France Inter, 2008.
5. Levinas E. Entre nous: Essais sur le penser l'autre. Grasset et Fasquelles; 1991.
6. Detrez C. La construction sociale du corps. Edition du Seuil; 2002.
7. Lebreton D. Anthropologie du corps et modernité. Quadrige –Presses Universitaires de France; 2005.
8. Torodov T. La vie commune. Edition du Seuil; 1995.
9. Veil S. Projet de loi relatif à l'interruption volontaire de grossesse, « Débat à l'assemblé Nationale: réforme de la loi sur l'avortement ». [Vídeo]. Economie et société: Vie sociale, diffusé sur ina.fr; 1976.
10. Veil S. Parle à la tribune « Le sénat et l'avortement », Journal télévisé de 20 heures. [Vídeo]. Economie et société : Vie sociale, diffusé sur ina.fr; 1976.
11. Leru V. La vieillesse. Larousse; 2008.
12. Boulmier M. L'adaptation de l'habitat à l'évolution démographique: un chantier d'avenir, rapport remis au Secrétaire d'état au Logement et à l'Urbanisme. 2009.
13. Ennuyer B. Gérontologie et Société, A quel âge est on vieux? Gerontol Soc (Paris). 2011; 127-142.
14. Freitag M. Dialectique et Société. Saint martin et Lausanne, L'Âge d'Homme; 1986.
15. Genko S. Décroissance et Utopie, « La décroissance, une utopie sans danger ? », Revue Entropia. Parangon; 2008.
16. More T. Utopie, Traduction. Delcourt, Flammarion; 1987.
17. Foulcault M. Le corps utopique. En: Conférences Radiophonique France Inter. Edition en lignes; 2009.

UNE VIEILLESSE ACTIVE: EXPLORATION EN TERRE BABAYAGAS

ACTIVE AGE: EXPLORATION IN BABAYAGAS LAND

DECS: Corps, vieillesse, femme.
MESH: Body, old age, woman.

D. Frédéric Morestin
Ergothérapeute, consultant Co-responsable du Master 2 « Coordination du Handicap Neurologique de l'adulte » Université Pierre et Marie CURIE (Paris VI) 47, bis route de Brie 91800 BRUNOY.

Comment citer cet article plusieurs fois:
Morestin F. Vejez activa: exploración en tierras Babayagas. TOG (A Coruña) [revista en internet]. 2014 [-fecha de la consulta-]; Vol 11, Supl 9: p 43-65. Disponible en: http://www.revistatog.com/suple/num9/exploration.pdf

Introduction

« Corps décor
Corps record :
Ceci n'est pas mon corps.

Corps accord
Corps à corps :
Ceci est mon corps.

Pas encore mort,
Pas encore moribond.

Vous avez dit bond?
Saute carcasse
Bientôt bonne à la casse! »

Thérèse CLERC
Montreuil, le 18 Mars 2009

Il est des aventures pour lesquelles ce qui s'éprouve, met du temps à être partagé. Celle qui fait l'objet de cet article, en est. L'invitation faite aujourd'hui d'en témoigner, est un honneur mais également une épreuve, que le lecteur m'en excuse. L'expérience vécue auprès des « Babayagas » de Montreuil, transcende … Il y est question de dépassement, d'aller au delà …

RÉSUMÉ

Alors que la Maison des Babayagas de Montreuil est désormais ouverte, cet article présente une expérience d'atelier de mouvement dansé réalisé avec onze des femmes initialement engagées dans le projet. Il montre comment d'un projet, qualifié d'utopique et à forte charge imaginaire, le collectif et chaque participante ont pu prendre en compte leurs corps vieillissant, souffrant et douloureux sans renoncer à le percevoir comme vivant.

RESUMEN

Desde el momento en que se abre la Casa de las Babayagas de Montreuil, este artículo presenta un experimento de taller de movimiento de danza llevado a cabo con once mujeres que se involucraron en el proyecto desde sus inicios. Se muestra como a partir de un proyecto, calificado de utópico y con una fuerte carga imaginativa, el colectivo y cada participante han podido tener en consideración su cuerpo en proceso de envejecimiento, que sufre y padece, sin renunciar a percibirlo como vivo.

SUMMARY

From the moment when the Babayagas House of Montreuil opened their doors, this article presents an experiment of dance movement workshop ran with eleven women who were involved in the project since the beginning. It is shown how from a project, described as utopian and with a strong component of imagination, the collective and each participant could have taken under consideration his suffering body in the middle of the ageing process, without giving up to perceive it as alive.

C'est en territoire « Babayagas » que se situe notre propos. Terre utopique, née du désir d'une vingtaine de « vielles » âgées de 60 à 90 ans, à construire un monde fondé sur quatre principes: la solidarité, l'autogestion, la citoyenneté et l'écologie. Résolument moderne, le projet de ces femmes est un espace d'un possible « autrement ». Ici, ni océan, ni montagne à traverser, simplement un périphérique, nos barrières intérieures, et nos désillusions à surmonter…

Pendant presque deux années, au travers de séances mêlant mouvements dansés et paroles, un travail singulier s'est élaboré avec ce groupe. Agencement subtil, où vieux corps, pensées et politique se répondent.

Chaque corps est saisi dans une double expérience: individuelle et collective. Corps pris dans ce que David LeBreton énonce comme « une tendance à l'effacement ritualisé du corps », les « Babayagas » se révoltent, résistent… Les moments de danse sont «une résistance, une réaffirmation ludique qui brise l'isolement mortifère qui résulterait d'une clôture du corps sur lui-même. Dans l'affleurement du jeu, dans l'acceptation de l'orgiasme ou dans la simple

tendresse quotidienne, se réalise une respiration du corps » (1). C'est au cœur d'une révolte des corps, que cette aventure reside.

Le lecteur se verra progressivement convié à une lecture par étape, mêlant description, observation et réflexion. Cette exploration des temps modernes débute par une description contextuelle puis pose quelques éléments sur le dispositif qui accompagne le travail. Au fil du récit, le corps se qualifie. Il est féminin, puis habitat et enfin politique. Des questions apparaissent, et animent notre propos: l'utopie a- t-elle un corps? Quel lien entretient -elle avec la notion de désir?

Au cœur d'un projet moderne et volontariste.

Il est inimaginable de présenter le travail autour du corps partagé avec les « Babayagas » sans revenir sur leur projet, leur vision du monde et de la société. Leur combat va au delà de la simple construction d'une lieu de vie, d'une « maison », puisqu'elles se sont donner pour mission d'éviter le naufrage que représente le grand âge. Pendant plus de dix ans, elles ont portée un espoir et surtout une parole. Au fait des transformations de notre société, de l'évolution démographique de notre pays et fort de l'expérience du soutien qu'elles ont apportée à leurs propres parents, elles n'ont eu cesse de nous rappeler que notre beau pays laisse peu de place à cette parole de l'ainé. Le débat actuel sur la dépendance en est bien la preuve. Il n'est pas question içi de le discuter mais bien de rappeler qu'il met à la marge le plus grand nombre de nos ainés. Ceux ci se voient par ce chantier, mis de côté, alors qu'ils représentent une force vive, expérimentée et bénéficiant d'un temps libéré. Cantonner la politique de la vieillesse, au traitement de la dépendance est réducteur, il fait de chacun de nous un vieux à prendre en charge. Portée par un désir utopique et peut être par une vieillesse flamboyante, ces femmes aspirent à reconquérir une place dans un monde néolibéral qui depuis des dizaines d'années, c'est déployé à valoriser un jeunisme à outrance. Leur combat réside peut être avant tout dans ce qu'elles incarnent, un désir citoyen à contribuer malgré leur âge à leur avenir, à notre avenir. Vivre et partagé avec nos ainés, demain, est

un avenir dont nous ne devons pas avoir peur. Pierre Gagnon dans son roman « Mon vieux et moi », nous rappelle par l'histoire qu'il y conte, l'enjeu du vivre ensemble: « Si vivre avec une personne âgée apporte de grands questionnements, je constate aujourd'hui que bien des réponses sont facultatives. Je côtoie l'incertitude et l'inexplicable au quotidien, et je m'en porte très bien. » (2) Vivre et partager jusqu'au bout nos craintes , nos espoirs , mais également ce qui échappe , élever la parole de nos ainés afin qu'elle contribue de la même manière au débat public, voici peut être un des premiers combats des « Babayagas ».

La maison des « Babayagas », une alternative

La maison des « Babayagas » est le fruit d'un projet volontariste, soutenue par la ville de Montreuil et les pouvoirs publics. Cette maison, fondée les principes énoncés en introduction, propose un nouveau modèle d'abord de la vieillesse. Il y est question d'habitat partagé, de solidarité et de fraternité. Les « Babayagas » misent sur l'idée que ce prototype de vie collective peut contribuer à proposer une solution innovante et alternative aux questions soulevées par l'augmentation du nombre de personnes âgées et par le nombre croissant de personnes de grand âge. Les principes qui soutiennent ce projet, engagent les futures résidentes à vivre ensemble une vieillesse active et solidaire au profit du groupe mais aussi de la cité et de la collectivité. Il s'agit d'un projet de maison, ouverte au monde et inscrite dans le tissu social. Cette inscription forte dans la société, leur permet d'imaginer de ne pas être à la marge. La maison des « Babayagas » peut ainsi prétendre à fournir une réponse pertinente à l'isolement de certaines femmes âgées et à produire un modèle de vie collective harmonieux et économiquement intéressant.

UNISAVIE: une université du savoir des vieux, parole et existence des ainées

Afin d'assurer cette ouverture au monde, le groupe a constitué un projet d'Université du savoir des Vieux (UNISAVIE). Espace ouvert et tourné vers la société, ce prototype d'université populaire a pour objet de permettre la rencontre des « Babayagas » et de personnes ressources (chercheur, étudiants, citoyen, etc) mais aussi de tout citoyens désireux de travailler sur la thématique de la vieillesse et bien d'autres sujets. Il y est proposé de partager, d'expérimenter, de travailler ensemble... L'expérience de vie des ainés y est considérée comme un véritable « savoir » et est élevé au même niveau que le savoir des experts ou des universitaires. Loin de vouloir opposer les savoirs, les « Babayagas » par cette démarche valorisent l'expérience de vie. Elles en font même, une matière de recherche. Elles comptent sur la dynamique des rencontres pour faire de cette plateforme, un véritable laboratoire de recherche où vieux, chercheurs et citoyens pourraient ensemble travailler. Espace de développement d'une parole des vieux, espace de développement de projets coopératifs, UNISAVIE est dans l'avenir, un élément fondamental de la Maison des « Babayagas ». Il reste à ce projet à poursuivre son développement et sa structuration.

Corps et mouvement dansé: un laboratoire expérimental

Le travail autour du mouvement dansé, c'est inscrit très vite au cœur de ce projet. Elles avaient lors des temps de réflexion collectif, exprimer et saisi l'intérêt d'aborder cette question du corps. La rencontre avec les « Babayagas » et l'élaboration de cette expérimentation fut fortuite... C'est grâce tout d'abord à la capacité d'ouverture, au désir de construction mais aussi à la perception de la vie et des choses d'une femme, Thérèse Clerc, qu'il a été possible d'initié un premier contact avec le groupe. Constitué de 6 femmes, puis par la suite de 11, à raison d'une rencontre de deux heures tous les quinze jours, nous avons dansé, frotté, mis au contact nos corps, nos peaux et nos émotions. Les

séances étaient constituées de différentes étapes: déverrouillage corporel et émotionnel, libération du corps, travail sur le contact et le corps de l'autre, travail d'improvisation. L'objet de cet article n'est pas de faire la description de cette approche corporelle, mais de restituer ce qui s'est éprouvé et joué dans ces séances régulières. La tache n'est pas simple, car chacun le sait, ce que se joue dans le corps est fort souvent au delà du mot. Cette expérimentation fut une aventure fantastique dans ce qu'elle a pu apporté à la compréhension du vécu corporel de ces vielles femmes mais également aussi par la singularité de fonctionnement du groupe mettant en application les principes fondateurs de la maison des « Babayagas ». Elle est d'autant plus extraordinaire, que la maison n'était pas construite... Les « babayagas » étaient sans toit mais déjà en train de construire les fondations de leur vie collective. Le corps en étant peut être une première demeure.

Premier contact: corps fragile, corps féminin, corps collectif

Un premier cycle de six séances a initié ce travail. Il fut décisif puisqu'il permit par la suite de nous rencontrer avec le groupe pendant deux ans. Le choix de six séances avait été effectué afin de laisser à chacune et chacun, le temps de découvrir l'intérêt de cette approche du corps en terme de bien être et de réflexion. Le contenu du travail avait fait l'objet d'un projet où il avait été proposé d'explorer le « mouvement dansé », terme flou qui permettait de ne pas cloisonner immédiatement nos rencontres à des séances de gymnastique ou à de la danse de salon. Ici, il était proposé de redécouvrir sa corporalité, sa danse intérieure, le corps de l'autre, le contact de l'autre... mais aussi et peut être avant tout d'éprouver. Pendant trois mois, l'ensemble du groupe a été invité à jouer, à partager des temps dansés dans des corps habités, dans des corps sensibles, des corps désirants.

Corps vieilli, corps fragile, femme solide

La présence dés le début de la doyenne du groupe convoqua l'ensemble du collectif à aborder la notion de corps vieilli. Chichi âgé à l'époque de 89 ans, avait traversé Paris pour venir nous retrouver à Montreuil. Légèrement voutée, s'appuyant sur sa canne, elle souhaitait vivre l'aventure. Elle n'était plus sûr de pouvoir danser… Elle trouvait son corps trop dégradé mais sa curiosité et le lien qu'elle entretenait avec les autres « Babayagas » l'avaient mené jusqu'à nous. Etait il encore possible malgré un corps vouté et fragile de danser? Etait il raisonnable de vouloir danser et ainsi de prendre le risque de faire une mauvaise chute? Ses difficultés ne seraient elles pas au fil du temps un frein à l'évolution du collectif? Enfin, n'était il pas fou et inconscient de tenter une telle aventure avec un risque aussi majeur?

Les « babayagas » sont extraordinaires dans la capacité qu'elles ont de nous amener immédiatement au cœur de questions fondamentales, pour lesquelles nos craintes, nos peurs et nos doutes, nous empêchent de formuler une quelconque réponse. Quel est le risque? Qui en est responsable?Chichi et les autres participantes sont au fil des échanges très claires: être vieille ne rend pas irresponsable et pour ce qui est du risque, elles assument … Désirer, vivre jusqu'au bout, partager, sortir de chez elles, aller au cinéma, se déplacer dans les transports sont des activités tout autant risquées que la danse… Le problème n'est pas le risque, c'est le jusqu'au bout…Vivre et désirer pleinement jusqu'au bout. Pour ce qui est de la responsabilité, elles rappellent immédiatement qu'elles sont là de leur fait et non par obligation, pleinement conscientes de ce qu'elles font… Oserions nous en douter? La fragilité du corps ne fait pas la fragilité de l'être.

Le groupe met en application immédiatement deux de ces principes fondamentaux: auto-gestion et solidarité… Il est discuté ensemble du risque, de la responsabilité que chacune prend dans ce groupe mais également de l'aide que chacune peut apporté à Chichi ou à une autre dans cette aventure. Certaines commencent à évoquer leurs problèmes d'équilibre, leurs corps

douloureux, parfois malades. Les choses se disent… Afin de ne pas négliger le risque de chute, il est proposé à chacune d'être vigilante à ses appuis et déplacements, de respecter son rythme, ses possibilités… De demander à son médecin un certificat afin de savoir s'il n'y a pas de contre-indications à pratiquer cette activité. Il également proposer de débuter chaque séance au sol; la capacité à se relever étant un indicateur, voir un révélateur de la forme de chacune…

Chichi ne se fait pas prier, elle interpelle le groupe pour de l'aide… Alors, il faut aller au sol… c'est possible. Elle demande des appuis, du soutien. Elle se met à rire et nous dit qu'il ne faut pas être inquiet: son corps et ses articulations craquent … et surtout la laisser faire. Son désir ne cède pas, l'attitude de Chichi est sûrement une illustration d'une vieillesse « agonique » (3), c'est à dire d'une vieillesse qui ne désarme pas face à l'adversité de la vie, qui ne se résigne pas. Plus que jamais Chichi poursuit sa lutte et aspire à une vieillesse ardente. La sensation de dégradation de son corps n'est pas suffisante pour altérée son désir. Exister, désirer, partager, échanger, découvrir et créer jusqu'au bout, sont alors peut être les ingrédients d'une vieillesse flamboyante.

La présence et l'attitude de Chichi ont été d'une richesse et une chance pour nous tous. A son rythme, elle a sans cesse partagé, joué avec nous… Elle a ouvert par ce qu'elle représentait un espace de questionnement sur le corps, et la dégradation de celui ci. Loin d'être spectatrice de ce travail, elle partagea sa danse, son corps, le mit au contact, nous a appris à la soutenir, à parler des aides nécessaires et le besoin de solidarité. Dans une interview donnée à France Inter, dans laquelle elle évoque ce travail, elle n'hésite pas à partager la stupeur et l'horreur qui l'ont habité au début.Elle rappelle combien au fil des séances, elle eut la sensation qu'elle même et les autres « Babayagas » devenaient plus « gracieuses », comme si une fois entrer dans ce jeu d'une danse libérée, s'opérait *« une réconciliation avec ce que l'on est, avec son corps… »* (4).

Homme au cœur d'un groupe de vielles femmes

Le projet des « Babayagas » a souvent fait l'objet de questionnements sur son aspect discriminant. L'objet de notre propos n'est pas de revenir sur ce sujet qui a fait tant parler mais de profiter de cet article pour aller au delà de ces questions. Le désir de ces femmes à ne pas convier les hommes à partager cette maison peut être surprenant, voire source d'interrogations. Cependant il n'est pas forcement à entendre comme l'expression d'un mépris des hommes comme certains se sont laissés aller à le penser mais plus comme l'expression d'un besoin spécifique et d'une volonté politique à maintenir, par l'existence de ce lieu, une interrogation sur la différence des genres et sur le traitement inégalitaire des genres. Nous le savons tous bien, porter en étendard les notions d'égalité, de liberté et de fraternité ne suffit pas pour être véritablement égaux… les mouvements féministes l'ont bien compris. La différence n'est pas le problème mais plutôt l'inégalité. D'autre part, le groupe n'est pas replié et refermé complétement sur lui-même, l'expérience relatée ici est la preuve que les hommes ne sont pas mis à la marge et peuvent être intégré dans le travail et la dynamique des « Babayagas »

De manière surprenante la question de l'autre, comme différente ou différent, est sans cesse au cœur des échanges. C'est dans l'idée qu'elles sont semblables par leur sexes et leur âge, mais différentes dans leur histoire, leur vie intérieure, leur opinion, etc… que ce joue la différenciation de chacune et l'individualisation dans le groupe. L'autogestion aide à cela. Cette façon de décider ouvre à l'échange, à la négociation. Lors du travail dansé tout se parle, toute décision est sujette à polémique, à question. Rien ne va de soi et ce n'est pas parce que chacune est une vieille femme que tout est pensé de la même manière. Sans cesse, il est question de soi, de l'autre, des autres… L'autogestion est une invitation à poser par la parole ce que Emmanuel Levinas définit comme « une relation originale », c'est à dire notre relation à cet autre. Pour lui, « il s'agit d'apercevoir la fonction du langage non pas comme subordonnée à la conscience qu'on prend de la présence d'autrui ou de son

voisinage ou de la communauté avec lui, mais comme condition de cette prise de conscience » (5). Ceux qui côtoient ces vieilles femmes, le savent bien, il est impossible de passer à côté de cette particularité avec les « Babayagas ». Leur lutte, leur projet sont autant de tentatives pour faire entendre une parole « autre », une parole peut être subversive. Tout au long du travail dansé, des temps de parole ont accompagné nos évolutions. La mise en mots ne s'est pas arrêté à une tentative d'intellectualisation de ce qui se jouait. Elle a permis d'exprimer l'état émotionnel et affectif engager par chacune dans ces séances. Sensibilité, tendresse, colère, crainte, plaisir ont été autant de sentiments éprouvés mais aussi parlés.

Corps-individu au Corps-collectif

La danse a cela de merveilleux, qu'elle est à la fois une activité qui parle à chacun de soi tout en nous ouvrant à l'autre. Technique du corps, inscrite au cœur de nos êtres, de notre être social, elle nous relie tous à un espace culturel collectif, nourri de nos diversités et de nos patrimoines. Elle fut pour les « Babayagas », une activité signifiante source de plaisir personnel mais également véhicule dans la découverte de l'autre. Mouvement libre, danse-contact, évolution collective ont rythmé notre travail pendant ces deux années.

Comme le formule très bien Chichi, le premier impact de cette expérience fut la réappropriation du corps de chacune. Corps tombeaux, corps machine, corps instruments (6), ce corps, « condition matérielle de la venue au monde, est aussi celle de l'être au monde ». (6) Les temps de danse ont été une tentative de se soustraire aux regards et représentations du vieux. Tentative d'être au monde au delà du regard que porte notre société sur la personne âgée qui comme le souligne David Lebreton « glisse lentement hors du champs symbolique et déroge aux valeurs centrales de la modernité: la jeunesse, la séduction, la vitalité, le travail » (7). C'est avec un corps dégradé pourtant en lui « l'horreur » du temps et l'insoutenable de l'échéance finale qu'il a fallu composer. C'est avec une représentation du corps née du regard de l'autre,

qu'il a fallu exister. Libéré de ce fardeau, le corps pût enfin devenir gracieux, désirable, partagé... et enfin donner à voir à l'autre.

Au fils du temps et de cette réappropriation, d'autres axes de travail sont explorés. Passé le temps et les aléas du Narcissisme, un espace dévoué à la découverte du contact de l'autre s'entre-ouvre. Les jeux d'appuis et de contre appui font naitre des échanges, où chacune éprouve le poids de l'autre; de cette situation singulière se figure progressivement une nouvelle piste d'échange, où chacune apprend à laisser son corps entre les mains d'une autre. C'est une porte ouverte vers l'apprentissage de la relation, ici chacune apprivoise sa dépendance à l'autre. Solidaire et interdépendante, les « Babayagas » explorent un nouveau système d'existence dans un corps en un même instant: singulier et pluriel. Progressivement, chacune découvre que « la dépendance n'est pas aliénante, la sociabilité n'est pas maudite, elle est libératrice; il faut se débarrasser des illusions individualistes. » (8) La solidité de leur être est directement liée et dépendante de la solidité de ce corps devenu collectif.

Corps habitat

A distance de notre travail, il apparaît que c'est un corps maison qui fut l'objet de nos rencontres. Les « Babayagas » sont redevenues propriétaires de ce lieu de résidence de l'être. Cette réappropriation bien qu'heureuse ... ne doit pas nous faire oublier que chacun de nous est voué, semble t-il, à abandonner cette espace intérieur. Les travaux de nombreux sociologues et anthropologues, comme David Lebreton et Christine Detrez expliquent très bien comment notre société occidentale et moderne construit et déconstruit notre corporalité avec le temps. Les « Babayagas », par cette expérience singulière, ont ouvert un champs de réflexion autour de la vieillesse et des usages du corps ; cette démarche a convié chacune d'entre elle à ré-habiter un corps, un corps sujet, un corps collectif mais aussi, et ceux ci n'est pas sans intérêt, un corps parole. Où, agir et parole se répondent; engageant chacune dans son être et son corps

à découvrir, ce que les brésiliens appellent « convivences » et nous: cohabitation …

Corps maison, corps voisinage

Les cycles de danse se sont déroulés chaque année de manières différentes. Le second cycle s'est proposé de mélanger danse et écriture, cette dynamique avait pour objectifs de construire ainsi un début de savoir spécifique à UNISAVIE.

Invitées dans un premier temps à trouver un mot et un seul pour qualifier et définir leur corps, il était ensuite proposé aux « Babayagas » d'écrire un texte personnel et enfin d'intégrer ce contenu dans les travaux de déambulation et de danse libre. Ce processus réflexif déboucha sur l'élaboration d'une connaissance collective du corps. Chacune partageant avec le groupe son regard, interrogeant son histoire, contribua à sa manière à réfléchir à ce que représentait cet « être vieille », ce corps tabou… Le récit d'une autre faisant sens parfois pour soi, lentement il y fut question d'acceptation, de réconciliation… Le troisième cycle pour sa part fut tourné vers le désir de construire un événement à partir de ces contenus. L'improvisation dansée resta présente et des scènes furent proposées. C'est une danse plus théâtrale qui tenta de se mettre en place. Ce troisième cycle fut moins apprécié par les « Babayagas », le corps y étant plus mis en scène, le plaisir et le jeu leur semblaient moins présents.

Ce dispositif eut toutefois comme intérêt de figurer des scènes dansées. Rien ne fut peut être plus surprenant que de nous voir proposée de jouer et danser une scène de voisinage en fin du troisième cycle. Plus deux ans avaient été nécessaires, à la figuration de cette scène, qui étonnamment n'eut aucun succès… Les corps au contact, n'aspiraient pas à voisiner, mais à partager plus … Les murs imaginaires n'étaient pas les bienvenus d'une part , et d'autre part cette scène renvoyer chacune à son intime , à son intérieur de manière peut être trop brutalement … L'heure n'était pas encore au voisinage.

Corps contact, corps sensuel, corps attention, corps désir

Lors des séances, nous avons eu l'occasion d'explorer de nombreuse fois la notion de contact. La proximité à l'autre n'avait rien de tabou… dans cette espace de danse. Accolades collectives, salutations symboliques se répétaient à chaque séance. Sans cesse, il était question dans ces gestes de reconnaissance. De l'effleurement à la caresse, voir aux contacts plus fermes, ses gestes n'ont jamais été source de « mal vécus ». Toucher l'autre, laisser un autre nous toucher, ont été autant d'expériences particulières et merveilleuses. Partageant plaisir et joie à danser, nous nous sommes souvent autorisés à ces gestes d'attention pour l'autre. Quelques soit le corps, jeune ou vieux, ils furent sans cesse tendres, aimants et désirants. L'autre existant ainsi par les gestes qu'on lui adressaient.

Effectivement, que reste – t –il à un vieux corps, s'il n'est plus l'objet d'un touché tendre et aimant? Ses douleurs et ses pertes…

Lors d'une séance du troisième cycle, nous avons eu l'occasion d'explorer plus en profondeur cette question. Pour la première fois, l'ensemble du groupe exprima sa fatigue de danser… Aucune « Babayagas » ne se sentait le désir et la force de jouer. Ce matin là, il faisait trop froid et puis leur corps était trop douloureux. Leurs épaules étaient lourdes, leurs articulations « raides »… Après avoir fait un tour des douleurs de chacune, les « Babayagas » ont entamé une réflexion, interrogeant l'attitude à avoir face à la douleur du corps de l'autre. Comment faire demain, si l'une d'elle avait un corps souffrant et douloureux? Comment être à ses côtés? Comment l'aider dans son quotidien? L'instant est plus grave, il s'agit d'intime, les choses se parlent. Le groupe est pour la première fois confronter à l'idée d'un corps malade, fragile… sujet complexe. Progressivement, il y est question des derniers contacts… L'écoute de chacune est à son paroxysme. Monique âgée de presque 80 ans se met à rire, et nous interpelle … Alors que peut on faire pour ces douleurs,

aujourd'hui? Il lui est proposé de travailler sur un massage, bien « être »... autour des zones douloureuses. Rien de thérapeutique, juste un massage pour ressentir autrement son corps que douleurs. Elle acquiesce. Elle a parcouru de nombreux pays et rencontrer de nombreux types de massage, elle est ouverte et sensible à ce type de technique du corps. Afin de profiter au mieux et respectueusement de ce temps, chacune est interrogée sur son désir d'assister à cette scène et à partager l'intime de Monique. Aucunes ne désirent partir, le groupe se rassemble autour de Monique et commence alors une scène où se parle le corps, les caresses. Le contact y est décrit, parler. L'enjeu est là... Monique nous guide... vers une nouvelle « respiration » du corps. Elle autorise le groupe à découvrir une manière d'être et de faire avec un corps douloureux. Elle nous ouvre une issue nouvelle, en autorisant ces gestes nouveaux. Un corps douloureux nécessite une attention particulière qui peut se réduire à des gestes simples, faut il encore qu'il se parle et qu'il soit incarnée... Son attitude est un cadeau, offert au groupe pour aller au delà de là, où là enfermé cette douleur. Simple invitation à des gestes rudimentaires, dont notre seule peur est probablement de placer notre intime humanité dans les mains d'un ou d'une autre pour un instant.

Corps politique

Lors des échanges du deuxième cycle, le corps a été qualifié de politique. Les précieux récits de la lutte des femmes pour le droit à l'avortement, n'ont fait que nous rappeler la dimension sacré du corps et l'intérêt de le penser politique. Leurs témoignages sont devoir de mémoire, devoir de dire, de rendre visible, ce que tant de femmes ont tenu dans le silence. Chacune à sa manière nous rappelle, combien il est parfois simple de confisquer à la femme son être intérieure. Rappelons nous que cette lutte fut complexe et dure. Les archives audio visuelles de la lecture du texte de loi relatif à l'interruption volontaire de grossesse à l'Assemblée Nationale le 26 Novembre 1976 (9) et au Sénat le 13 Décembre 1976 (10) par Simone Viel, en sont autant de

preuves. C'est ce corps politique qui est éveillé chez les « Babayagas », elles veillent…

Certains d'entre vous viendrons à la suite de ce passage, à poser la question du lien entre ce combat et celui qu'elles mènent actuellement. Peut être, le désir de ne pas laisser une fois de plus notre société s'engager dans une politique de mise à la marge. « En rejetant les vieux, on se condamne à mal vieillir car on se condamne soi-même à plus ou moins longue échéance » (11). Les « Babayagas » ont à dire et à partager sur la notion d'existence, sur la place de la parole du vieux, sur la richesse que représente l'expérience de vie d'un vieux. Leur lutte est une invitation à penser l'avenir de notre société, invitation à nous sortir de notre nombrilisme, de notre soif d'immédiateté, invitation à sortir d'une politique du moment ou de l'instant, invitation à espérer une vie « autrement ». Aucune pensée n'est tabou ou à interdire, pour certaines il est nécessaire de ré-ouvrir les débats, d'autoriser la parole, d'interroger à nouveau le sens de la vie, du droit de désirer différemment son choix l'autre et sa de fin de vie…

Vieillesse et existence

Leur lutte actuelle est une tentative pour éviter un nouveau « naufrage », celui de la vieillesse. Naufrage du sujet âgé qui pour notre société, n'a que peu d'intérêt, même si on ne peut ignorer depuis quelque temps, l'attention de certains publicitaires et politiques pour cette « cible ». Leur combat est peut être l'expression d'un désir de ne pas faire du vieux et des vieilles des consommateurs, mais des acteurs de la société. Citoyennes jusqu'au bout, elles conjurent la nation à ne pas enfermé la politique de la vieillesse aux questions relatives à la retraite ou à la dépendance. Elles souhaitent faire de leur temps libéré, une richesse offerte aux autres. Elles savent que demain plus nombreux et nombreuses, les vieux ont une richesse à partager. Ce n'est pas d'une richesse inscrite au CAC 40, dont elles souhaitent parler; c'est d'une richesse de l'expérience, du temps disponible, d'une sagesse tournée vers l'autre, d'un

savoir hérité de la vie et de ses épreuves. Inscrites corps et âme dans notre modernité, elle aspirent à penser l'avenir. Elles ne se résignent pas à la fatalité, d'un monde occidental replié sur lui même, ayant pour seule ambition la poursuite de son développement. Elles ne se détournent pas de la mondialisation, elles souhaitent explorer d'autres voies d'entre aides, de solidarités. Elles s'engagent vers une écologie durable, vers un développement durable. S'occuper les unes des autres, faire partie d'un collectif liés à la ville, être attentive au corps de l'autre, être là lorsque le corps est douleur, sont autant de voies économiquement moins couteuses... L'entraide mutuelle y est pensée économiquement pour lutter contre l'isolement du sujet âgé. Le grand âge peut être source de savoir et de créativité, faut il encore que ceux qui représentent cette partie de la société est un droit de parole, un droit de citer. Où sont nos vieux et nos vieilles? Où serons nous, vieux et vielles de demain? La France vit une « révolution silencieuse » (12), une évolution démographique qui l'engage à voir la part des personnes de plus de 65 ans s'accroitre. Il y a nécessité à réfléchir notre avenir autrement. A ne pas réduire la réflexion sur la vieillesse, à un question de classe d'âge ou de catégorisation de personnes (13).

Une lutte, à nouveau

Les « Babayagas » par leur vitalité et flamboyance, ont une aisance à s'autoriser à penser de nombreux sujets de réflexions. Cette richesse et liberté de pensée sont la parfaite illustration de leur modernité; elles sont l'incarnation d'une jeunesse d'esprit que l'on ne retrouve pas toujours chez des sujets plus jeunes. Engager comme chacun d'entre nous à penser et à changer le monde, la société, elles désirent y inscrire leur parole dans une modernité sociale et politique ; quitte parfois à nous surprendre. Qu'est ce que la modernité? Et que peuvent apporter les vieux à la modernité?

Désirer et partager jusqu'au bout à en mourir

Inscrites dans une dynamique d'émancipation, les « Babayagas » nous convient à ouvrir nos pensées à des idées plus subversives. Elles nous engagent vers une innovation qui interroge immédiatement nos représentations, nos normes, valeurs et traditions. Elles savent que penser un monde moderne, ne va pas de soit. L'innovation, malgré ce que l'on pourrait imaginer, n'est pas si simple à accueillir. Le changement peut être source d'inquiétudes, il est surtout une invitation à ne plus être le même qu'hier. La modernité, défit par son désir de changement notre traditionalisme. Les travaux de Michel Freitag (14) sont une voie intéressante pour comprendre cette dualité complexe.

Les « Babayagas » par la nature de leur projet, nous engagent à explorer la notion de désir autour de 4 axes:

- un désir d'existence: Leur désir de promouvoir la parole des ainés en est un des piliers. Nous ne nous attarderons pas sur ce point qui a déjà fait l'objet d'un certain nombre de remarques. Cependant, il est à noter que dans ce combat, la notion d'existence est elle même l'objet de discussion. Certaines « Babayagas » n'hésitent pas à interroger le sens de la vie et de l'existence au regard du risque de dégradation majeur de leur état de conscience par des troubles psychiques. Evoquant leur désir d'une vie épanouie jusqu'au bout, elles désirent ouvrir un débat autour de l'essence de la vie et ainsi réinterroger le recours à un « suicide » assistée. Il est difficile d'ignorer que cette question touche profondément notre « morale ». `Cependant, la mettre à la marge est sûrement dommageable d'autant que nombre de nos concitoyens réclament à ce sujet, de nouvelles possibilités. Cette question prend un intérêt majeur avec les « Babayagas » qui de manière paradoxale mettent en tension: Eros et Thanatos. Dans un monde moderne, où les progrès médicaux en un siècle ont repoussé de manière incroyable les limités de la vie en multipliant presque par deux l'espérance de vie; cette question est légitime. Elle est peut être d'autant plus légitime, qu'elle interroge à nouveau, la défense d'une liberté de choix. Une liberté qui défie, peut être, à nouveau un corps sacré. Une liberté à nous indigner...

- un désir de partage: Les « Babayagas » font de l'autre, la nature de leur désir. Elles se détachent d'un désir consumériste pour s'ouvrir à une autre richesse. L'autre n' y est pas objet, objet de convoitises, objet à s'approprier, il est sujet et raison du partage.

- un désir d'avenir: C'est une richesse fantastique. S'engager à désirer l'avenir est à la fois extraordinaire et dangereux. Regarder et désirer l'avenir est une chose complexe, par le fait que nous sommes le plus enclin à percevoir l'essence de la vie à l'aurore de celle ci. Sensible à notre fragilité, pleinement conscient de notre vulnérabilité, des liens qui nous relient à nos proches, nous sommes peut être le plus sensible aussi à la fragilité de notre environnement. Les « Babayagas » interrogent l'avenir, en ouvrant la question du développement durable et de la décroissance (15). Faisant de la planète, un bien fragile et épuisable, elles souhaitent s'engager vers une autre manière de profiter de celle ci. Elles ne nient pas l'intérêt de poursuivre notre développement, elles proposent de le voir différemment, en y inscrivant la notion de durabilité de manière fondamentale et incontournable.

- un désir charnel: Le travail autour du corps, décrit dans cette article, situe le corps comme un lieu du désir. Espace de résidence, de contact. Il fait du contact à l'autre, une zone de tension de notre être charnel. Les « Babayagas » ne négligent nullement cet aspect, bien au contraire. Elles y voient des voies d'un possible, à nouveau. Elles s'autorisent même la possibilité d'un amour entre semblable ou d'une tendresse. Elles n'en font pas une obligation où un modèle. Elles suggèrent une complète liberté en cet espace. Elles n'oublient pas le temps, où elles ont conquit leur liberté sexuelle. La sexualité depuis de nombreuses décennies n'est pas un tabou, pour elles. S'il y a tabou, c'est dans notre regard et notre perception, d'une jouissance encore possible dans des corps vieux, affaissés, ridés et modifiés. Dés lors que chacun peut tendre en l'espoir d'une réconciliation avec son corps devenu vieux et assumer ce qu'il est devenu avec le temps, il ne semble pas impossible ou insoutenable de penser une sexualité épanouie dans le grand âge. Les «

Babayagas » de manière pertinente n'interrogent pas la question de la sexualité, mais plutôt la notion de « l'amour pour l'autre ». Comment laisser une porte ouverte à un amour pour l'autre, à la construction d'une nouvelle relation amoureuse, lorsqu'on est âgée? Que faire face à cette situation? Que faire de ce qu'elle fait émerger de nos amours passés? S'engager vers la voie d'un possible à nouveau avec un autre ne peut se s'élaborer et se vivre qu'à partir d'un long travail de compréhension sur les causes qui nous en n'ont éloigné ou détourné. La maison des « Babayagas » est et sera surement l'un des meilleurs lieux pour interroger ceci. Faut il encore que notre société, soit moderne sur ces questions.

L'utopie a t-elle un corps?

En mettant à disposition des « Babayagas » un terrain communal pour leur maison, Jean Pierre Brard, ancien maire de Montreuil, accomplit ici un acte politique majeur. Par ce geste, il offre à l'utopie, une territorialité, mais aussi une voix et une possibilité d'existence. Il convie chacun d'entre nous à interroger ses représentations de l'Utopie, et nous invite à penser que celle ci peut être un possible moteur de progrès social. Il s'attache comme More dans son livre second à donner une topographique à l'utopie et à faire du vieux, un acteur majeur de cet univers: « Chaque ville envoie chaque année en Amaurote trois vieillards ayant l'expérience des affaires, afin de mettre les intérêts de l'île en délibération » (16). Il soutien ainsi l'ambition de ces femmes à imaginer et créer un monde plus solidaire, plus juste, plus équitable, respectueux de l'environnement; dans lequel les vieux peuvent prendre une part active à la construction de la vie collective.

Du corps utopique à l'incarnation de l'utopie

Les « Babayagas », résidentes d'une terre sans toit, n'ont eu que le choix de faire de leurs corps, un corps utopique (17). Elles en ont fait « le point zéro du monde. Là où les chemins et les espaces viennent se croiser». « Petit noyau utopique » qui pour Michel Foucault « est le lieu à partir du quel je rêve, je

parle, j'avance, j'imagine, je perçois les choses en leurs place, et je les nies aussi par le pouvoir indéfini des utopies que j'imagine. » (17)

Pour elles, le corps n'était pas objet de performance, il était espace de solidarité et d'échange. Il fut le lieu du contact à l'autre. Il a été le lieu de l'incarnation de leur utopie.

Dans une société où discours et actes sont de moins en moins liés, les « Babayagas » ont tenté par le travail du corps et de la danse, de donner corps à leur valeurs. C'est un corps sujet, un corps au contact de l'autre et de sa sensibilité, un être au monde qui s'est élaboré dans cet espace de travail corporel. Elles en ont fait en espace du désir… d'un avenir. Joie et partage n'ont pas fait place à un corps résigné, à un corps recroquevillé.

Utopie et espérance

Nous pourrions imaginer qu'il est simple de penser l'utopie, qu'il est facile de faire place à l'innovation et qu'il est aisé d'accueillir l'espérance. Et pourtant; utopie, innovation et espérance ne vont pas de soi. Elles troublent chacun de nous; mobilisent nos aprioris et nos résistances.

Un épisode particulier illustre fort bien cette situation. Lors du troisième cycle, il fut proposé aux « Babayagas » d'amener une musique de leur choix pour danser ensemble. Thérèse profita de cette invitation pour nous faire découvrir « Le sacre du printemps » de Stravinski… Partageant avec le groupe le plaisir d'écouter ce morceau, elle exprima le désir de danser sur cette musique qui pour elle, représenter la vie et ces cycles. Malgré l'ardeur des « Babayagas », il ne fut cette fois ci pas question de danser. Les rythmes brisés, l'intensité du morceau, étaient autant d'éléments impossibles à surmonter.

Il y a des montagnes qui paraissent infranchissables à quarante ans, et qui à 80 ans ne semblent poser aucuns problèmes. Danser le « Sacre du printemps » fut longtemps, notre montagne … Une discussion quelques mois plus tard

permit d'évoquer les difficultés que représentaient les rythmes complexes et frénétiques. Elle permit aussi à chacun de parler de ses craintes, de ses doutes… Puis surement parce que ce morceau nous intéressait autant qu'il nous faisait peur, nous prîmes la décision de tenter de danser avec Thérèse.

Chacun d'entre nous a surement à l'intérieur de lui, ses propres montagnes… Thérèse en nous proposant de danser, nous a engagé vers le dépassement de soi. Les « Babayagas » par leur projet, invitent notre société à se dépasser. Elles ne se suffisent pas de penser un monde utopique, elles souhaitent incarner une position utopique. Riche de désirs et d'espérance, elles nous invitent à surmonter nos montagnes intérieures.

Les « Babayagas » sont généreuses dans ce qu'elles nous proposent d'imaginer de notre possible vieillesse. Elles en font une période d'existence riche et flamboyante, nourrit de désir et d'espérance. Elles ouvrent pour chacun d'entre nous, un possible désir « d'être vieux », une envie qui jusqu'à maintenant ne trouve que peu de candidats.

Elles font de la vieillesse, une période vie, ouverte au monde, tourner vers l'autre et sensible à la créativité.

Conclusion

Depuis quelques semaines, la maison s'est ouverte, rue de la convention. Le groupe qui avait jusqu' à maintenant porté le projet est pour sa part en transformation. Des tensions inhérentes à la vie du groupe, ont amenées une grande partie des femmes à quitter le groupe. La dissolution du groupe initial fut une épreuve difficile. Les tensions vécues ont un temps fait pensé à la disparition du projet. Cependant l'ouverture concrète de la maison, a permis à de nouvelles femmes de s'engager dans cette aventure.

L'aventure avec les «Babayagas» fut une experience extraordinaire. Les quelques lignes qui la comte ici, ne seront surement pas suffisantes pour transmettre pleinement ce qui s'est vécue avec ces femmes. Cependant comme lors des travaux de danse, les mots posaient dans cet article ont permis de dire quelques choses de l'existence de ces vieilles femmes. Un travail plus approfondi mériterait de voir le jours, il permettrait d'interroger plus encore le sens et l'intérêt de ce projet. Il pourrait ainsi nous offrir d'explorée de manière plus précise les aspects contextuels et politiques qui ont amené ce groupe de femmes à penser ce type de modèle d'habitat partagé.

Il reste surement beaucoup à dire et à écrire. Ce projet par ce qu'il propose, nous interroge dans des espaces de pensée jusqu'à maintenant peu explorés. Espérons que nous puissions dans le temps vous en faire part à nouveau, et que de ces aventures d'un genre nouveau, nous puissions tous espérer en un monde plus juste et à une vieillesse plus solidaire. Au moment de conclure cet article, il est décidé avec les nouvelles occupantes de la maison de débuter un nouveau travail autour du mouvement dansé et du corps. A suivre ...

« Mon corps est comme la Cité du Soleil, il n'a pas de lieu,

mais c'est de lui que sortent et que rayonnent tous les lieux possibles,

réels ou utopiques »

Michel FOUCAULT, Le corps utopique , 1966
Conférences Radiophonique France Inter.

BIBLIOGRAPHIE

1. Lebreton D. Corps et sociétés: Essai de sociologie et d'anthropologie du corps. Librairie des Méridiens; 1985.
2. Gagnon P. Mon vieux et moi. Autrement littératures; 2010.
3. Dadoun R. Manifeste pour une vieillesse Ardente. Zulma; 2005.
4. Morestin F. Portrait de Chichi, 89 ans, Mamie Babayagas, Reportage de Zoé Varier, diffusé sur France Inter, 2008.
5. Levinas E. Entre nous: Essais sur le penser l'autre. Grasset et Fasquelles; 1991.
6. Detrez C. La construction sociale du corps. Edition du Seuil; 2002.
7. Lebreton D. Anthropologie du corps et modernité. Quadrige –Presses Universitaires de France; 2005.
8. Torodov T. La vie commune. Edition du Seuil; 1995.
9. Veil S. Projet de loi relatif à l'interruption volontaire de grossesse, « Débat à l'assemblé Nationale: réforme de la loi sur l'avortement ». [Vídeo]. Economie et société: Vie sociale, diffusé sur ina.fr; 1976.
10. Veil S. Parle à la tribune « Le sénat et l'avortement », Journal télévisé de 20 heures. [Vídeo]. Economie et société : Vie sociale, diffusé sur ina.fr; 1976.
11. Leru V. La vieillesse. Larousse; 2008.
12. Boulmier M. L'adaptation de l'habitat à l'évolution démographique: un chantier d'avenir, rapport remis au Secrétaire d'état au Logement et à l'Urbanisme. 2009.
13. Ennuyer B. Gérontologie et Société, A quel âge est on vieux? Gerontol Soc (Paris). 2011; 127-142.
14. Freitag M. Dialectique et Société. Saint martin et Lausanne, L'Âge d'Homme; 1986.
15. Genko S. Décroissance et Utopie, « La décroissance, une utopie sans danger ? », Revue Entropia. Parangon; 2008.
16. More T. Utopie, Traduction. Delcourt, Flammarion; 1987.
17. Foulcault M. Le corps utopique. En: Conférences Radiophonique France Inter. Edition en lignes; 2009.

CREACION DE UN SERVICIO DE « ASESORAMIENTO AL DISCAPACITADO » EN KINSHASA (RDC): ¿CUALES SON LAS NECESIDADES?

CREATING A "BOARD HANDICAP" SERVICE KINSHASA (DRC): WHAT NEEDS?

DECS: Salud pública, calidad de vida, desarrollo local.
MESH: Community health agent, quality of life, local development.

Dña. Dominique de Crits.
Helb I. Prigogine Bruselas – Bélgica, terapeuta ocupacional, magíster en salud pública..

Como citar este artículo en sucesivas ocasiones:
De Crits D. Creation dún service "Conseil hándicap" a Kinshasa (RDC): Quels Besoins? TOG (A Coruña) [revista en internet]. 2014 [-fecha de la consulta-]; Vol 11, Supl 9: p 67-87. Disponible en: http://www.revistatog.com/suple/num9/asesoramiento.pdf

Introducción

El objetivo de la misión que tuvo lugar en Kinsasa, en el municipio de GOMBE, en la República Democrática del Congo, es la creación de un servicio de «Asesoramiento al discapacitado».

Este proyecto de intervención se centra en un enfoque de investigación-acción cuya finalidad es responder a una problemática de salud comunitaria y social ligada a un contexto socioeconómico frágil, mediante la asociación de la totalidad de las personas afectadas. Esta investigación está enfocada explícitamente al área de la terapia ocupacional.

Por tanto, se trata de un trabajo de campo en el que los participantes se enmarcan en una lógica de cambio que tiene como fin la emancipación social de los actores.

A lo largo de este proceso, hemos intervenido personalmente como

RESUMEN

Frente a los problemas flagrantes de salud pública de un país un tanto caótico, *la Haute Ecole Libre de Bruxelles* (HELB) I. PRIGOGINE a través de su sección terapia ocupacional se convierte en patrocinadora de un gran proyecto de «Asesoramiento al discapacitado» para las personas en situación de discapacidad en Kinsasa.

En este punto, se trata de identificar las dificultades de la vida, los recursos y los ejes prioritarios que cabe desarrollar con el objetivo de mejorar la calidad de vida:

Una experiencia rica y apasionante pero también compleja y desconcertante...

RÉSUMÉ

Face à des problèmes criant de santé publique dans un pays proche du cahot, la Haute Ecole Libre de Bruxelles (HELB) I. PRIGOGINE au travers sa section ergothérapie devient partenaire d'un vaste projet « service Conseil-Handicap » pour des personnes en situation de handicap à Kinshasa.

A ce stade, il s'agit d'identifier les difficultés de vie, les ressources et les axes prioritaires à développer afin d'améliorer la qualité de vie :

Une expérience riche et passionnante mais aussi complexe et déroutante.

SUMMARY

Frente a los problemas flagrantes de salud pública de un país un tanto caótico, *la Haute Ecole Libre de Bruxelles* (HELB) I. PRIGOGINE a través de su sección terapia ocupacional se convierte en patrocinadora de un gran proyecto de «Asesoramiento al discapacitado» para las personas en situación de discapacidad en Kinsasa.

En este punto, se trata de identificar las dificultades de la vida, los recursos y los ejes prioritarios que cabe desarrollar con el objetivo de mejorar la calidad de vida:

Una experiencia rica y apasionante pero también compleja y desconcertante...

agentes de cambio con la intención de:

- Identificar la problemática.
- Identificar los socios que deseen implicarse en nuestro proyecto.
- Motivar a todos para reaccionar a fin de mejorar sus conocimientos, progresar y desarrollar nuevas habilidades en materia de calidad y de asistencia sanitaria.

A fin de establecer un hilo conductor en la implantación de este proyecto de salud comunitaria, hemos elaborado nuestro cuestionario inicial en torno a dos hipótesis:

- La primera hipótesis enuncia que existe una manera de elaborar un proyecto de salud comunitaria para ayudar a la persona con discapacidad y mejorar la calidad de la asistencia en la República Democrática del Congo (RDC).

- La segunda entrevé la posibilidad de aprovechar la estructura existente y mejorarlo todo estructurándolo. Sin embargo, no podemos proponer cambios a partir de sentimientos únicos y/o prejuicios preestablecidos y no argumentados. De hecho, esta actuación correría el riesgo de conducirnos a un terreno

movedizo y arriesgado, enfrentándonos a la vez a hipótesis frecuentemente alejadas de la realidad.

Por lo tanto, elaborar un proyecto de salud comunitaria constructivo nos lleva a reflexionar:

1. Sobre su fundamento, sobre la pertinencia de nuestra gestión. En realidad, ¿es necesario modificar y mejorar la estructura existente?

Para responder a la pregunta nos haría falta comprobar la posible inadecuación de la situación actual en la RDC y más concretamente en Kinsasa, en el municipio de Gombée, esbozando un cuadro del sistema existente a través de una reflexión crítica en materia de calidad de la asistencia sanitaria y de los profesionales sanitarios in situ.

A continuación, nos desplazaremos al lugar, Kinsasa, para completar nuestros datos a través de un enfoque objetivo de la situación in situ.

2. Sobre la planificación estratégica apropiada a nuestro proyecto. ¿Cómo convencer a la dirección del colegio para que nos apoye y nos permita comprometernos en esta empresa de tal envergadura?

Para ello, será fundamental la elaboración de un informe exhaustivo que tenga como objetivo describir el proceso que deseamos aplicar. «La noción de proceso sugiere una serie de acciones o de acontecimientos ordenados unos en relación a otros y formado un conjunto reconocible como tal.» (1).

Tendremos que encontrar socios:

- En Bruselas, interesados en el proyecto para acompañarnos en su elaboración y en su aplicación.
- «Intermediarios Bélgica-República Democrática del Congo» que pudieran introducirnos ante las autoridades locales y asegurar la logística in situ.
- En Kinsasa, profesionales sanitarios congoleños que pudieran integrar el servicio de «Asesoramiento al discapacitado» y a su vez convertirse en expertos en la materia.

Este dossier debería permitir no sólo ayudar a la jerarquía a comprender nuestras intenciones y a ser conscientes de los determinantes de nuestra acción, sino sobre todo a colaborar en nuestro proyecto.

METODOLOGÍA:

Situación problemática:

La República Democrática del Congo (RDC) está superando un violento conflicto que ha durado cinco largos años. La situación socioeconómica sigue siendo muy precaria, con el consiguiente aumento de la delincuencia, quien a su vez genera una gran inseguridad en la población ya muy debilitada. De hecho, la guerra ha dejado atrás hombres gravemente mutilados, mujeres heridas moralmente por agresiones sexuales violentas, así como niños huérfanos completamente despojados que, la mayoría de ellos, habían sido reclutados por la fuerza en los conflictos armados. En consecuencia, las secuelas psíquicas y psicológicas son dramáticas.

Imagen 1. Hombre en silla de ruedas. Fuente: Elaboración propia.

La capital, Kinsasa, con casi 10 millones de habitantes, no se escapa de este bache y de esta pobreza. La ciudad vive a un ritmo trepidante y está inmersa

continuamente en una atmósfera donde el desorden y la precariedad son sinónimos de corrupción y violencia.

Allí, la vida para los adultos y las familias numerosas es especialmente dura y difícil, y los niños son abandonados a su suerte. Desde entonces, el «apañárselas» y las artimañas son muy a menudo las únicas salidas para intentar sobrevivir.

Imágenes 2 y 3. La realidad de los niños del Congo. Fuente: Elaboración propia

La asistencia sanitaria es muy cara y el paciente, si no trabaja, debe asumir todos los gastos (medicamentos, aparatos ortopédicos, silla de ruedas…). Tan sólo una minoría de la población que trabaja en una institución vinculada a un hospital puede beneficiarse de asistencia sanitaria gratuita que también cubre a su familia.

6 millones de congoleños viven situaciones de discapacidad. Esta cifra representa aproximadamente el 10% de la población congoleña, estimada en 64 millones de habitantes, de los que el 47,2% tiene menos de 15 años. (*Fuente: Dña. Ikondo Djok, 2010, consejera encargada de las personas discapacitadas ante el Ministro congoleño de Asuntos sociales*).

En este contexto, la situación de dichas personas es muy vulnerable. A esto se le añade otras variables:

§ El perfil del profesional sanitario emerge totalmente del modelo médico sin apertura real hacia otros modelos que presentan una orientación más educativa y biopsicosocial.

§ El enfoque cultural de la discapacidad está muy alejado del preconizado por la OMS a través de la CIF (2).

§ La falta de recursos materiales y científicos frena considerablemente la posibilidad de aumentar las competencias profesionales del sanitario. Dicha falta es escandalosa, tanto en las instituciones educativas que forman a los futuros profesionales de la salud como en las instituciones hospitalarias que acogen a las personas que solicitan asistencia médica.

Los libros y los artículos de referencia son escasos y anticuados. El material médico y de rehabilitación está en desuso y completamente obsoleto.

Imagen 4. Material médico y de rehabilitación. Fuente: Elaboración propia.

§ Los principales actores en la reinserción son fisioterapeutas, cuya acción está principalmente orientada hacia la rehabilitación de los miembros inferiores.

§ La ausencia de terapeutas ocupacionales.

Sin embargo, estos últimos podrían ofrecer una nueva forma de concebir la discapacidad, haciendo hincapié en la interacción con el entorno y en el control de la participación de la persona.

Desde esta perspectiva, se alentaría a la persona a volver a descubrir o desarrollar los hábitos cotidianos, así como las actividades que le permiten integrar de forma activa la vida social y contribuir a los recursos de la familia, algo que no tiene lugar en la actualidad.

Marco general:

Partiendo de este informe, nos parecía interesante construir un proyecto de colaboración cuyo objetivo general fuera, por una parte, la creación de un servicio de "Asesoramiento al discapacitado", y por otra, el fortalecimiento de las competencias de los fisioterapeutas congoleses para afrontar mejor las necesidades de las personas en situación de discapacidad.

Los colaboradores:

La Haute École Libre de Bruxelles (HELB) Ilya Prigogine: la sección de terapia ocupacional se interesa principalmente por el proyecto, así como el Centre de Recherche Appliquée (Centro de investigación aplicada, CREA en sus siglas francesas)

La evaluación de la situación nos confirmará que las competencias de los terapeutas ocupacionales resultan útiles:

§ Para aportar una reflexión y un enfoque a nivel de la organización de la vida diaria

§ Para adaptar el entorno y facilitar la participación de la persona con dificultades a la vida comunitaria

§ En la creación y elaboración de ayudas técnicas

§ En lo que respecta al asesoramiento para el acondicionamiento del domicilio que facilitaría los desplazamientos y las tareas diarias

§ Para concienciar al personal sanitario a incluir mucho más la rehabilitación de los miembros superiores en sus intervenciones.

Estas competencias no se desarrollan durante la carrera de formación de profesionales de salud fisioterapéutica, dado que la formación en terapia ocupacional no existe en RDC.

El Centre International pour la Promotion de l'Afrique (Centro internacional para el desarrollo de África, CIPA en sus siglas francesas): este centro se encuentra activo desde el 2007 para fortalecer las capacidades de los africanos al servicio de su población. El CIPA es un colaborador clave en el inicio de un proyecto, ya que actúa como intermediario principal ante las autoridades ministeriales de salud, así como mediador entre las instituciones de Kinsasa y nuestra HELB I. Prigogine.
Asimismo, asegura la logística local.

La Union des Kinésithérapeutes Congolais (Unión de fisioterapeutas congoleses, UKC en sus siglas francesas): interviene desde hace más de 30 años en lo que respecta al desarrollo de la profesión. Del mismo modo, esta entidad sin ánimo de lucro invierte en la formación continua, y como tal, se convierte en nuestro principal recurso en lo que se refiere a la selección y la formación de profesionales que integrarán el servicio de «Asesoramiento al discapacitado».

El Centre de Rééducation pour Handicapés Physiques (Centro de rehabilitación para discapacitados físicos, CRHP en sus siglas francesas):
Es un centro de referencia en materia de readaptación física para personas discapacitadas en RDC. La futura sede del "Asesoramiento al discapacitado" podrá desarrollarse en el corazón de este centro.
El CRHP acoge a niños y adultos que presentan discapacidades físicas de naturaleza y origen muy diversos: trastornos de desarrollo del niño (IMC), problemas neurológicos, ortopédicos, trastornos sensoriales…
El CRHP propone los siguientes servicios:

A nivel médico:

- Consulta médica
- Hospitalización
- Cirugía ortopédica
- Rehabilitación funcional: mecanoterapia, fisioterapia
- Taller de realización de órtesis y prótesis del miembro inferior, de zapatos ortopédicos
- Taller de realización de gafas "médicas"
- Taller de realización de ayudas a la locomoción

A nivel social:

Para los niños: seguimiento de las familias y ayudas para la orientación escolar

Para los adultos:

- Alfabetización
- Aprendizaje de actividades profesionales: costura, restauración.

Esta descripción ilustra que este centro ya tiene la vocación de mejorar la participación social de las personas discapacitadas, y por consiguiente, está completamente abierto a colaborar con el proyecto.

Los diferentes ejes del proyecto:

1. *Eje de « Asesoramiento al discapacitado»:*

1.1. Identificación de las condiciones de vida en Kinsasa y de las necesidades de la población, que obstaculizan, especialmente, las prácticas cotidianas.

1.2. Identificación de los recursos

1.3. Identificación de los ejes prioritarios a desarrollar para mejorar la calidad de vida de las personas discapacitadas en materia de educación, asesoramiento y desarrollo de las ayudas técnicas adaptadas a los recursos disponibles.

En base a lo existente:

§ Asesorar a las personas y a sus familias para ayudarlas a encontrar soluciones prácticas que facilitarían sus tareas cotidianas y la accesibilidad a su entorno

§ Proponer medios alternativos en la realización de ciertas actividades

§ Facilitar la integración escolar de los niños proponiendo el acondicionamiento (posicionamiento del niño en clase, adaptación del material...)

§ Participación en la integración profesional evaluando las aptitudes de una persona con dificultades y sometiéndolas al análisis de las exigencias de la actividad profesional.

1.4. Toma de contacto con las autoridades locales. Este enfoque es indispensable en el contexto de Kinsasa. Permite abrir el diálogo, oficializar el proyecto, aumentando así las oportunidades de desarrollarlo.

2. *Eje pedagógico:*

- Concienciar a todos los participantes locales del interés que conlleva crear este tipo de servicio.
- Organización de ciclos de formación junto a fisioterapeutas congoleses.

<u>Objetivos de este eje</u>:

§ Sensibilizar a este personal sanitario acerca de la participación social de la persona discapacitada para que sus intervenciones se adapten en función de su forma de vida y de la naturaleza de su entorno

§ Desarrollar nuevas competencias

- Mejorar la participación social de las personas discapacitadas.

- Cambiar la perspectiva ante la discapacidad.

3. *Eje comunitario:*

- Instalación de un taller de confección de ayudas técnicas y de pequeños aparatos ortopédicos del miembro superior (órtesis de reposo, de corrección, funcionales...)
- Creación de una auténtica red local para la puesta en marcha de acciones. El objetivo es promover la sensibilización hacia las necesidades de la persona discapacitada y extender, más allá de Kinsasa, el proyecto que busca el desarrollo de las competencias de los participantes.
- Adaptación de las tecnologías a los recursos materiales y financieros locales

Población a la que se dirige:

A corto plazo:

§ Alrededor de 500 personas discapacitadas y sus familias que asisten el CRHP podrían beneficiarse directamente del servicio de "Asesoramiento al discapacitado".
§ Cerca de una treintena de fisioterapeutas seguirían la formación para integrar el servicio de "Asesoramiento al discapacitado". Posteriormente, éstos se convertirían a su vez en "formadores" ante sus compañeros, transfiriéndoles su saber y sus habilidades.
§ El centro CRHP se convertiría en un centro de referencia y formación.

A largo plazo:
§ Los profesionales que se beneficiarán de la transmisión de los conocimientos adquiridos por sus compañeros tras la formación inicial.

§ Las instituciones, más allá del municipio de la Gombée, que se sensibilizarán de manera progresiva con la metodología puesta en marcha con el fin de que a su vez crean un servicio de "Consejo de minusvalía".

§ Las autoridades locales que deben concienciarse progresivamente de la necesidad de actuar sobre el medio ambiente.

§ La población del Congo en su totalidad, cuya cercanía cultural de la minusvalía debería poder evolucionar hacia una integración real de las personas minusválidas en el seno de la vida comunitaria.

Debate:

1. La selección de datos a nivel de la población deja entrever una necesidad real en lo que respecta a ayuda y calidad de cuidados que se dan a las personas en situación de minusvalía.

No obstante, para planificar una intervención hay que tener en cuenta los conocimientos de las personas y los comportamientos derivados. Se sobreentiende con esto que antes de empezar un proyecto de intervención, como terapeutas ocupacionales implicados en esta investigación-acción debemos integrar los elementos culturales que llevan a la persona a adoptar un tipo de comportamiento particular.

Con el riesgo de estar condenado al fracaso, todo proyecto de salud comunitaria debe conducir a que la población local se cuestione la procedencia de su manera de actuar al igual que la razón y la perspectiva, para ello hay que adoptar un comportamiento diferente.

Tener en cuenta la cultura de un grupo, de una región, de un país es, pues, un gran triunfo en el resultado de un proyecto a largo plazo.

Raymon Massé define la cultura "como un producto histórico, siempre situada, datada y en transformación" . Prosigue precisando que hay que ser capaz de impregnar la "historia colectiva a un momento dado de la trayectoria de la vida común" de la población (3).

Desde entonces fue indispensable sumergirnos en la historia particular de los kineses para poder comprender la lógica cultural que les anima hasta en el momento de nuestra intervención. Teníamos que integrar su manera de funcionar, una manera que es de ellos y tan diferente a la nuestra…Ya que forzosamente, ¡no hemos vivido la misma historia!

En esta lógica, comienza a ser evidente que hay que evitar pensar que la única manera buena es aquella que habíamos elaborado y planificado, que tan solo nuestros esfuerzos de "persuasión" y nuestras intenciones tan estimables pueden ser suficientes para cambiar las mentalidades y que éstas sean aplicables en un país tan diferente del nuestro.

Si nos detenemos en el estado "de las ideas" y de un proyecto construido en base a nuestros modelos occidentales sin construir con el existente que anima la población sobre la que queremos provocar los cambios, nuestro proyecto corre el riesgo de pulverizarse rápidamente aunque lo alimentemos con ingredientes tales como "la buena voluntad", "el bienquerer" y la "energía". De hecho es ilusorio imaginar que existe forzosamente un denominador común entre las creencias, las actitudes y las intenciones de las personas pertenecientes a unas etnias diferentes.

2. La formación en terapia ocupacional siendo inexistente el encuentro entre los profesionales de sanidad, fisioterapeutas y enfermeras kineses, nos llevan a reconocer la existencia de conocimientos y de saber hacer paralelos y diversificados. Esta comprobación ha hecho ya objeto de numerosas labores hace unas décadas, haciendo hincapié sobre la existencia de una multitud de sistemas de pensamientos y de interpretaciones que tratan sobre el origen de la enfermedad, el proceso que lleva a la cura y la salud como tal (4 y 5).
Pertenecer a una tribu, a una población, incluso a un barrio, desarrolla en la persona referencias que son un vínculo directo con su medio y en relación con la mirada que le reenvía el grupo social en que evoluciona. Cada individuo

desde este momento no le queda más que integrase y reconocido por sus semejantes con la única condición de desarrollar un comportamiento esperado por los suyos. El grupo social representa una presión a la que les es muy difícil sustituir con el riesgo de verse excluido y rechazado.

El grupo social alimenta respuestas particulares en cuanto a la expresión de síntomas de la enfermedad o de la situación de su minusvalía. Juega un papel muy importante a nivel de la resistencia de la persona que tiene que modificar sus comportamientos, y al nivel de su dificultad para percibir el beneficio de una intervención de cuidados diferentes.

Esta visión permite reconocer que en el contexto de la creación de un servicio de ”Consejo de Minusvalía”, todo proyecto de salud que se quiere “individualizar”, tan solo se puede concebir a través de un acercamiento multifuncional y multidimensional, que al mismo tiempo, deja entrever los límites que influenciarán inevitablemente la eficacia de tal investigación. Entramos entonces en una zona gris que llamamos “zona de intersubjetividad”, donde el acuerdo parece… a veces imposible (véase tabla 1).

Efectivamente, ¿es concebible controlar el conjunto de parámetros que giran en el seno de una relación de cuidados, teniendo en cuenta que la realidad social la mayoría del tiempo es compleja e… imprevisible?
¿Siempre es posible determinar, mejor dicho, modificar los factores subjetivos que influyen sobre los comportamientos?

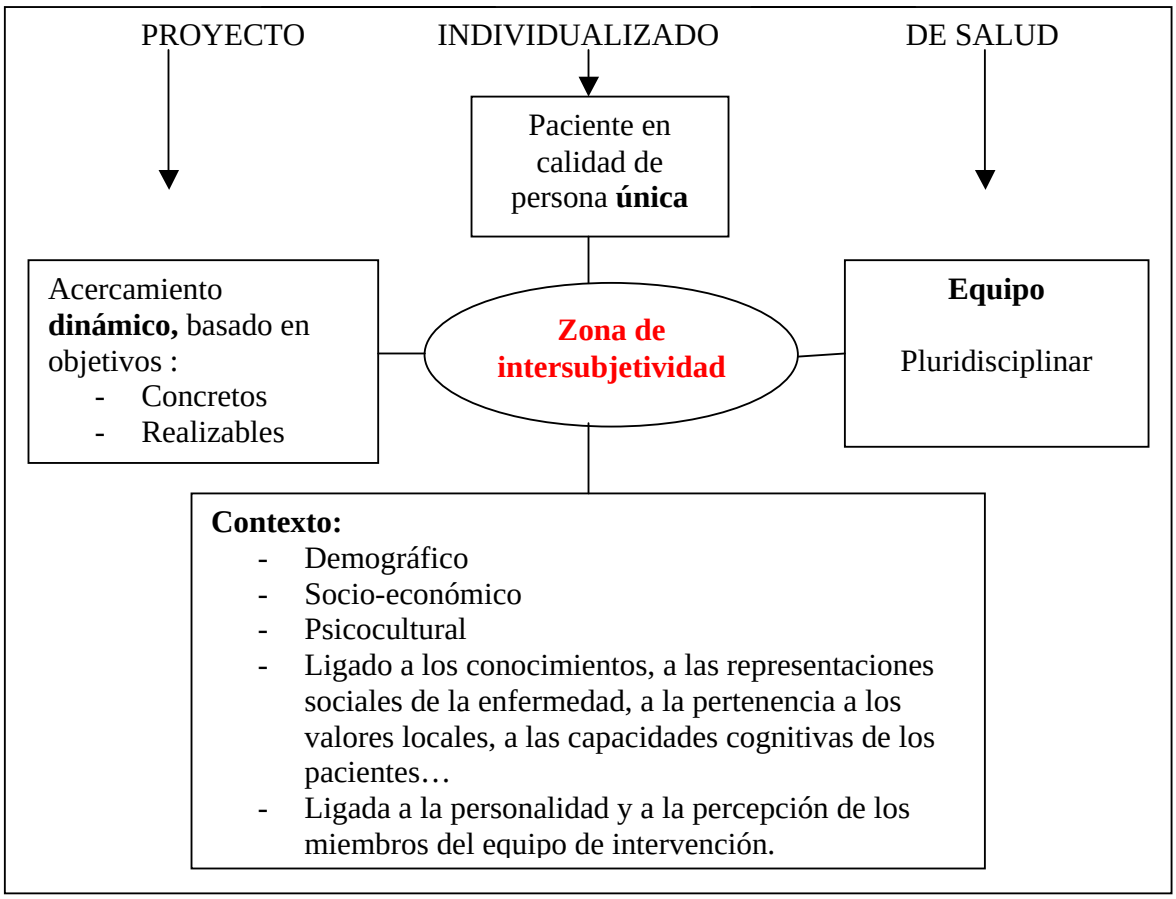


Tabla 1 : Acercamiento multifuncional y multidimensional. Fuente : Elaboración propia.

Alain Deccache (6) se interesa desde 1988 por los determinantes principales en lo que respecta al paciente y describe al mismo tiempo los que están ligados al equipo de intervención y al contexto en el que se encuentra la relación de cuidados. Cada determinante podría influenciar al otro.

El terapeuta ocupacional involucrado en un proyecto de investigación y acción no puede desde ese momento hacer caso omiso a los parámetros que giran en torno al proceso de cuidados cuando él aporta consejos y desea «mejorar» un sistema existente que considera precario e inadecuado. Los saberes de la población congoleña están muy bien anclados y ligados a las creencias locales. Entonces, teniéndolo en cuenta, podemos adoptar un sistema de comunicación

mejor integrado con el objetivo de articular nuestro modelo biomédico y educativo con las creencias populares. P. Meire (7) explica «nuestro lenguaje tiene varias voces. Es un acto continuo, ligado a la historia del individuo como a la de su grupo social y posee un carácter de interpretación infinito.»

Resultados

El análisis de los recursos en lo que respecta a los profesionales de la salud, deja entrever una constatación extremadamente rica e interesante. A falta de terapeutas ocupacionales, los enfermeros y fisioterapeutas que hemos conocido solicitan una formación continua y aspiran a aumentar sus conocimientos y su técnica en la calidad de los cuidados y especialmente en el ámbito de la terapia ocupacional.

Por ejemplo; en las dos presentaciones que hemos llevado a cabo durante nuestra estancia, la primera sobre la formación en terapia ocupacional y la segunda sobre el ámbito laboral de los estudiantes en prácticas, numerosos cuidadores congoleños se habían desplazado por los cuatro puntos cardinales de Kinsasa. Más de 200 personas se habían metido en una sala que solo podía contener 100 y en un silencio sepulcral. Una cincuentena de personas que no había podido encontrar sitio en la asamblea, estaba escuchando desde el exterior, a pleno sol y con una temperatura cercana a los 40 grados. Al final de nuestra presentación que había durado más de 3 horas, numerosas preguntas han transcurrido respetando el tiempo de palabra de cada persona y mostrando sin lugar a dudas un interés a ciencia cierta en cuanto al acercamiento al paciente y la calidad de los cuidados.

Los profesionales de salud congoleños se dan cuenta con mucha objetividad y humildad de que sus técnicas de cuidados y de rehabilitación no son del todo rigurosas. Los recursos financieros y materiales que se encuentran a su disposición son cruelmente insuficientes y frenan al desarrollo y la calidad de sus actuaciones. Además, durante nuestra visita a Kinsasa, se muestran muy entusiastas de hacer prácticas de perfeccionamiento en Bélgica.

Estas prácticas han podido organizarse desde nuestra vuelta a Bruselas, especialmente gracias al apoyo de nuestros superiores e igualmente, gracias a la intervención de los responsables de las diferentes secciones de la Sección Paramédica de nuestra universidad y al dinamismo de nuestro Centro de Investigación Aplicada (CREA). Estas prácticas han tenido lugar principalmente en el hospital Erasme, situado en nuestro campus. Una veintena de médicos, enfermeros, matronas y fisioterapeutas han sido acogidos durante varias semanas en diferentes servicios, incluido el servicio de geriatría dirigido por el Profesor Peppersak.

El objetivo de estas prácticas era doble:

1) Que los profesionales de la salud de Kinsasa que se beneficiaran de este programa pudieran desarrollar nuevas competencias en calidad de cuidados y de técnicas de intervención.

2) Que puedan transmitir a sus semejantes todo adaptado a las necesidades de su población.

Por otra parte, durante nuestra estancia en Kinsasa, una fisioterapeuta se mostró muy interesada en realizar los estudios de Grado en Terapia Ocupacional en nuestra universidad (HELB I. Prigogine). Esperamos que su formación pueda organizarse próximamente con el apoyo del CIPA (Centro Internacional para la Promoción de áfrica) y esto a pesar de las dificultades que acarrea una estancia en el extranjero para un ciudadano de este país. Desde la obtención de su titulación, ella podrá promover la formación en terapia ocupacional en RDC.

Nuestra estancia en Kinsasa nos ha permitido concienciarnos de que la formación en cuidados de salud engloba a la vez las nociones de objetivos, modalidades y resultados de una acción educativa. MIALARET G. señala que engloba el acto de aprendizaje sistemático de un saber, una técnica, y la

iniciación a los tipos de comportamientos requeridos para que la persona pueda ejercer su papel de cuidador.

«De ahí que, toda formación constituye una reflexión sobre el sistema de valores que la fundamenta y requiere la aplicación de lo que se ha adquirido de forma teórica o práctica (8).»

La puesta en marcha de un programa con el objetivo de la modificación de comportamientos es una innovación que se encuentra con oposiciones de todo tipo de orígenes, especialmente culturales. Por lo tanto, es esencial reflexionar bien sobre la estrategia que se llevará a cabo para facilitar el desarrollo en armonía de las actividades que se realizarán.

Esta constatación, constituirá desde este momento los cimientos de nuestra intervención.

Nos servirá de guía a través de nuestras investigaciones y acciones, especialmente en la planificación de las formaciones que deseamos realizar próximamente en Kinsasa.

El encuentro con el Director del Centro de Rehabilitación para Minusválidos Físicos (CRHP) a sido muy positivo. Junto al edificio principal, se construye une nuevo anexo muy amplio y con varias habitaciones. Podremos beneficiarnos de una de ellas para establecer nuestro «Asesoramiento al Discapacitado».

En lo que respecta a la población en situación de minusvalía con la que nos hemos relacionado, nos ha parecido muy pasiva y resignada. Necesitaremos tiempo para hacer que las mentalidades se transformen en el ámbito de la aceptación del traumatismo y sus consecuencias. Tiempo para concienciarles de que la enfermedad o la deficiencia física y psicológica no son ni una tara, ni una fatalidad y que la persona que se encuentra confrontada a una situación de discapacidad puede seguir siendo una persona activa en el seno de la comunidad.

Finalmente, la metodología utilizada, nos ha permitido favorecer nuestros contactos y nuestro enfoque de las realidades del terreno, así como de la organización de prácticas en Bruselas.

Conclusión

Esta experiencia, por muy apasionante que sea, simplemente se encuentra en sus inicios, pero basta para mostrar la importancia que pueden tener los terapeutas ocupacionales en el ámbito de la salud comunitaria en los países africanos. Esta experiencia servirá para llevar a cabo otras...

Sin embargo, es necesario en este tipo de proyecto evitar «dar lecciones». De hecho, es esencial que los profesionales de la salud congoleños, especialmente aquellos que han seguido las prácticas en Bruselas, puedan por su parte apropiarse del proyecto y seguir la acción comunitaria.

Las formaciones que esperamos poner en práctica en Kinsasa se organizan progresivamente y en tres módulos. Un módulo «pediátrico», un módulo «salud mental» y un módulo «adulto» orientado especialmente sobre las secuelas de los traumatismos y heridas de guerra, las deficiencias visuales y las enfermedades crónicas.

Estas formaciones tienen por objetivo que los profesionales de la salud comprometidos en estas formaciones :

- Puedan tomar el relevo de nuestras acciones y convertirse en «consejeros» al servicio de los demás.
- Que se conviertan igualmente en «formadores» y que organicen por ellos mismos sesiones de información para sensibilizar a sus compañeros sobre métodos de intervención mejor adaptados a la persona en situación de minusvalía.

Sin embargo, en estos tiempos de crisis, el aspecto financiero es más que nunca «nuestro talón de Aquiles». Los viajes y estancias de los formadores que irán a la República Democrática del Congo son costosos pero un nuevo acuerdo con la escuela de Salud Pública de la Universidad Libre de Bruselas (ULB) podrá ver la luz próximamente y permitirá de dar nuevos aires a este proyecto de envergadura.

BIBLIOGRAFIA

1. Hees M. Principes généraux d'organisation, Syllabus HOSP 2110. Faculté de Médecine UCL. 1995.

2. OMS. Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé. Genève, Suisse, 2001.

3. Masse R. Culture et santé publique: Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé. Montréal, Paris, Casablanca: Ed Gaëtan Morin; 1995.

4. Herzlich Cl. Santé et maladie, analyse d'une représentation. Paris: Ed. Mouton; 1969.

5. Herlich MF, Tardieu H. Les modèles mentaux. Approche cognitive des représentations. Collection Sciences Cognitives. 1993.

6. Deccache A, Lavendhomme E. Information et éducation du patient, des fondements aux methods. Bruxelles: Ed. De Boeck, Coll. Savoir et Santé; 1989.

7. Meire P. Le Sujet Vivant, Thèse non publiée, Faculté de Médecine, Département de neuropsychiatrie: UCL; 1994.

8. Hanlon J.J., Pickett G.E. Basic Health administration and practice. Saint Louis: Ed. Time Mirror/Mosby; 1984.

CREATION D'UN SERVICE « CONSEIL HANDICAP » A KINSHASA (RDC): QUELS BESOINS ?

CREATING A "BOARD HANDICAP" SERVICE KINSHASA (DRC): WHAT NEEDS?

DECS : Santé communautaire, qualité de vie, réseau local.
MESH : Community health agent, quality of life, local development.

Dña. Dominique de Crits.
Helb I. Prigogine Bruxelles – Belgique, ergothérapeute, magíster en santé publique.

Como citar este artículo en sucesivas ocasiones:
De Crits D. Creation dún service "Conseil hándicap" a Kinshasa (RDC): Quels Besoins? TOG (A Coruña) [revista en internet]. 2014 [-fecha de la consulta-]; Vol 11, Supl 9: p 88-108. Disponible en: http://www.revistatog.com/suple/num9/conseil.pdf

Introduction

L'objectif de la mission qui s'est déroulée à Kinshasa dans la commune de la GOMBE en République démocratique du Congo est la création d'un service « Conseil Handicap ».

Ce projet d'intervention est axé sur une approche recherche-action dont la finalité est de répondre à une problématique de santé communautaire et sociale liée à un contexte socio-économique fragile, en y associant l'ensemble des acteurs concernés. Cette recherche se veut explicitement engagée dans le domaine de l'ergothérapie.

Il s'agit donc d'un travail de terrain où les participants s'inscrivent dans une logique de changement afin d'aboutir à l'émancipation sociale des acteurs.

Tout au long de ce processus, nous sommes intervenus personnellement comme agent de changement en vue :

RÉSUMÉ

Face à des problèmes criant de santé publique dans un pays proche du cahot, la Haute Ecole Libre de Bruxelles (HELB) I. PRIGOGINE au travers sa section ergothérapie devient partenaire d'un vaste projet « service Conseil-Handicap » pour des personnes en situation de handicap à Kinshasa.
A ce stade, il s'agit d'identifier les difficultés de vie, les ressources et les axes prioritaires à développer afin d'améliorer la qualité de vie :
Une expérience riche et passionnante mais aussi complexe et déroutante…

RESUMEN

Frente a los problemas flagrantes de salud pública de un país un tanto caótico*, la Haute Ecole Libre de Bruxelles* (HELB) I. PRIGOGINE a través de su sección terapia ocupacional se convierte en patrocinadora de un gran proyecto de «Asesoramiento al discapacitado» para las personas en situación de discapacidad en Kinsasa.
En este punto, se trata de identificar las dificultades de la vida, los recursos y los ejes prioritarios que cabe desarrollar con el objetivo de mejorar la calidad de vida:
Una experiencia rica y apasionante pero también compleja y desconcertante...

SUMMARY

Facing the flagrant problems of public health in a somehow chaotic country, la Haute Ecole Libre de Bruxelles (HELB) I. PRIGOGINE through its occupational therapy section becomes sponsor of an important project about "Councel to the disabled" for people with disabilities in Kinshasa.
Once to this point, the target is to identify the difficulties of life, the resources and priorities that can be developed in order to improve the quality of life:
A pleasant and intense experience but also complex and disconcerting...

- D'identifier la problématique
- D'identifier des partenaires désireux de s'impliquer dans notre projet
- De motiver chacun à réagir afin d'améliorer ses connaissances, de progresser et de développer de nouvelles compétences en matière de qualité et soins de santé.

Dans le but d'établir un fil conducteur dans la mise en œuvre de ce projet de santé communautaire, notre questionnement de départ sést construit autor de deux hypothèses:

- La première hypothèse énonce qu'il y a moyen d'élaborer un projet de santé communautaire visant à aider la personne en situation de handicap et d'améliorer la qualité des soins en République Démocratique du Congo (RDC)
- La seconde, entrevoit la possibilité de profiter de l'existant et de l'améliorer tout en le structurant. Mais, on ne peut proposer des changements à partir d'uniques sentiments et/ou préjugés préétablis et non argumentés. Cette démarche risquerait en effet, de nous conduire

sur un terrain mouvant et hasardeux, tout en nous confrontant à des hypothèses souvent éloignées de la réalité.

C’est pourquoi, élaborer un projet de santé communautaire constructif, nous amène à réfléchir:

1. Sur son fondement, sur le bien fondé de notre démarche. Est-il vraiment nécessaire de modifier, améliorer la structure existante ?

Pour répondre à la question, il nous faudra constater l’inadéquation éventuelle de la situation actuelle en RDC et plus précisément à Kinshasa dans la commune de la Gombée, en brossant un tableau de l’existant à travers une réflexion critique en matière de qualité de soins de santé et de professionnels de santé de terrain.

Nous nous rendrons ensuite sur place, à Kinshasa, afin de compléter nos données au travers un éclairage objectif de la situation réelle de terrain.

2. Sur la planification stratégique appropriée à notre projet. Comment convaincre la direction de l’école à nous soutenir et nous permettre de nous engager dans cette entreprise d’envergure ?

Pour se faire, il sera fondamental d’élaborer un dossier exhaustif ayant pour objet, de décrire le processus que nous désirons mettre en place. « La notion de processus suggère une suite d’actions ou d’événements, ordonnés les uns par rapport aux autres et formant un ensemble reconnaissable comme tel.» (HEES M., 1995, p. 5).

Il nous faudra trouver des partenaires : »

- A Bruxelles, intéressés par le projet afin de nous accompagner dans son élaboration et sa mise en place.
- « Intermédiaires Belgique – République Démocratique du Congo » qui puissent nous introduire auprès des autorités locales et assurer la logistique sur le terrain.

- A Kinshasa, des professionnels de la santé congolais qui puissent intégrer le service « Conseil Handicap » et devenir, à leur tour, des personnes ressources.

Ce dossier devrait permettre non seulement d'aider notre hiérarchie à comprendre nos intentions et à prendre conscience des déterminants de notre action mais surtout à collaborer à notre projet.

Méthodologie :

Situation problématique :

La République Démocratique du Congo (RDC) émerge progressivement d'un violent conflit qui a duré cinq longues années. La situation socioéconomique y reste très précaire avec pour conséquence une montée de la criminalité. Celle-ci génère à son tour une forte insécurité auprès de la population déjà très fragilisée. La guerre a en effet laissé derrière elle des hommes gravement mutilés, des femmes meurtries par des agressions sexuelles violentes ainsi que des enfants orphelins complètement démunis ayant été, pour la plupart d'entre eux, enrôlés de force dans les conflits armés. Les séquelles psychologiques et physiques qui s'en suivent sont dramatiques.

Image 1. Homme sur son fauteuil roulant. Origine: Fuente personnelle.

Kinshasa, capitale d’à peu près 10 millions d’habitants, n’échappe pas à ce cahot et cette pauvreté. La ville bat à un rythme trépidant et est sans cesse plongée dans une atmosphère où désordre et précarité sont synonymes de corruption et violence.

La vie pour les adultes et les familles nombreuses y est particulièrement rude et difficile et les enfants sont livrés à eux-mêmes. La « débrouille » et les combines restent dès lors bien souvent les seules issues pour tenter de survivre.

Images 2 et 3. Le réalité des enfants du Congo. Origine: Fuente personnelle.

Les soins de santé coûtent très chers et le patient doit, s’il ne travaille pas, en assumer tous les frais (médicaments, appareillage orthopédique, fauteuil roulant….). Seule une minorité de la population qui travaille dans une institution attachée à un centre hospitalier peut bénéficier de soins gratuits pour elle-même et sa famille.

6 millions de congolais vivent des situations de handicap et ce chiffre représente environ 10% de la population congolaise estimée à 64 millions d’habitants dont 47,2 % ont moins de 15 ans (*source : Mme Ikondo Djoko, 2010, conseillère chargée des personnes handicapées auprès du Ministre congolais des affaires sociales*)

Dans ce contexte, la situation des personnes handicapées demeure très vulnérable. A cela s’ajoute d’autres variables :

- Le profil du professionnel de la santé émerge totalement du modèle médical sans ouverture réelle vers d'autres modèles présentant une orientation plus éducationnelle et bio-psycho-sociale.
- L'approche culturelle du handicap est fortement éloignée de celle préconisée par l'OMS au travers de la CIF (2001).
- Le manque de ressources matérielles et scientifiques, freine considérablement la possibilité pour le soignant de faire évoluer ses compétences professionnelles. Ce manque est criant, tant dans les institutions scolaires qui forment les futurs professionnels de la santé que dans les institutions hospitalières qui accueillent les personnes en demande de soins.

  Les livres et articles de références sont rares et dépassés. Le matériel médical et de rééducation est désuet et complètement obsolète.

Image 4. Matériel médecin et de réhabilitation. Origine: Fuente personnelle.

- Les principaux acteurs de la réadaptation sont des kinésithérapeutes dont l'action s'oriente essentiellement vers la rééducation des membres inférieurs.
- L'absence d'ergothérapeutes.

Ces derniers pourraient cependant offrir une nouvelle façon d’appréhender le handicap en mettant l’accent sur l’interaction avec l’environnement et la limitation de la participation de la personne.

Dans cette perspective, la personne serait encouragée à retrouver ou développer des habitudes de vie ainsi que des activités lui permettant d’intégrer activement la vie sociale et de contribuer aux ressources de la famille, ce qui n’est pas le cas actuellement.

Cadre général :

Sur base de ce constat, il nous semblait intéressant de construire un projet de collaboration dont l’objectif général serait d’une part la création d’un service « Conseil Handicap » et d’autre part le renforcement des compétences des kinésithérapeutes congolais pour mieux aborder les besoins des personnes en situation de handicap.

Les partenaires :

La Haute Ecole Libre de Bruxelles (HELB) Ilya Prigogine : la section ergothérapie est principalement concernée par le projet ainsi le Centre de Recherche Appliquée (CREA).

Sur place, l’audit de la situation nous confirmera que les compétences des ergothérapeutes s’avèrent utiles :

- Pour apporter une réflexion et un éclairage au niveau de l’organisation de la vie journalière
- Pour adapter l’environnement et faciliter la participation de la personne en difficulté, à la vie communautaire.
- Dans la création et l’élaboration d’aides techniques
- Au niveau du conseil d’aménagements du domicile qui faciliterait les déplacements et les tâches quotidiennes.

- Pour sensibiliser les soignants à davantage intégrer la rééducation du membre supérieur dans leurs interventions.

Ces compétences ne sont pas développées dans le cursus de formation des professionnels de la santé kinois étant donné que la formation d'ergothérapie est inexistante en RDC.

Le Centre International pour la Promotion de l'Afrique (CIPA) : ce centre est actif depuis 2007 dans le renforcement des capacités des africains au service de leur population.

Le CIPA est un partenaire central dans le démarrage du projet car il agit en tant que principal intermédiaire auprès des autorités ministérielles de santé ainsi que médiateur entre les institutions de Kinshasa et notre HELB I. Prigogine.

Il assure également la logistique locale

L'Union des Kinésithérapeutes Congolais (UKC): agit depuis plus de 30 ans au niveau de la promotion de la profession. Cette asbl investit également au niveau de la formation continue et c'est à ce titre qu'elle devient notre principale ressource quant à la sélection et la formation des professionnels qui intègreront le service « Conseil Handicap »

Le Centre de Rééducation pour Handicapés Physiques (CRHP)

Ce centre est une référence en RDC en matière de réadaptation physique pour personnes handicapées. C'est au cœur même de ce centre que le futur siège du service « Conseil Handicap » pourra se développer.

Le CRHP accueille des enfants et des adultes qui présentent des incapacités physiques de natures et origines très diverses : troubles de développement de l'enfant (IMC), problèmes neurologiques, orthopédiques, troubles sensoriels….

Le CRHP propose les services suivants :

Sur le plan médical :

- Consultation médicale

- Hospitalisation
- Chirurgie orthopédique
- Rééducation fonctionnelle : kinésithérapie, mécanothérapie, physiothérapie
- Atelier de réalisation d’orthèses et de prothèses du membre inférieur, de chaussures orthopédiques
- Atelier de réalisation de lunettes « médicales »
- Atelier de réalisation d’aides à la locomotion

Sur le plan social :

Pour les enfants : suivi des familles et aides à l’orientation scolaire

Pour les adultes :

- Alphabétisation
- Apprentissage d’activités professionnelles : couture, restauration

Cette description illustre que ce centre a déjà une vocation à améliorer la participation sociale des personnes handicapées et par conséquent, il est tout à fait ouvert à collaborer au projet.

Les différents axes du projet :

1. Axe « Conseil Handicap »:

1.1: Identification des difficultés de vie à Kinshasa et des besoins de la population qui entravent, notamment, les habitudes de vie.

1.2. Identification des ressources

1.3. Identification des axes prioritaires à développer afin d’améliorer la qualité de vie des personnes handicapées en matière d’éducation,

conseils et développement des aides techniques adaptées aux ressources disponibles.

Sur base de l'existant :

- Conseiller les personnes et leur famille afin de les aider à trouver des solutions pratiques qui faciliteraient leurs tâches quotidiennes et l'accessibilité à leur environnement.
- Proposer des moyens alternatifs dans la réalisation de certaines activités
- Faciliter l'intégration scolaire des enfants en proposant des aménagements (positionnement de l'enfant en classe, adaptation du matériel....)
- Participation à l'intégration professionnelle en évaluant les aptitudes d'une personne en difficulté et en les confrontant à l'analyse des exigences de l'activité professionnelle.

1.4. Prise de contact avec les autorités locales. Cette approche est indispensable dans le contexte de Kinshasa. Elle permet d'ouvrir le dialogue, d'officialiser le projet tout en augmentant les chances de le développer.

2. Axe pédagogique :

- Sensibiliser tous les acteurs locaux de l'intérêt de la création de ce type de service.
- Organisation de cycles de formation auprès des kinésithérapeutes congolais.

Objectifs de cet axe :

- Sensibiliser ces soignants à la participation sociale de la personne handicapée afin qu’ils adaptent leurs interventions en fonction de son mode de vie et de la nature de son environnement.
- Développer de nouvelles compétences.

- Améliorer la participation sociale des personnes handicapées.
- Changer le regard face au handicap.

2. Axe communautaire :

- Mise en place d’un atelier de confection d’aides techniques et de petits appareillages orthopédiques du membre supérieur (orthèses de repos, de correction, fonctionnelles...)
- Création d’un véritable réseau local par la mise en place d’actions. Le but étant de promouvoir la sensibilisation aux besoins de la personne handicapée et d’étendre, au-delà de Kinshasa, le projet qui vise le développement des compétences des intervenants.
- Adaptation des technologies aux ressources matérielles et financières locales

Population cible :

A court terme :

- Environ 500 personnes handicapées et leur famille fréquentant le CRHP pourraient bénéficier directement du service « Conseil Handicap »
- Une petite trentaine de kinésithérapeutes suivraient la formation pour intégrer le service « Conseil Handicap ». Par la suite, ils deviendraient à

leur tour « formateurs » auprès de leurs pairs en transférant leur savoir et savoir-faire.

- Le centre CRHP qui deviendrait un centre de référence et de formation.

A plus long terme :

- Les professionnels qui bénéficieront de la transmission des compétences acquises par leurs collègues ayant suivi la formation initiale.
- Les institutions au-delà de la commune de la Gombée qui seront progressivement sensibilisées à la méthodologie mise en place afin de créer à leur tour un service « Conseil Handicap »
- Les autorités locales qui devraient prendre conscience progressivement de la nécessité d'agir sur l'environnement.
- La population congolaise dans son ensemble, dont l'approche culturelle du handicap devrait pouvoir évoluer vers une réelle intégration des personnes handicapées au sein de la vie communautaire.

Discussion :

1. Le recueil de données au niveau de la population laisse entrevoir un besoin réel en matière d'aide et de qualité de soins apportées aux personnes en situation de handicap.

Toutefois pour planifier une intervention, il faut tenir compte des savoirs des personnes et des comportements qui en découlent. Ceci sous-entend qu'avant de construire un projet d'intervention, nous devons en tant qu'ergothérapeute impliqué dans cette recherche-action, intégrer les éléments culturels qui amènent la personne à adopter un type de comportement particulier.

Au risque d'être voué à l'échec, tout projet de santé communautaire doit ainsi amener la population locale à s'interroger sur le bien-fondé de sa manière d'agir ainsi que sur la raison et la perspective pour celle-ci, d'adopter un comportement différent.

Tenir compte de la culture d’un groupe, d’une région, d’un pays reste donc un atout majeur dans l’aboutissement d’un projet d’intervention à long terme.
Raymond Massé définit la culture « comme un produit historique, toujours situé, daté et en transformation » (1995, préface XI). Il poursuit, en précisant qu’il faut être capable de s’imprégner de l’«histoire collective, à un moment donné de la trajectoire de la vie commune » de la population (R. Massé, 1995, préface XIV).
Il était dès lors indispensable de nous plonger dans l’histoire particulière des Kinois afin de comprendre la logique culturelle qui les anime au moment même de notre intervention.
Nous devions intégrer leur mode de fonctionnement, mode qui est le leur et si différent du nôtre… Car forcément nous n’avons pas vécu la même histoire !
Dans cette logique, il devient alors évident d’éviter de penser que la seule manière qui puisse être la bonne est celle que nous avons élaborée et planifiée, que seuls nos efforts de « persuasion » et nos intentions aussi louables soient-ils, puissent suffire à faire changer les mentalités et soient applicables dans un pays si différent du nôtre.

Si nous restons au stade « des idées » et d’un projet construit sur base de nos modèles occidentaux sans construire avec l’existant qui anime la population sur laquelle nous souhaitons provoquer des changements, notre projet risque de rapidement s’effriter à terme et ce, même si nous l’alimentons d’ingrédients tels que le « bon vouloir », « la volonté » et l’énergie. Il est en effet illusoire d’imaginer qu’il existe forcément un dénominateur commun entre les croyances, les attitudes et les intentions de personnes appartenant à des ethnies différentes.

2. La formation en ergothérapie étant inexistante, la rencontre avec les professionnels de santé, kinésithérapeutes et infirmières kinois, nous amène à reconnaître l’existence de connaissances et de savoir-faire parallèles et diversifiés. Ce constat a déjà fait l’objet de nombreux ouvrages il y quelques décennies, mettant l’accent sur l’existence d’une multitude de systèmes de

pensées et d'interprétations concernant l'origine de la maladie, le processus menant à la guérison et la santé elle-même (Herzlich Cl., 1969 ; Herlich M. F. et Tardieu H., 1993)

L'appartenance à une tribu, à une commune, voire à un quartier, développe chez la personne des repères qui sont en lien direct avec son environnement et en rapport avec le regard que lui renvoie le groupe social dans lequel elle évolue. Chaque individu ne peut dès lors être intégré et reconnu par ses pairs qu'à la condition unique de développer un comportement attendu des siens. Le groupe social représente ainsi une pression à laquelle il lui est difficile de se substituer au risque de se voir exclu et rejeté.

Le groupe social alimente des réponses particulières quant à l'expression des symptômes de la maladie ou de la situation de handicap. Il joue un rôle important au niveau de la résistance de la personne à modifier ses comportements et au niveau de sa difficulté à percevoir le bénéfice d'une intervention de soin différente.

Cette vision permet de reconnaitre que dans le contexte de la création d'un service « Conseil Handicap », tout projet de santé qui se veut ainsi « individualisé » ne peut se concevoir qu'à travers une approche multifactorielle et multidimensionnelle, ce qui part la même occasion, laisse entrevoir les limites qui influenceront inévitablement l'efficacité d'une telle investigation. Nous rentrons alors dans une zone grise que nous appellerons «zone de l'intersubjectivité » où l'accord devient…parfois impossible (voir schéma ci-dessous).

En effet, est- il concevable de contrôler l'ensemble des paramètres qui gravitent au sein d'une relation de soin, compte tenu que la réalité sociale est la plupart du temps complexe et…imprévisible ?

Est-il toujours possible de déterminer, voire de modifier les facteurs subjectifs qui influencent les comportements ?

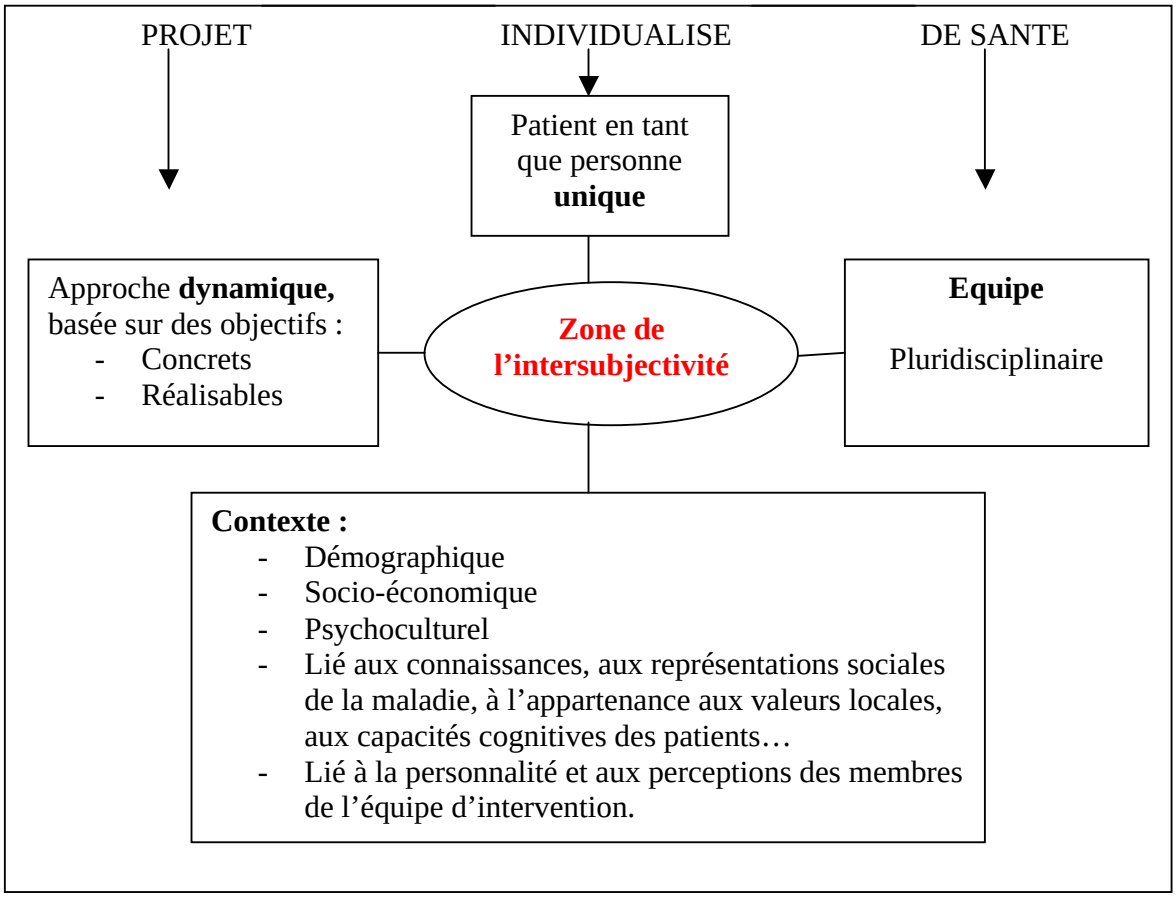


Tableau 1 : Rapprochement multifonctionnel et multidimensionnel. Origine: Fuente personnelle.

Alain Deccache (1994) s’est intéressé dès 1988, aux principaux déterminants relatifs au patient tout en décrivant simultanément ceux liés à l’équipe d’intervention et au contexte qui encadre une relation de soins. Chaque déterminant pouvant influencer l’autre.

L’ergothérapeute investit dans un projet de recherche-action, ne peut dès lors ignorer les paramètres qui gravitent autour d’une démarche de soins lorsqu’il donne des conseils et qu’il souhaite « améliorer » un système existant qu’il estime précaire et inadéquat. Les savoirs de la population kinoise sont bien ancrés et étroitement liés aux croyances locales. Il nous faut donc en tenir

compte et pouvoir adopter un système de communication mieux intégré afin d'articuler notre modèle biomédical et éducationnel à celui des croyances populaires. P. MEIRE (1994, p.291) précise « notre langage est plurivoque. Il est un acte continu, lié à l'histoire de l'individu comme son groupe social et possède donc un caractère d'interprétation à l'infini »

Résultats :

L'analyse des ressources en matière de professionnels de la santé, laisse entrevoir un constat extrêmement riche et intéressant. A défaut d'ergothérapeutes, les infirmiers et kinésithérapeutes que nous avons rencontrés sont en demande de formations continues et aspirent grandement à élargir leurs connaissances et savoir-faire en matière de qualité de soins et ce notamment dans le domaine de l'ergothérapie.

Pour exemple, lors des deux présentations que nous avons effectuées durant notre séjour, l'une sur la formation en ergothérapie et la seconde sur l'encadrement des étudiants en stage, de nombreux soignants kinois s'étaient déplacés des 4 coins de Kinshasa. Plus de 200 personnes s'étaient serrées dans une salle qui ne pouvait en contenir que 100 et ce, dans un silence monacal. Une cinquantaine de personnes n'ayant pas trouvé de places parmi l'assemblée, était à l'écoute à l'extérieur, en plein soleil et par une température proche des 40 degrés. A la fin de notre présentation qui avait duré plus de 3 heures, de nombreuses questions ont fusé dans le respect du temps de parole de chacun et marquant de toute évidence un intérêt certain en matière d'approche du patient et de qualité de soins.

Les professionnels de santé kinois réalisent avec beaucoup d'objectivité et d'humilité que leurs techniques de soins et de rééducation manquent de rigueur. Les ressources financières et matérielles mises à leur disposition font cruellement défaut et sont un frein au développement et à la mise à niveau de leurs compétences. Aussi, se montrent-ils, lors de notre passage à Kinshasa,

très enthousiastes à l’idée de suivre des stages de perfectionnement en Belgique.

Ces stages ont pu être organisés dès notre retour à Bruxelles, notamment grâce au soutien de notre hiérarchie mais également à l’intervention des responsables des différentes sections de la Catégorie Paramédicale de notre Haute Ecole et au dynamisme de notre Centre de Recherche Appliquée (CREA). Ces stages ont eu lieu principalement à l’hôpital Erasme, situé sur notre campus. Une vingtaine de médecins, infirmières, sages-femmes et kinésithérapeutes kinois ont été intégrés pendant plusieurs semaines dans différents services, dont le service de gériatrie dirigé par le Professeur Peppersak.

L’objectif poursuivit par ces stages est double :

1) Que les professionnels de santé kinois bénéficiant de cet encadrement puissent développer de nouvelles compétences en matière de qualité de soins et de techniques d’intervention.

2) Qu’ils puissent les transmettre à leurs pairs tout en les adaptant aux besoins de leur population.

D’autre part, lors de notre séjour à Kinshasa, une kinésithérapeute kinoise s’est montrée très intéressée à suivre les études de bachelor en ergothérapie dans notre Haute Ecole (HELB I. Prigogine). Nous espérons que son cursus pourra s’organiser très prochainement avec le soutien du CIPA (Centre International pour la Promotion de l’Afrique) et ce malgré les difficultés qu’occasionne un séjour à l’étranger de 3 années consécutives pour un kinois. Dès l’obtention de son diplôme elle pourrait ainsi promouvoir la formation d’ergothérapie en RDC.

Notre séjour à Kinshasa nous a permis de mieux prendre conscience que la formation en soins de santé comprend à la fois les notions d’objectifs, de modalités et de résultats d’une action éducative. MIALARET G. précise qu’elle englobe l’acte « d’apprentissage systématique d’un savoir, d’un savoir faire, et

l'initiation à des types de comportement requis » pour que la personne puisse exercer son rôle de soignant.
« Par là, toute formation suppose une réflexion sur le système de valeurs qui la fonde et requiert la mise en action de ce qui a été acquis de façon théorique et pratique.» (in HANLON J.J., PICKETT G.E., 1984, p.197-198).

La mise en route d'un programme visant la modification des comportements est une innovation qui se heurte à des résistances de toutes origines, notamment culturelles. Il est donc essentiel de bien réfléchir à la stratégie à mettre en œuvre pour faciliter le développement harmonieux des activités à mettre en place.
Ce constat, constituera dès lors les assises de notre démarche d'intervention.
Il nous servira de guide à travers nos recherches et actions, notamment dans la planification des formations que nous souhaitons réaliser prochainement à Kinshasa.

La rencontre avec le Directeur du Centre de Rééducation pour Handicapés Physiques (CRHP) a été très positive. A côté du bâtiment principal, se construit une nouvelle annexe très spacieuse et agencée de plusieurs pièces. Nous pourrons bénéficier de l'une d'entre elles pour développer notre service « Conseil Handicap »

Quant à la population en situation de handicap que nous avons côtoyée, elle nous est apparue très passive et résignée. Il faudra encore du temps pour faire évoluer les mentalités dans le domaine de l'acceptation du traumatisme et de ses conséquences. Du temps pour faire prendre conscience que la maladie où la déficience physique et psychologique ne sont ni une tare, ni une fatalité et que la personne qui se trouve confrontée à une situation de handicap peut rester une personne active dans la communauté.

Enfin, la méthodologie mise sur pied, nous a permis de favoriser nos contacts et notre approche des réalités de terrain ainsi que l’organisation des stages à Bruxelles.

Conclusion

Une telle expérience, aussi passionnante soit-elle n’en est qu’à ses débuts mais elle montre à suffisance l’importance que peuvent jouer les ergothérapeutes dans le cadre de la santé communautaire des pays africains. Cette expérience en appellera d’autres…

Toutefois il faut éviter dans ce type de projet, de devenir des « donneurs de leçons ». Il est en effet essentiel que les professionnels de santé congolais, notamment ceux ayant suivi les stages à Bruxelles, puissent à leur tour s’approprier le projet et poursuivre l’action communautaire.

Les formations que nous espérons mettre en place à Kinshasa s’organisent progressivement et ce, selon trois modules. Un module « pédiatrie », un module « santé mentale » et un module « adulte » orienté principalement sur les séquelles des traumatismes et blessures de guerre, les déficiences visuelles et les maladies chroniques.

Ces formations ont pour objectifs que les professionnels de santé engagés dans ces formations :

- Puissent prendre le relais de nos actions et devenir « conseillés » au service « Conseil Handicap ».
- Qu’ils deviennent également « formateurs » et qu’ils organisent eux-mêmes des cessions de formation pour sensibiliser leurs collègues à des méthodes d’intervention mieux adaptées à la personne en situation de handicap

Toutefois en ces temps de crise, l’aspect financier est plus que jamais « le nerf de la guerre ». Les voyages et séjours des formateurs qui partiraient en

République Démocratique du Congo sont coûteux mais une nouvelle collaboration avec l'école de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles (ULB) pourrait voir le jour prochainement et permettrait éventuellement de donner un souffle nouveau à ce projet d'envergure.

BIBLIOGRAPHIE

1. Hees M. Principes généraux d’organisation Syllabus HOSP 2110. Faculté de Médecine, UCL. 1995.

2. OMS. Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé. Genève, Suisse. 2001.

3. Masse R. Culture et santé publique: Les contributions de l’anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé. Montréal, Paris, Casablanca: Ed. Gaëtan Morin; 1995.

4. Herzlich CL. Santé et maladie, analyse d’une représentation. Paris: Ed. Moutons; 1969.

5. Herlich MF, Tardieu H. Les modèles mentaux. Approche cognitive des representations. Collection Sciences Cognitives. 1993.

6. Deccache A, Lavendhomme E. Information et éducation du patient, des fondements aux methods. Bruxelles: Ed. De Boeck, Coll. Savoir et Santé; 1989.

7. Meire P. Le Sujet Vivant, Thèse non publiée. Faculté de Médecine, Département de neuropsychiatrie, UCL. 1994.

8. Hanlon JJ, Pickett GE. Basic Health administration and practice. Saint Louis: Ed. Time Mirror/Mosby. 1984.

TERAPIA OCUPACIONAL EN SALUD MENTAL. DIMENSIONES OCUPACIONALES EN EL FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL Y EN LOS PROCESOS DE REHABILITACIÓN.

OCCUPATIONAL THERAPY IN MENTAL HEALTH. OCCUPATIONAL DIMENSIONS CONCERNING PSYCHOSOCIAL PERFORMANCE AND REHABILITATION PROCESSES.

DECS: Salud mental, enfermedad mental, perfil ocupacional.
MESH: mental health, mental disorder, occupational profile.

D. Óscar Sánchez Rodríguez.
Terapeuta Ocupacional. Trabajador Social. Director del Centro de Rehabilitación Laboral Latina. Grupo 5. Comunidad de Madrid. Coordinador Académico del Máster en Terapia Ocupacional en Salud Mental. Universidad de Castilla La Mancha.

Como citar este artículo en sucesivas ocasiones:
Sánchez O. Terapia Ocupacional en salud mental. Dimensiones ocupacionales en el funcionamiento psicosocial y en los procesos de rehabilitación. TOG (A Coruña) [revista en internet]. 2014 [-fecha de la consulta-]; Vol 11, Supl 9: p 109-158. Disponible en: http://www.revistatog.com/suple/num9/psicosocial.pdf

Introducción

La recuperación ocupacional es un objetivo que "éticamente debemos mantener siempre y en todos los casos".

En la Constitución de la Organización Mundial de la Salud se definió la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (1) Complementariamente, el concepto de salud mental, como elemento integral de la salud, viene a significar, desde una perspectiva ocupacional, el desarrollo de competencias técnicas (conocimientos), metodológicas (cognitivas y psicomotoras), relacionales (habilidades sociales) y participativas (actitudinales) útiles para el desarrollo de ocupaciones vitales y actividades de la vida diaria que son fuente de bienestar y que son desempeñadas en un entorno social validado.

RESUMEN

La salud mental está vinculada directamente con múltiples dimensiones de las ocupacionales humanas y de cada acto de la vida diaria. En una conjunción dinámica de elementos emanan, a lo largo de la vida de los seres humanos, fuentes de bienestar y del malestar que tiñen los espacios vitales cotidianos. En la configuración y construcción de la salud o de la enfermedad mental confluyen, además, los espacios de inclusión y exclusión en cuanto a la participación ocupacional y en cuanto a los valores psicosociales para una vida digna y de calidad como pueden ser la justicia, la igualdad y los derechos humanos.

La mirada del terapeuta ocupacional se tiene que desarrollar hacia una visión multidimensional de las relaciones entre las personas y los entornos comunitarios, entre cada persona y sus espacios de referencia primarios y del entorno más significativo. Esta mirada analítica, debe dar paso a un proceso diagnóstico que permita hacer intervenciones con criterios de eficacia y rentabilidad. Nuestras acciones se tienen que dirigir, por un lado, a la construcción de espacios para un justo e igualitario desarrollo psicosocial a lo largo de la vida y, por otro, al diseño de los apoyos necesarios hacia las personas para la construcción de dominios de salud mental en los actos cotidianos Solamente lograremos evidencias de recuperación ocupacional y servicios de calidad a través de una verdadera participación comunitaria, significativa, digna y fomentadora del disfrute de derechos fundamentales.

La deuda histórica con respecto a la atención psicosocial y ocupacional en salud mental es de gran magnitud y tenemos una responsabilidad relevante. Esta misión que hemos decidido asumir es apasionante. La tarea de construir espacios de participación comunitaria saludables y potenciadores de la recuperación y de la inclusión es la más importante actividad humana, pues dignifica el vínculo social. Esta tarea es la que configura el carácter humanista de la práctica del terapeuta ocupacional en salud mental.

SUMMARY

Mental health is directly linked to multiple dimensions of human occupational and every act of daily life. In a dynamic combination of elements emanate throughout the life of human beings, sources of welfare and discomfort that color everyday living spaces. In the configuration and construction of health or mental illness converge Additional inclusion and

Estamos habituados a escuchar estas palabras en nuestros discursos cotidianos e incidir repetidamente sobre ellas en nuestras actividades diarias. Sin embargo, a pesar de la relevancia que tienen estas dimensiones vitales sobre las personas, algunos datos nos indican los graves riesgos existentes para la construcción de los dominios de salud mental que se producen en el desarrollo vital del ser humano y la bidireccionalidad existente con respecto a sus ocupaciones y a los entornos donde se desarrollan sus actividades. Además, siguiendo al profesor Tezanos (2) el nuevo tipo de sociedad que está desarrollándose bajo la revolución tecnológica así como los graves desequilibrios de los sistemas financieros conlleva modificaciones en las formas de trabajar, de estudiar, de comunicarnos u de interactuar con los demás, es decir, de las ocupaciones del ser humano. Tezanos, además, explica el proceso de exclusión social como un proceso de apartar a las

exclusion spaces in terms of participation in terms of occupational and psychosocial values for a dignified and quality such as justice, equality and human rights.

The look of the occupational therapist has to be developed into a multidimensional view of the relationships between people and community settings, between each person and their primary reference spaces and meaningful environment. This analytical perspective, must give way to a process diagnosis to make effective interventions and profitability criteria. Our actions have to be directed, first, to the construction of facilities for fair and equal psychosocial development throughout life and, secondly, the design of the necessary support to people to build health domains everyday mental acts evidence recovery only achieve occupational, and quality through true community participation, meaningful, dignified and promotive of the enjoyment of fundamental rights.

The historical debt with regard to psychosocial and occupational mental health is large and we have a significant responsibility. This mission we have decided to take is exciting. The task of building healthy spaces for community participation and enhancing recovery and inclusion is the most important human activity, it dignifies the social bond. This task is to configure the humanistic practice of mental health occupational therapist.

personas de las oportunidades y recursos existentes en la sociedad. Estas condiciones configuran nuevas formas de estratificación ocupacional, lo que acentúa los componentes de la vulnerabilidad respecto a la salud mental y vincula elementos desigualitarios en cuanto a oportunidades ocupacionales para el bienestar y la participación social de pleno derecho.

En nuestra práctica clínico-ocupacional y en la realidad comunitaria utilizamos términos de discapacidad, minusvalía, patología, trastorno, enfermo, etc. que de manera vaga y escasamente precisa en la mayoría de ocasiones, describe de una manera poco apropiada y sesgada un fenómeno complejo de exclusión vinculado a la construcción del binomio “salud-enfermedad mental” y al binomio “persona-entorno”.Además, las personas que reciben los servicios sanitarios, perciben y reciben de forma más o menos sistemática y periódica, una mirada diagnóstica y términos que van acumulando en su desarrollo e identidad ocupacional que, a modo de etiquetas psiquiátricas y psicosociales, definen una forma específica del ser, del estar y del hacer en este mundo. Partiendo de estas premisas globales sobre la salud mental y sobre los elementos de inclusión y exclusión seguimos algunos de los principios que guían la Clasificación Internacional del Funcionamiento y de la Discapacidad (3) para exponer algunas cuestiones reflexivas respecto a la práctica de la terapia ocupacional en salud mental:

- ¿qué factores ambientales son los que inciden sobre la salud mental de cada uno sus ciudadanos? ¿Qué factores personales están vinculados con los dominios de salud mental o de enfermedad mental?
- ¿cómo se llega a establecer un diagnóstico fiable sobre la salud mental de una comunidad?
- ¿qué elementos psicosociales tenemos que tener en cuenta? ¿Qué elementos del conocimiento están vinculados con los procesos del diagnóstico ocupacional?
- ¿podemos detectar claramente los factores del funcionamiento ocupacional y de la discapacidad vinculados al riesgo para la enfermedad mental y a la protección de la salud mental?, ¿se pueden modificar todos los factores de riesgo?,
- ¿qué factores ocupacionales de protección y fortalecimiento de los dominios de salud mental son viables de implantar? ¿Son rentables? ¿Son eficientes?

Si analizamos los discursos de las personas asociados al concepto de salud mental, detectamos complejos vínculos con respecto a la capacidad parar hacer frente a las dificultades de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y contribuir positivamente a la comunidad, formándose un ciclo virtuoso entre "salud mental – ocupación – sociedad", que viene a estar caracterizado por el bienestar psicosocial versus al malestar psicosocial.

El diagnóstico ocupacional en salud mental va implicar, por lo tanto, procesos complejos y va a estar influenciado por factores psicosociales y antropológicos relacionados con los significados sobre la salud mental y las ocupaciones humanas. Hay que sumar a esta complejidad, la individualización del diagnóstico ocupacional, que cada terapeuta ocupacional tiene que hacer en la práctica clínica diaria. El encuentro entre el terapeuta y cada persona se fundamenta en un proceso fenomenológico construido con la particularidad de cada vínculo terapéutico entre dos seres humanos que, de manera, dinámica buscan una misión común: el bienestar ocupacional y la salud mental.

Dimensiones ocupacionales de la salud mental y el espacio ocupacional de las personas con enfermedad mental

Haciendo referencia al término dimensión (del latín “dimensio”, “medida”) que se refiere al número de grados de libertad para realizar un movimiento en el espacio, podemos resaltar como las dimensiones ocupacionales de la salud mental se configuran en un espacio practicado a través de múltiples elementos en movimiento. (4, 5). Además el carácter dimensional aporta características cualitativas al incluir el concepto de libertad y dinámico al implicar el movimiento.

Nuestra mirada como terapeutas ocupacionales no puede dejar de lado la relevante complejidad de variables que definen el espacio ocupacional de los seres humanos y, por lo tanto, valorar y comprender como está definida la actividad cotidiana practicada por las personas con enfermedad mental para su desarrollo vital saludable. Además, desde una perspectiva fenomenológica, tenemos que contemplar cómo cada persona configura un universo propio, definiendo dimensiones particulares y espacios de carácter íntimo que determinan la imposibilidad de llegar a comprender en su totalidad las vivencias y necesidades de los otros.

En relación a los elementos vinculados al bienestar contemplamos diferencias graves sobre elementos tan relevantes y primarios como son la renta, la vivienda, el acceso a recursos educativos, el acceso a un empleo o el disfrute libre de derechos para una necesaria participación igualitaria en la comunidad. Estos elementos son nucleares en los actos ocupacionales de las persona pues van a determinar los grados de libertad para realizar movimientos vitales realmente significativos y fortalecedores de los dominios de salud mental y para un desarrollo psicosocial satisfactorio.

Así, podemos contemplar como el espacio ocupacional está configurado en estructuras que, dentro de un orden, definen formas asociadas entre esta percepción de ordenación y disipación. De manera dinámica percibimos como

los actos ocupacionales tienen unos restrictivos márgenes para la libertad de movimiento. La oportunidad para el movimiento está configurada socialmente y, desde el margen ofrecido, las personas establecen movimientos ocupacionales limitados que pretenden buscar estímulos garantes de bienestar en un equilibrio continuo para afrontar o evitar fuentes de malestar.

Este enfoque teórico vinculado a los procesos ocupacionales asociados al desarrollo psicosocial y a la vulnerabilidad para la enfermedad mental nos introduce de manera pragmática en como la estructuración y organización ocupacional de la sociedad produce estructuras disipativas que configuran, lejos de la participación de pleno derecho, otros espacios y lugares de identidad produciendo un orden conceptualizado hegemónicamente. (5). Además, puede parecer que los espacios, contextos y estímulos ocupacionales tienden a una configuración específica para mantener un estatus ocupacional predefinido de las personas con enfermedad mental.

Resulta paradójico que en una sociedad que parece tener capacidad para abordar complejos proyectos de ingeniería técnica dotados de ingentes presupuestos y de enmarañadas formulaciones, haya relevantes evidencias para determinar la falta de capacidad para emprender proyectos de ingeniería social dirigidos al bienestar y que, fundamentalmente, deberían estar fundamentados en el sentido común. Criterios básicos para la convivencia y el bienestar común tales como la dignidad humana, la inclusión, la participación, el bienestar global parece que no se entienden como valores humanos compartidos sino como elementos dicotómicos estructurados y definidos frente al mantenimiento de las situaciones de pobreza, exclusión, segregación y malestar de “los otros”.

Dicho paradigma social, perverso desde una perspectiva humanista y pervertido desde el punto de vista de los derechos humanos fundamentales permite introducirnos en una reflexión sobre la configuración de los dominios de salud mental de la ciudanía y, específicamente sobre la configuración de los espacios para el desarrollo ocupacional de las personas con enfermedad mental.

Las estructuras de exclusión caracterizan múltiples espacios sociales y están conformadas fuera del equilibrio ocupacional para la participación social, aunque se disponen construidas en otros espacios con sus propios criterios de selección, orden y equilibrio interno. (5)

Siguiendo a Derrida, partimos conceptualizando la realidad como un proceso dinámico que puede ser construido, deconstruido y reconstruido y, por lo tanto, abordamos con perspectiva crítica el paradigma social y la configuración ocupacional de la atención a la salud mental. Es necesario un abordaje de los procesos históricos de la realidad social, construyendo nuevos espacios para la salud mental, deconstruyendo los conceptos asociados al binomio salud-enfermedad mental y reconstruyendo las historias de vida para fomentar los dominios de salud desde ocupaciones verdaderamente significativas y realmente valoradas por el entorno social. Este es el verdadero eje sobre el debe girar la mirada del terapeuta ocupacional del siglo XXI.

Tenemos que tener en cuenta que los problemas de salud mental graves tienen consecuencias relevantes sobre el desarrollo psicosocial de las personas que los padecen. La conjunción los factores asociados a las características propias de la enfermedad mental y a la interacción con las características de los entornos y contextos confluyen en una compleja realidad ocupacional donde cada elemento forma parte del pronóstico, evolución y perspectivas vitales.

Partiendo de la realidad histórica citada en cuanto a la atención a la salud mental, exponemos a continuación algunos datos aportados por documentos que analizan la realidad psicosocial de las personas con enfermedad mental del IMSERSO (6):

- La expectativa de vida es de media 10 años más corta que la de la población sana.
- Exposición a padecer comorbilidad con otros problemas médicos y que estos permanezcan sin diagnosticar, debido a la psiquiatrización de cualquier síntoma.
- Se produce una alta incidencia de muerte por suicidio (tasa del 10%).

- Situaciones de conflicto en el seno de la red social especialmente en el sistema familiar y los entornos formativo-laborales
- Incremento de las tasas de desempleo en personas con un diagnóstico psiquiátrico grave (estimada entre el 60 y 90%).
- Alta dependencia, sobre todo económica, con escaso nivel de renta, patrimonio y de gestión autónoma de los recursos propios.
- Alta incidencia del consumo abusivo de sustancias (tabaco, cafeína, medicamentos, o drogas de abuso) y de otras adicciones.
- Repercusiones en la salud y en el funcionamiento ocupacional por los efectos secundarios del tratamiento farmacológico prolongados a pesar de que producirán efectos secundarios significativos (sedación, trastornos metabólicos, obesidad, discinesia).
- Imagen pública distorsionada negativamente como conjunto de prejuicios sociales muy arraigados en la cultura popular relacionados con la enfermedad mental. Las personas con un problema de salud mental son consideradas erróneamente como impredecibles, o peligrosas, y sufren procesos de exclusión y etiquetación difíciles de evitar, a pesar de que las evidencias de la investigación y la práctica clínica son opuestas a tales prejuicios o creencias.

Diagnóstico ocupacional en salud mental. Visión dimensional.

El término “diagnóstico” deriva etimológicamente del griego, estando configurado a través de la unión de tres vocablos. En concreto, está formado por el prefijo “diag-“que significa “a través de”; la palabra gnosis que es un sinónimo de “conocimiento”, y finalmente el sufijo –tico que se define como “relativo a”.

Partiendo de esta descripción conceptual, podemos concluir como durante muchos siglos la atención a la salud mental ha estado caracterizada por relevante dificultades para una evaluación objetiva y para el conocimiento

científico de la naturaleza de los procesos de enfermedad mental y las necesidades psicosociales manifestadas por las personas afectadas.

Algunos de los factores asociados a este desconocimiento, incluso asociados a la distorsión de necesidades de describir con objetividad la realidad, han estado relacionados con:

- Ausencia de evidencias sobre la etiología y epidemiología de los problemas de salud mental.
- Interpretaciones religiosas y morales sobre la realidad psíquica, elementos comportamentales del ser humano y actos de la vida diaria, estableciendo un criterio dicotómico del mal y del bien y, por lo tanto, lo que debería estar excluido de la participación en la comunidad y lo debería estar incluido.
- Identidad pública distorsionada con características construida sobre un ideario social erróneo: pecado, delincuencia vergüenza social. Ocultismo, imprevisión, exclusión, etc.
- El colectivo de personas afectadas ha estado privado de la participación, así como ha estado restringida su voz y se han eliminado sus posibilidades de empoderamiento en cuanto a la capacidad de autorepresentación.
- Políticas públicas desfasadas y anticuadas en materia de salud mental sin definición de programas innovadores y basados en la evidencia y en la rentabilización del coste-beneficio.
- Ausencia de investigaciones validadas sobre la salud mental en la comunidad, consecuencias los procesos de enfermedad mental e interacciones sociales de estos.
- Enfermedad mental erróneamente asociada a incapacidad (en dimensiones de tipo civil, laboral y cultural)
- Distorsión dicotómica con respecto a la percepción de competencias ocupacionales de las personas afectadas
- Ausencia de evaluación y auditorias sobre la eficacia, efectividad y eficiencia de la gestión de recursos de atención
- Escasa implantación de indicadores de gestión de casos y reducida valoración de la perspectiva del cliente.

- Participación sesgada de los medios de comunicación social. Irresponsabilidad social corporativa.
- Establecimiento de políticas sanitarias y sociales alejadas de la realidad de los problemas de salud mental.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que un tercio de los años vividos con discapacidad pueden atribuirse a trastornos neuropsiquiátricos. Los trastornos mentales en conjunto constituyen la causa más frecuente de carga de enfermedad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer. Se estima que en una de cada cuatro familias hay al menos una persona con trastornos mentales. En este momento, 450 millones de personas sufren alguna forma de enfermedad mental o cerebral, incluyendo los trastornos relacionados con el consumo de alcohol y sustancias (7)

En Europa, los problemas de salud mental constituyen aproximadamente el 30 % de la discapacidad, pero reciben una proporción muy baja del presupuesto sanitario total, a menudo inferior al 5 %.

Esos trastornos y sus consecuencias constituyen importantes indicadores de la situación general de la salud mental en un país determinado. Los costes asociados a la pérdida de la salud mental son múltiples. Los costes económicos y sociales de los trastornos mentales recaen sobre las sociedades, los gobiernos, las personas que sufren trastornos mentales y los cuidadores y familias de estas últimas En su lista de prioridades, el Banco Mundial ha hecho hincapié en mejorar la salud mental como parte de su estrategia para potenciar las economías desfavorecidas.

Tal y como se podría esperar, el coste económico que acompaña a los problemas mentales es muy elevado; hace pocos años se estimó de manera conservadora que éste podría oscilar entre el 3 y el 4 % del producto interior bruto (PIB).

En la siguiente tabla señalamos algunos de estos que pueden ser de carácter tangible o de carácter intangible. (Tabla 1.)

Tabla 1. Aspectos de carácter tangible e intangible. Fuente: Elaboración propia.

	Costes de atención	Costes de productividad	Otros costes
PERSONAS AFECTADAS	Tratamientos y pago de servicios	Discapacidad laboral y pérdida de ingresos	Angustia, sufrimiento, efectos secundarios del tratamiento, suicidio, pérdida de oportunidades vitales.
FAMILIA Y AMIGOS	Cuidado no formal	Ausencia del trabajo. Disminución de planes y expectativas productivas	Angustia, aislamiento, angustia.
EMPLEADORES	Contribución al tratamiento y cuidados. Pago de seguros sociales.	Reducción de la productividad.	Pérdida de RRHH y capital humano.
SOCIEDAD	Oferta de atención sociosanitaria. Ingresos-costes.	Reducción en la productividad. Dependencia de no activos.	Exclusión social, marginación, disminución de capital social.

Partiendo de los anteriores datos, podemos afirmar que el diagnóstico ocupacional comunitario en salud mental es, por lo tanto, un proceso complejo en el que hay que contemplar factores de difícil de enumeración.

Debido fundamentalmente a obstáculos técnicos, sociales y económicos que limitan o sesgan las fuentes principales y secundarias de información solamente se abordan algunos de ellos.

Además, podemos añadir que, en el supuesto caso de que pudiéramos abordar un análisis integral de todos estos factores, posteriormente, existirían graves limitaciones de accesibilidad a los recursos debido al gran desequilibrio mundial financiero, legislativo y de políticas públicas en materia de salud mental.

Además, es importante que, metodológicamente, los resultados de la investigación ocupacional comunitaria, la podamos clasificar en una matriz DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades); que permita un análisis relacional de factores. Esta metodología nos permite abordar los procesos de diagnóstico comunitarios así como los de casos clínico-ocupacionales individuales.

- Factores internos que hacen relación a los sujetos:
  a) Debilidades: Vulnerabilidades, carencias biológicas, psíquicas, ocupacionales y sociales de los miembros.
  b) Fortalezas: Puntos fuertes de los miembros, estado general salud física, intereses, funcionamiento ocupacional competente, niveles de formación y cualificación, establecimiento de relaciones intergeneracionales, en las ocupaciones diarias.
- Factores externos que hacen relación al entorno y contextos:
  a) Amenazas: situaciones del entorno desfavorable en la actualidad o en un futuro y que, generalmente, actúan como agentes estresantes, aumentando la vulnerabilidad: esperanza de vida, ingresos hospitalarios, nivel educativo bajo, niveles de inestabilidad laboral y paro, niveles epidemiológicos, acceso a vivienda y recursos para la independencia.

b) Oportunidades: situaciones favorables del entorno o que pueden cambiar a mejor: Nivel de renta, acceso a oportunidades ocupacionales, apoyos sociales, legislación ocupacional y relacionada con la inserción, calidad de las redes sociales informales, apoyo de redes formales.

La organización de esta información en una matriz nos ayudará a diseñar las estrategias más adecuadas para equilibrar el sistema:

a) aumentando las fortalezas y disminuyendo las debilidades Aumento de las competencias ocupacionales y estrategias de afrontamiento de los miembros para el cambio, la participación y la inclusión.
b) ó, aumentando las oportunidades y disminuyendo las amenazas. Intervenciones dirigidas al entorno, adaptando los contextos ocupacionales y disminuyendo la discapacidad y dependencia.

La complejidad de este análisis nos permite hacer un diagnóstico por niveles de relación y oposición mutua, pudiendo elaborar posteriormente una clasificación o categorización diagnóstica. Blanco Fernández y Vicente Sánchez (8) proponen 6 categorías de diagnóstico que proponemos a continuación:

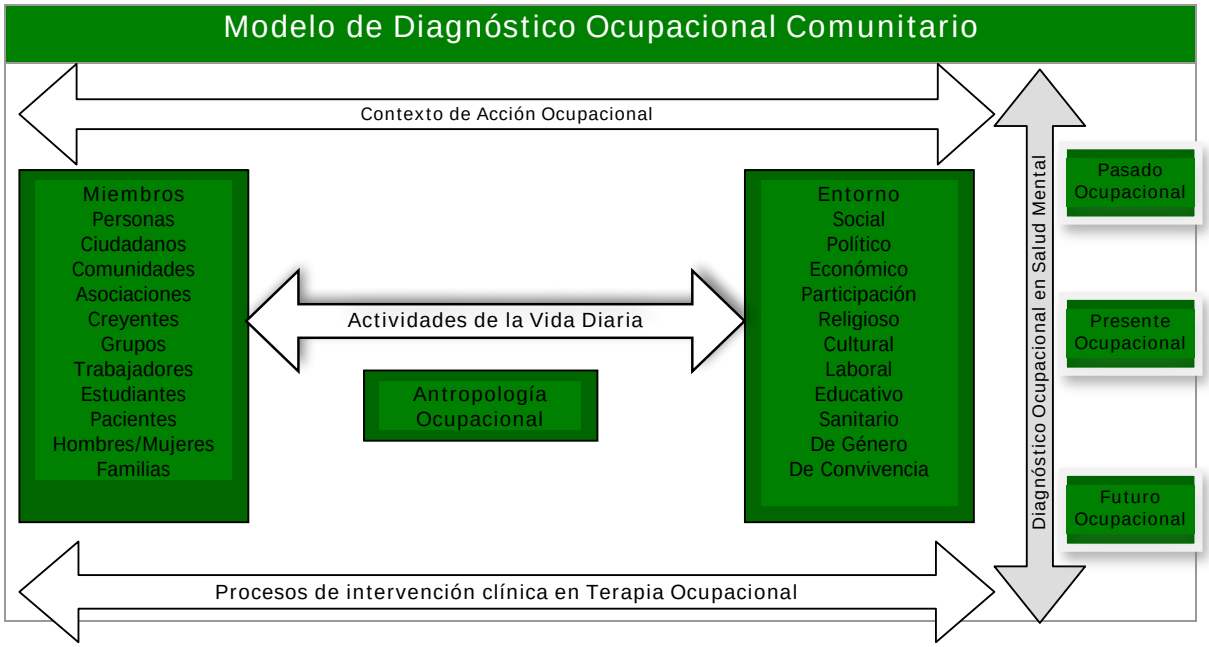
1. Área de autonomía económica: formación, capacitación e inserción laboral.
2. Área social y de tiempo libre.
3. Área de convivencia, relaciones familiares y pareja.
4. Área de autonomía doméstica.
5. Área de autonomía en el entorno comunitario.
6. Área de salud: evaluación clínica, prevención de recaídas, uso de drogas, hábitos de salud.

Valoraremos estos aspectos en la figura 1 y la tabla 2:

PROCESOS DIAGNOSTICOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN SALUD MENTAL DESDE UNA PESRPECTIVA "PSICOSOCIOCUPACIONAL"

Figura 1. Procesos diagnósticos de la terapia ocupacional en salud mental desde una perspectiva "psicosociocupacional". Elaboración propia.

Tabla 2: Modelo de diagnóstico ocupacional comunitario. Fuente: elaboración propia.



Por lo tanto, el proceso de diagnóstico ocupacional de la salud mental de una comunidad se deberá abordar desde una perspectiva retrospectiva, actual y prospectiva, aportando datos relevantes respecto a sus miembros (personas, ciudadanos, comunidades, etc.), el entorno (social, económico, político, religioso, etc.) y ocupaciones de carácter saludable que definen actividades específicas de la vida diaria constitutivas del bienestar y preventivas del malestar.

Siguiendo la cita que enuncia Brea (9) sobre Hagedorn sobre como las palabras son importantes, pues son las herramientas para la comunicación académica y científica, entendemos que es relevante establecer valoraciones consensuadas siguiendo la terminología uniforme de la AOTA (10) sobre el perfil y análisis del desempeño ocupacional de las personas con enfermedad mental.

Partiendo de esta intención, a continuación, enunciamos algunos elementos ocupacionales globales asociados a la valoración y diagnóstico ocupacional en cuanto a personas con enfermedad mental:

- Proceso de trauma vital y duelo que produce una relevante brecha ocupacional y psicosocial que vertebra una mirada diferente sobre los acontecimientos que integra una percepción de reducida posibilidad de certidumbre sobre los actos ocupacionales y sobre control de los dominios de salud.

- Dificultades en la gestión competencial, debido a interferencias para la gestión de aprendizaje y desarrollo de conocimientos técnicos, competencias psicosomotoras y cognitivas, competencias sociales y competencias volitivas.
- Capacidad no eficiente de organización, planificación y resolución de problemas en relación las demandas de las ocupaciones diarias y las características de los contextos y entornos en los que se desarrollan.
- Alto grado de dependencia ocupacional, asociado a factores de la persona en cuanto a los vínculos sociales emocionales incapacitantes, tanto en las actividades realizadas en entornos primarios (familiares o redes de convivencia), como otros entornos o contextos de relación social (laborales, educativos, lúdicos, etc.)
- Alta vulnerabilidad ocupacional al estrés, entendido este como la sensación displacentera y de malestar ante determinadas actividades y ocupaciones diarias demandadas por el ambiente.
- Dificultades en la elaboración de un proyecto vital individualizado conformado por actividades de la vida diaria cuyas características permitan una identidad ocupacional saludable de forma dinámica, construyendo la madurez ocupacional desde el aporte de bienestar y satisfacción.
- Reducida autonomía entendida como la falta de libertad de decidir, teniendo en cuenta circunstancias internas y externas, y de actuar con relación a esas decisiones. Configurándose una alta dependencia de otros tendiendo a la configuración de cualquier acto ocupacional con matices de carácter psicopatológico, independiente de la coherencia y adaptación contextual del funcionamiento.

- Exclusión ocupacional institucional desplazada hacia espacios de carácter clínico y psicosocial alejando, en muchas ocasiones, al sujeto de la participación en los contextos comunitarios ordinarios y limitando las oportunidades para un desarrollo vital como ciudadano de pleno derecho. Se produce paradójicamente un enrolamiento clínico que se contrapone a un enrolamiento sociocupacional verdaderamente inclusivo. Siguiendo una relevante premisa de Alonso, O. (11) el objetivo de los profesionales es sacar al sujeto de “lo clínico”.

A continuación, siguiendo el Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional de la AOTA (10) exponemos los elementos básicos diagnósticos del perfil ocupacional en población con diagnóstico de enfermedad mental de larga duración (Tabla 3).

Tabla 3. Diagnóstico ocupacional en salud mental. Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Diagnóstico ocupacional en salud mental. Sánchez Rodríguez, O, 2013		
Aspectos del dominio	Diagnóstico ocupacional en salud mental centrado en el individuo	Diagnóstico ocupacional considerando elementos del entorno comunitario
AREAS DE OCUPACIÓN Actividades de la Vida Diaria (AVD)* Actividades Instrumentales de Vida Diaria (AIVD) Descanso y Sueño Educación Trabajo Juego Ocio/Tiempo Libre Participación Social	Escasos intereses ocupacionales. Pérdida o ausencia de hábitos de higiene y cuidado de imagen personal Hábitos de alimentación no saludables. Dificultades en el desarrollo de la sexualidad/afectividad con otros. Escasos ingresos económicos y dificultad en la gestión patrimonial. Lagunas formativo-laborales dotadas con un significado de evento vital incapacitante de forma permanentemente. Disminución progresiva de actividades para la cualificación. Experiencias formativas y laborales vinculadas a una identidad escasamente competente Escaso desarrollo y déficit en el desempeño de competencias profesionales: técnicas, metodológicas, sociales y actitudinales. Limitadas experiencias de disfrute y sensaciones placenteras. Dificultades en la inversión económica en recursos para el ocio.	Valoración de la imagen personal (física, intelectual, laboral) de forma altamente competitiva. Valores y modelos sociales que ensalzan la belleza, el culto al cuerpo y el estatus económico. Aumento del nivel de conocimientos generales de la población sobre cuidado de la salud e incremento de la investigación para su mejora. Tendencia a las patologías crónicas (VIH, diabetes, tumores, etc.), que algunos investigadores denominan “comercialización de la salud y cronicidad de enfermedades”. Económicamente no interesa “curar”, interesa tratar el síntoma. Relevancia de la formación continúa a lo largo de la vida, con múltiples alternativas y potenciación de estas desde todas las estructuras: clases extraescolares, postgrado, formación continua para trabajadores, formación cultural, e-learning. Importancia del desarrollo por competencias y la gestión de estas como capital humano asociado a incremento patrimonial y rendimiento. Variabilidad de ocupaciones desde una perspectiva dinámica fundamentada en el estudio de necesidades de la colectividad o construcción ocupacional desde perspectivas económicas globales (gestión de masas). Nuevas actividades de ocio individual con alternativas de elección personal: Play Station, Wii, multicanales televisivos, Internet. Nuevas formas de ocio colectivo: redes sociales virtuales, juegos en línea, centros comerciales, actividades de centros culturales, actividades de polideportivos. Variabilidad de alternativas ocupacionales grupales innovación por incorporación de actividades multicuturales: (yoga, siatshu, taichi, clubs deportivos con innovación (escalada, puenting, etc.), formación de adultos (universidades para mayores, centros culturales, centros de formación para adultos, etc.) Internacionalización y globalización de los factores relacionados con el ocio: turismo, Internet, alimentación, hostelería, etc.

Tabla 3. Diagnóstico ocupacional en salud mental. Sánchez Rodríguez, O, 2013		
Aspectos del dominio	Diagnóstico ocupacional en salud mental centrado en el individuo	Diagnóstico ocupacional considerando elementos del entorno comunitario
FACTORES DEL CLIENTE Valores, creencias y espiritualidad Funciones del cuerpo Estructuras del cuerpo	Elementos motivaciones caracterizados por la inhibición ocupacional. Alteración y distorsión de la vinculación entre los valores y la realidad cotidiana. Alteraciones en las funciones cognitivas superiores y globales Alteraciones neuromusculoesquéticas y relacionadas con el movimiento. Alteraciones cerebrales. Comorbilidad y procesos de somatización.	Demanda de altas competencias para el acceso a bienes y servicios, incluso los básicos como puede ser una vivienda. Nuevos valores asociados al control personal en áreas como la salud (percepción social subjetiva de poder curarlo todo), el bienestar (como elemento principal de la vida), la muerte y las pérdidas (distanciamiento emocional de la muerte como eje de la vida, versus a la cotidianidad de esta en el pasado; “trauma frente a la pérdida” versus “aprender de las pérdida”.) Pérdida de valores espirituales de generaciones previas por otros vinculados con elementos materiales y, por lo tanto, con mayor de riesgo de pérdida. Nuevos patrones y valores relacionados con la autonomía que afectan a múltiples esferas de la vida personal y social: emparejamiento/soltería, convivencia con familia de origen hasta la madurez o como opción indefinida de vida, reducción de las tasas de natalidad asociadas a “querer disfrutar de la vida” sin responsabilidades añadidas familiares (cuidado del hogar y de descendencia).

Tabla 3. Diagnóstico ocupacional en salud mental. Sánchez Rodríguez, O, 2013		
Aspectos del dominio	Diagnóstico ocupacional en salud mental centrado en el individuo	Diagnóstico ocupacional considerando elementos del entorno comunitario
DESTREZAS DE EJECUCIÓN Destrezas Sensoriales - Perceptuales Destrezas motoras y praxis Destrezas de Regulación Emocional Destrezas Cognitivas Destrezas de comunicación y sociales	Déficit y alteración en los sistemas de integración sensorial: percepción, emoción y actuación. Déficit en los niveles de capacidades cognitivas básicas: atención y memorización. Repercusión directa negativa en las competencias superiores: razonamiento, planificación, secuenciación. Inadecuada gestión de las relaciones sociales. Limitación en las habilidades sociales validadas por los diferentes entornos ocupacionales diarios. Tendencia al incremento de adicciones frente al esfuerzo cognitivo que requieren los anteriores patrones: anabolizantes, complementos nutricionales, drogas de diseño, alcohol, sexo, juegos, etc. Necesidad de estímulos fuertes para experimentar placer. Componentes psicopatológicos. • Psicopatología de la conciencia. • Psicopatología de la atención. • Psicopatología de la memoria. • Psicopatología de la percepción • Psicopatología del pensamiento. • Psicopatología de la afectividad. • Psicopatología del lenguaje.	Nuevas formas de relación social (ciber-relaciones) Disminución de las redes informales locales diarias, frente a un incremento cuantitativo y disminución cualitativa de la red social. Relevancia de las habilidades sociales ante cualquier contexto ocupacional y actividad diaria, desvalorizando otras competencias. Altas demandas de competencias cognitivas y sensoriales de las tareas cotidianas: aumento y variedad de estímulos cotidianos concentrados por unidad de tiempo. Cambios en las metodologías para abordar tareas cotidianas: nuevas tecnologías en todas las ocupaciones diarias, creación de nuevos puestos de trabajo y eliminación de otros tradicionales, nuevas formas de relación social, incremento de la información y de la gestión de conocimientos necesarios para la vida diaria. Tendencia a síndromes obsesivos por el excesivo control del destino y lo elementos relevantes que le dan sentido según patrones sociales: morales, formativos, laborales, estéticos, de salud, etc.
PATRONES DE EJECUCIÓN Hábitos Rutinas Roles Rituales	Autovaloración y heterovaloración negativa de los hábitos diarios. Rutina ocupacional escasamente productiva y con reducido vinculo social. Procesos de enrolamientos clínicos e institucionales versus sociocupacionales. Ritualización asociada a contextos médicos con un condicionamiento psicopatológico de cualquier actuación.	

Tabla 3. Diagnóstico ocupacional en salud mental. Sánchez Rodríguez, O, 2013		
Aspectos del dominio	Diagnóstico ocupacional en salud mental centrado en el individuo	Diagnóstico ocupacional considerando elementos del entorno comunitario
CONTEXTOS Y ENTORNOS Cultural Personal Físico Social Temporal Virtual	Exclusión de contextos de participación ocupacional saludable y de entornos inclusivos de participación plena y de garantía de derechos. Menor nivel de cualificación y acceso a la cultura. Dificultad general para el acceso de una vivienda, por encima, si cabe de la población general. Configuración de entornos desde una perspectiva de la "inclusión exclusiva" no integrada en las estructuras sociales ordinarias. Brecha digital relevante, vinculada con la exclusión de contextos virtuales y procesos de vinculación social a través de las tecnologías de la comunicación.	Globalización cultural con el riesgo de perder el arraigo y vínculos culturales fuentes de identidad y de apoyo. Movimientos migratorios relevantes con pérdida de fuentes de apoyo social primarios. Devaluación de los sistemas sociales considerados avanzados (democráticos, plurales, etc.) con pérdida de confianza en los sistemas y estructuras.
DEMANDAS DE LA ACTIVIDAD Objetos utilizados y sus propiedades Demandas de espacio Demandas sociales Secuencia y tiempo Acciones requeridas Funciones del cuerpo requeridas Estructuras del cuerpo requeridas	Estrategias de afrontamiento incapacitantes ante las demandas de competencia de los eventos ocupacionales cotidianos (formación, empleo, ocio, relaciones sociales, autoguiados) Vulnerabilidad alta al estrés. Umbral bajo de capacidades de afrontamiento antes las demandas de situaciones ansiógenas. Uso mínimo y/o deficitario de los recursos e infraestructuras comunitarias. Dependencia familiar y/o institucional con escasas oportunidades para el desarrollo y la autonomía. Falta de hegemonía y empoderamiento social como sujeto, desde una perspectiva fenomenológica. Escasa red social y de bajos niveles de apoyo informal (recibido y prestado).	Demandas sociales complejas a nivel competencial para cualquier tarea. Incremento de la demanda de conocimiento. Anonimato de los espacios públicos. Complejidad de las estructuras jerárquicas y corporativas, perdiendo relevancia la identidad de los sujetos y ensalzando la producción y el capital por encima de otros valores.

La atención e intervención ocupacional a la salud mental y a la enfermedad mental

La Estrategia de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, partiendo de una valoración y diagnóstico sobre salud mental comunitaria, plantea la

necesidad de que los gobiernos se impliquen y adopten con voluntad estrategias sistemáticas dentro de sus políticas sanitarias y sociales. Igualmente en el informe que hace la OMS en 2001 sobre la Salud, se recomiendan 10 soluciones factibles para responder a las necesidades en materia de salud:

1. Dispensar tratamiento en la atención primaria.
2. Asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos.
3. Prestar asistencia en la comunidad.
4. Educar al público.
5. Involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores.
6. Establecer políticas, programas y legislación a escala nacional.
7. Desarrollar los recursos humanos.
8. Establecer vínculos con otros sectores.
9. Monitorear la salud mental comunitaria.
10. Apoyar nuevas investigaciones.

Para posibilitar estas soluciones, las iniciativas tienen que centrar sus esfuerzos en la reducción de los factores de riesgo y de la carga de las enfermedades mentales y cerebrales y en la promoción de la salud mental. Se deben abordar de forma prioritaria las estrategias para la prevención y el tratamiento de la depresión, la esquizofrenia, el alcoholismo, la fármacodependencia, la demencia, la epilepsia y el suicidio, teniendo en cuenta la carga económica y social que estos trastornos representan para las comunidades, y de la posibilidad real de atenuarla mediante servicios de carácter integral.

También señala, como los efectos positivos de estas soluciones facilitarán:

- El incremento de la sensibilidad y receptividad de los gobiernos respecto de los aspectos de salud mental.
- La mejora de la calidad y eficacia de los servicios sanitarios y sociales de salud mental.
- La mejora de la imagen pública y el incremento de la inclusión de las personas afectadas.

- La reducción de los factores de riesgo.
- La mejora de la salud general comunitaria.

Para alinearnos con este modelo, es importante que los terapeutas ocupacionales integren una visión global sobre las características de la atención a la salud mental y, específicamente, sobre los servicios de terapia ocupacional que es necesario prestar a la población con enfermedades mentales en el mundo.

Según los datos que maneja la Organización Mundial de la Salud se estima que cuatro de cada cinco personas con trastornos mentales graves que viven en países pobres y de reducido desarrollo socioeconómico no reciben los servicios básicos que necesitan de salud mental. Partiendo de esta grave realidad, podemos añadir que cuando hablamos de servicios de básicos de salud mental, en general, se entienden como sanitarios y psicosociales, contemplando a los terapeutas ocupacionales como profesionales de atención básica.

Sin embargo, en los datos revisados (7) encontramos como la media graduados en Europa en terapia ocupacional en el curso 2010 fue de 0,07 terapeutas por cada 100.000 habitantes, el índice más bajo de las profesiones sociosanitarias consideradas para la atención a la salud mental (DUE: 22,3; trabajadores sociales: 3,3; psicólogos: 2,7). Es decir estamos hablando de 1 terapeuta por cada millón y medio de habitantes.

Estos datos, además, son los más altos registrados a nivel mundial. Con respecto a la media de terapeutas ocupacionales trabajando en Europa en el sector de la salud mental encontramos un 0,57 por cada 100.000 habitantes (1 terapeuta por cada 175.000 habitantes).

Aunque en el 44% de los países del mundo se prestan servicios psicosociales, podemos concluir como esta cifra varía considerablemente según la región y los ingresos económicos analizados y publicados por el banco mundial.

En el 64% de las regiones de América y en el 59% de Europa se disponen de instalaciones para abordar intervenciones psicosociales. Sin embargo, en contraste, solo un 24% de los países de África y el 25% de los países del Mediterráneo oriental y Asia tienen establecimientos que prestan dicha atención.

En cuanto al nivel socioeconómico, vemos que solo prestan servicios el 14% de los países de ingresos económicos bajos, el 34% de los países de ingresos medios de renta, el 61% de renta media-alta países y el 59% de los países de ingresos altos.

En cualquiera de los casos los datos sobre prestación de servicios por terapeutas ocupacionales son sumamente bajos, incluso en los países con mayores ingreso económicos.

Sin embargo, en los modelos de atención comunitaria más desarrollados se lleva dando relevancia desde hace algunos años a las demandas específicamente definidas por los usuarios/a de los servicios de salud mental. Algunas de las demandas específicas están asociadas con el bienestar ocupacional y la calidad de vida cotidiana, más allá del proceso diagnóstico y las características psicopatológicas. Así, partiendo de este modelo se investiga y se tiende a implantar en la atención el concepto de "recovery" (recuperación). Para definir este modelo se suelen utilizar dos tipologías descriptivas:

- Definiciones cualitativas: para ello citamos a Anthony y Farkas, que definen la recuperación como un único y profundo proceso personal de crecimiento más allá de la catástrofe de una enfermedad mental severa. Como podemos observar es una definición que no contempla metas ni plazos y que, en buena parte, depende en su éxito de la forma en que la persona logra afrontar las consecuencias de la enfermedad desde una perspectiva única y fenomenológica.
- Definiciones operativas: a efectos de cuantificación e investigación, se ha definido la recuperación en términos operativos. Según Liberman y Kopelik, se considera la recuperación como una situación de:

a. Remisión sintomática (hasta niveles soportables para cada persona).

b. Funcionamiento ocupacional: al menos media jornada ocupada en un sector competitivo durante dos años.

c. Vida independiente sin supervisión diaria.

d. Mantiene espontáneamente relaciones sociales.

A partir de los años 80, empieza a cobrar importancia el estudio y la investigación de procesos de recuperación de personas diagnosticadas de enfermedad mental. Las numerosas revisiones (12, 13 y 14) sobre las posibilidades de lograr el objetivo operativo en estudios longitudinales de larga duración indican que la recuperación es un objetivo realista en una amplia proporción de las personas (entre el 46 y 68% de las personas con enfermedad) En este sentido, Fernández y Blanco hacen referencia a varios estudios (8) sobre prevalencia y evolución de los problemas de salud mental, concluyendo que entre el 20 y el 25% de las personas afectadas tras uno o varias crisis agudos, se restablecen lo suficiente como para afrontar las exigencias de la vida; otro 20 o 25% necesitan muchos cuidados, incluyendo hospitalizaciones; y el resto, 50 a 60% pueden vivir la mayor parte del tiempo sin asistencia.

Sin embargo, nos encontramos con un alto nivel de amenazas a estas posibilidades. Espinosa hace varias referencias que demuestran que la rehabilitación psicosocial queda coartada, en un alto porcentaje de casos, por el estigma, la pobreza, las barreras legales y la falta de recursos sanitarios y sociales adecuados.

Algunos de los elementos obstaculizadores encontramos:

- Las escasas acciones dirigidas a la prevención de la salud mental comunitaria.

- La atención precoz integral es prácticamente inexistente. Se producen intervenciones sanitarias de carácter parcial y temporal.
- La complejidad del trabajo interdisciplinar con ausencia de un verdadero cuerpo de conocimiento transdisciplinar y con marcado corporativismo.
- La falta de inversión en políticas públicas de carácter psicosocial para la atención a la salud mental desde una perspectiva verdaderamente comunitaria, con planes parciales y excluidos con marcado carácter asistencial y potenciadores del desenrolamiento social.
- Los reducidos estudios comparativos sobre el impacto psicosocial y repercusiones económicas de los planes de atención a la salud mental basados en modelos asistenciales (caros, exclusivos, e ineficientes en la recuperación) frente a los modelos comunitarios (rentables, inclusivos y eficientes en la recuperación.

A continuación se valoran las estrategias básicas en los planes de terapia ocupacional para la salud mental. (Tabla 4.)

Tabla 4. Líneas de acción en terapia ocupacional. Fuente: Elaboración propia.

Líneas de acción de terapia ocupacional	Entornos
Infantil	
Apoyo en la estimulación precoz para el desarrollo psicomotor, psicoafectivo, cognitivo y su repercusión sobre el desarrollo psicosocial. Apoyo en estrategias para el aprendizaje individualizado y el desarrollo Orientación y educación del grupo familiar. Incorporación del juego y la emoción lúdica como elemento fundamental para el desarrollo psicosocial.	Guarderías y Colegios Ludotecas y espacios públicos Domicilios Servicios de Salud Servicios Sociales Equipos de investigación ocupacional
Adolescencia y juventud	
Formación ocupacional y desarrollo de competencias para la vida adulta. Fomento y creación de redes sociales en cantidad y calidad. Prevención del consumo de sustancias y otras adicciones. Educación sexual (salud, género, sexo, afectividad, sociedad, moral, religión). Desarrollo de hábitos diarios saludables (alimentación, consumo, sexo, ocio, afectos, estudios, trabajo). Prevención de la salud mental en entornos educativos/formativos (profesores, alumnos, familiares, asociaciones). Potenciación del ocio saludable (lúdico, cultural, vínculo social con el entorno, etc.), planes de actividades. Orientación y consejo familiar.	Colegios Institutos Centros formativos Centros culturales Espacios de ocio Servicio de Salud Servicios Sociales Equipos de investigación ocupacional Asociaciones
Adultez	

Líneas de acción de terapia ocupacional	Entornos
Promoción de la autonomía personal y el cuidado de la salud. Orientación para la identificación y desarrollo de competencias ocupacionales (laborales, formativas, del cuidado del hogar, de ocio, etc.). Desarrollo de planes de inserción en estructuras ocupacionales ordinarias (empresas, barrios, domicilios, etc.). Planificación de acciones de conciliación de vida familiar y laboral. Prevención del uso de sustancias y recuperación de hábitos saludables. Apoyo, consejo y diseño de estrategias para el desarrollo profesional y psicosocial y recuperación de los procesos de enfermedad mental. Orientación y diseño de acciones para el desarrollo de actividades lúdicas y de ocio. Potenciación de las redes no formales y de ayuda mutua en el funcionamiento cotidiano. Orientación y terapia familiar.	Domicilios Centros Formativos Universidades Espacios de Ocio Empresas Sindicatos Asociaciones Centros de Rehabilitación. Servicios de Salud Servicios Sociales Equipos de investigación ocupacional
Vejez	
Educación para la transición a la tercera edad y jubilación. Diseño de espacios para el encuentro y la colaboración intergeneracional Diseño de estrategias para el mantenimiento de habilidades básicas de cuidado personal y destrezas. Potenciación del valor del patrimonio de conocimiento de los mayores Diseño de acciones para promocionar la independencia funcional y participación comunitaria Información y apoyo al grupo familiar.	Domicilios. Centros culturales Centros de día y residenciales Servicios de salud Servicios sociales Equipos de investigación ocupacional

La construcción de espacios y lugares para la salud mental y la identidad ocupacional como sujetos

Siguiendo las orientaciones que introduce Martín Gittelman (16) podemos concluir sobre como los lugares que ocupan los protagonistas sociales en la actualidad, es decir, cada uno de los ciudadanos, están conformados antropológicamente: la familia que no llega a fin de mes, la crisis financiera del Estado y el desempleo, los primos que se han mudado al campo para gestionar una casa rural, la cajera que opina sobre la unión europea, el documental de televisión que muestra la realidad social de las personas sin hogar, el joven que se ha comprado el último modelo de teléfono móvil, el "enfermo mental que…¿?". Cada protagonista desempeña un rol a través de una función social estructurada, conformada por un sistema de relaciones donde quedan definidos unos derechos y deberes no formales, y donde cada ciudadano se define a sí mismo en relación a los espacios de los demás. En esta conformación de la estructura social surgen las diferencias vitales, los sistemas de clases y las estrategias de exclusión.

Ante esto nos surgen algunas cuestiones:

- ¿qué lugar "ocupan" en la actualidad las personas que tienen un problema de salud mental? ¿Cómo está conformado ese lugar que "ocupan"?
- ¿se pude modificar dicho lugar? En caso de que así sea, ¿Cómo se modifica de manera eficiente y equitativa para todo el grupo social? ¿es un lugar dinámico o estático en este caso?
- Una vez que una persona entra en el circuito de atención a la salud mental, ¿tiene opciones para salir en algún momento? Ó ¿empieza a aumentar el riesgo de que "ocupe" indefinidamente una franja social determinada, definida y cerrada, con una identidad psicosocial y ocupacional determinadas por la enfermedad y diferente a la que tenia con anterioridad?
- Las estrategias ocupacionales que se diseñan en las intervenciones de los terapeutas ocupaciones en salud mental, ¿contemplan las variables

comunitarias? O ¿son estrategias que, antropológicamente, potencian y perpetúan los roles asociados a la enfermedad?

La percepción social de la exclusión de las personas con enfermedad mental es una constante histórica. Stainer (17) afirma que en un estudio de investigación social en Gran Bretaña, numerosas personas con problemas de salud mental dijeron que se sentían "enfermos parte del tiempo, pero excluidos todo el tiempo". Por otro lado, Martínez (18) compara la situación social de las personas con enfermedad mental con El Quijote, donde el conocido personal de Cervantes, se ve abocado a un vagar continuo; igualmente nos recuerda a la Nave de los Locos de la Edad Media y el Renacimiento, convirtiendo a las personas con enfermedad mental en errantes prisioneros de las instituciones, los procesos de atención y los profesionales sociosanitarios.

Partiendo de esta comparación, Martínez Hernáez asocia la situación actual sobre la desinstitucionalización psiquiátrica con un nuevo modelo de errancia, con el riesgo de confinamiento en espacios de tránsito y anonimato en las estrategias de externalización y atención comunitaria. Hace referencia a como Augé define los no lugares, entendiendo estos "los no-lugares", como son los centros de las ciudades, los parques, las bibliotecas, los servicios de salud, los servicios sociales, etc. (4)

Podemos añadir que los no-lugares también son, en el caso de las personas con enfermedad mental, el "no empleo", el "no vivienda", el "no-ingresos económicos", el "no-red social", convirtiendo los diferentes centros de atención sociosanitaria en una extensión de sus "no-lugares"; entornos diseñados como el mejor ecosistema de referencia a partir de un momento dado, casi como un ajuste perfecto entre un sujeto y el mejor entorno de funcionamiento (centro de atención o equipo de atención) diseñado para él/ella, pero ajenos a la realidad sociocomunitaria productiva y de participación de pleno derecho.

En la mayoría de las ocasiones, este ajuste se convierte en un proceso de atención individualizada, que parte de la necesidad de adaptación del sujeto (casi objeto) a un determinado entorno. Es complejo llegar a un entendimiento

antropológico introspectivo en relación a como este proceso es un sistema dialéctico del sujeto y los entornos de participación y, de este proceso es del que emana la conformación social de la que ha surgido el estado de dicho sujeto, la construcción del servicio que realmente necesita y del servicio real que socialmente se le presta.

Este proceso implica definiciones de atención como cronicidad, donde la persona pasa de ser una persona que sufre un proceso de enfermedad mental, a ser "un enfermo mental crónico", adquiriendo esta categoría social tanto para su entorno vital como para los profesionales e instituciones que le atienden, y pre-definiendo, por lo menos en parte, el pronóstico que se espera. Además, la mirada social se reconfigura hacia la exclusión de los contextos sociales ordinarios.

Martínez expone literalmente: "La marginación de los pacientes al no-lugar puede ser entendida como resultado del estigma. Los sistemas contemporáneos de atención en salud mental, basados en una estructura de dispositivos diversos que oscilan entre la unidad de psiquiatría de los hospitales generales, en donde los pacientes son ingresados sólo por el tiempo de crisis, y los talleres ocupacionales, en donde desarrollan tareas diversas de cara a su próxima y casi siempre postergada "(re)habilitación social", pasando por los hospitales de día, los centros de día, los clubs y los pisos y residencias asistidos, entre otros recursos asistenciales, son un evidente paso adelante en el proceso de reinserción, pero no son condición suficiente.".

El mayor reto de la rehabilitación en personas con enfermedad mental, es encontrar fórmulas que encuentren un equilibrio entre ambos sistemas comunitarios y societarios, para lo que el profesional, en este caso el terapeuta ocupacional debe contemplar como su espacio habitual de trabajo los variados contextos ocupacionales societarios, y no aquellos fundamentados en el valor interno de las diferentes estructuras sociosanitarias creadas para personas con enfermedad mental. Es necesario trabajar para lograr desarrollar espacios de potenciación ocupacional y psicosocial de las personas afectadas en su salud

mental, para que "construyan" o "re-construyan" sus "lugares" de funcionamiento ocupacional óptimo, entendidos como aquellos que permiten el desarrollo de una vida plena y satisfactoria.

Sin embargo, el valor terapéutico implícito que se le da a los lugares de atención determina una forma de limitar las capacidades humanas, pues la única identidad ocupacional que aportan, está exclusivamente determinada por un proceso de enfermedad que ha determinado un proceso de exclusión de la verdadera naturaleza ocupacional del ser humano, su entorno social de referencia. Paradójicamente, se pretende restituir una identidad social validada, desarrollo de competencias productivas y una mayor habilidad para el propio cuidado personal desde el funcionamiento que tienen los protagonistas en un mundo cotidiano reducido al ámbito terapéutico, con sistemas de recompensa social pre-establecidos artificialmente a priori de manera interna y microsocial y en muchas ocasiones sin posibilidad de externalizarlos.

Por tanto, desde estas reflexiones, nos surgen algunas preguntas,

- ¿para qué ocupaciones tienen que estar motivadas las personas con enfermedad mental? ¿qué oportunidades con valor social se les ofrece? ,
- las oportunidades que se les ofrecen desde los servicios de atención ¿son rehabilitadoras?
- por el contrario ¿producen una mayor exclusión, estigmatización y distanciamiento respecto a los entornos previos de funcionamiento ocupacional en el que interactuaba la persona?
- ¿qué entornos y ocupaciones son realmente terapéuticos? ¿dónde están estos entornos?

Abelardo Rodríguez (19) define " La rehabilitación psicosocial como aquel proceso cuya meta global es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial, de modo que las permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible."

La rehabilitación psicosocial, podemos afirmar que, surge de dos modelos contrapuestos de atención a las personas con enfermedad mental:

- Modelo institucionalista.- es un modelo que arrastramos históricamente con valores relacionados con el paternalismo, beneficiencia, caridad y custodia jurídica, asociando la atención a centros manicomiales y otras estructuras similiares más actuales.
- Comunitario.- se fundamenta en un principio ideológico de la normalización e integración autónoma y competente de la persona. Esta integración solo es posible dentro del marco de la rehabilitación psicosocial.

Me permito añadir, tal y como se indicaba en epígrafes anteriores un tercer modelo, al que considero, debemos dirigirnos:

- Modelo societario.- Este modelo, que sin excluir al comunitario, se encamina más a la intervención desde las propias estructuras sociales naturales (empleos, familias, organizaciones gubernamentales, escuelas, barrios, servicios de salud, etc.), siendo este más cercano a la perspectiva del marco psicosociocupacional que pretendemos trasmitir.

El objetivo básico de la rehabilitación psicosocial es lograr una mejora en la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y facilitar su desenvolvimiento autónomo y eficaz en su entorno social. El concepto de recuperación “recovery” se implanta como eje de cualquier atención Psicosocial, desglosándose este objetivo en otros más específicos dependiendo de cada persona, entorno y características temporales.

En relación a estas perspectivas, podemos hacer referencia a la Asociación Española de Neuropsiquiatría que indica los siguientes objetivos de la rehabilitación psicosocial (20):

- Favorecer y posibilitar la adquisición o recuperación del conjunto de destrezas, habilidades y competencias necesarias para el funcionamiento en la comunidad en las mejores condiciones de normalización y calidad de vida posible.

- Potenciar la integración social dentro de la comunidad, apoyando y fomentando un funcionamiento lo más autónomo, integrado e independiente que sea posible, así como el desempeño de roles sociales valiosos y normalizados.
- Ofrecer el seguimiento, apoyo y ayuda social que cada persona necesite para asegurar su mantenimiento en la comunidad del modo más autónomo y normalizado posible.
- Prevenir o disminuir el riesgo de deterioro psicosocial, marginalidad y/o institucionalización.
- Asesorar y apoyar a las familias para favorecer su competencia en el manejo de los problemas e incidir positivamente en el proceso de rehabilitación y ajuste social de sus familiares con problemas psiquiátricos.
- Facilitar la adquisición o recuperación de las destrezas, habilidades y competencias que son necesarias para lograr un funcionamiento efectivo en la comunidad, en las mejores condiciones de normalización y calidad de vida que sean posibles.
- Favorecer la integración social en la comunidad, fomentando un funcionamiento lo más autónomo posible. Proporcionar el seguimiento, apoyo y soporte social a cada persona de manera que se asegure su mantenimiento en la comunidad de la manera más autónoma y normalizada posible.
- Prevenir o reducir al máximo posible el riesgo de deterioro psicosocial, marginalidad y/o institucionalización.
- Facilitar a las familias el asesoramiento y apoyo necesario para que manejen de forma adecuada los problemas que se les planteen y puedan colaborar en el proceso de rehabilitación de sus familiares con problemas psiquiátricos.

Algunos de los principios esenciales que definen el modo de actuación en rehabilitación psicosocial, indican que la rehabilitación debe:

- Basarse en una concepción integral de los derechos humanos, de manera que se reconozcan y defiendan los derechos de las personas con enfermedades mentales crónicas.
- Fomentar la implicación activa de las personas con enfermedad mental en el control de sus vidas y en el proceso de rehabilitación.
- Promover la integración de las personas dentro de su comunidad.
- Favorecer el desarrollo de pautas de vida lo más normalizadas posible mediante el desarrollo de roles sociales adecuados a las características particulares de cada persona.
- Aumentar la autonomía personal a partir del desarrollo de las habilidades y competencias de cada persona y de su entorno.
- Proporcionar apoyo y soporte adecuado a cada persona durante todo el tiempo que sea necesario.
- Basarse en el principio de individualización, de manera que cada persona reciba una atención y apoyo adecuado a sus necesidades y características personales. La atención debe partir de una evaluación individualizada que considere de manera global todos los aspectos de la persona y de su entorno.
- Mantener una actitud positiva respecto a las posibilidades de desarrollo y mejora de la persona.
- Realizar una evaluación de resultados de manera continua en aspectos como la autonomía, la mejora de la calidad de vida, la satisfacción de los usuarios y la eficacia, eficiencia e impacto de los servicios y programas de rehabilitación.

La experiencia acumulada nos dice que, tratar los problemas dentro de las estructuras hospitalarias o instituciones psicosociales, permite aprender competencias ocupacionales apropiadas dentro de la propia institución pero de poca utilidad en la vida diaria en un entorno social competitivo. Sin embargo, parece perpetuarse el modelo de atención institucional y comunitario (entendido como la institución incluida en el medio comunitario), dirigiéndonos lentamente al modelo societario (similar al modelo sistémico).

Las intervenciones dentro de las estructuras socio-ocupacionales naturales permiten:

- Facilitar el aprendizaje de habilidades ocupacionales adaptativas, a través del entrenamiento de las habilidades instrumentales y sociales, necesarias para un adecuado desempeño de la vida en comunidad.
- Aportar modelos de identidad ocupacional fundamentados en valores antropológicamente validados por las estructuras sociales cotidianas, que no son específicamente hospitalarias ni terapéuticas.
- Diseñar de manera más versátil los entrenamientos de las habilidades necesarias en la vida diaria según las demandas ocupacionales del entorno.
- Establecer indicadores objetivos de recuperación, medidos según los estándares sociales del desempeño, y no a través de su medición a través de indicadores internos validados en estructuras sanitarias o psicosociales.
- Definir la intervención a través de redes integrales desde las propias estructuras sociales, de origen multinodales, caracterizadas por la versatilidad, la diferenciación e identificación social de sus componentes y el establecimiento de variados roles y multiplicidad de valores sociales.

Según Moruno, “la práctica clínica o proceso clínico de la terapia ocupacional es el conjunto de acciones emprendidas por un terapeuta ocupacional, sus consecuencias y los mecanismos que las ordenan y regulan desde la recepción de una derivación o demanda hasta el alta, el seguimiento posterior al alta y la valoración de la totalidad del procedimiento, que se articulan conformando un proceso global, habitualmente caracterizado como una serie de etapas, pasos o secuencia de procesos de menor entidad”

Para abordar este práctica el terapeuta tiene que hacer una doble vía procesual, una dirigida hacia la persona y otra dirigida hacia el entorno en el que participa dicha persona o aquel en el que tendrá que participar en su trayectoria vital. El entorno tal y como señalábamos anteriormente se refiere a todas las características ocupacionales que definen un determinado ambiente, entendido como aquello que rodea a nuestro objeto de estudio, en nuestro

caso, el carácter ocupacional del ser humano y las actividades de la vida diaria que cada ser humano desempeña.

El entorno lo podemos definir como un sistema espacio-temporal formado por una compleja red de infinidad de elementos dinámicos que determinan en un momento dado un perfil categorial. Vamos a especificar algunas cuestiones de esta definición:

- Sistema: el entorno es un sistema abierto, compuesto por diferentes subsistemas y elementos que interactúa en un dinamismo continuo.
- Espacial: cada entorno lo podemos definir en un espacio delimitado, pero siempre teniendo en cuenta que es compleja la definición de fronteras o limites específicos. La delimitación es un proceso artificial y subjetivo que permite acotar al ser humano un determinado objeto de estudio.
- Temporal: el estudio de un entorno específico, al igual que definimos en el punto anterior, lo podemos acotar en un momento temporal predeterminado por el observador, que le permite llevar a cabo un proceso deductivo e inductivo sobre lo observado, pero que independientemente de este proceso de observación-conclusión, el entorno seguirá un proceso dinámico en el tiempo.
- Red: una red se puede definir como el tejido conectivo que forman parte múltiples elementos. Los entornos están compuestos de elementos vinculados entre sí. La característica principal de estos vínculos es que en sí mismos pueden ser otros elementos de la estructura del entorno, que a su vez crean vínculos con otros elementos. Este dinamismo elemento-vínculo, provoca una gran complejidad del objeto de estudio que nos ocupa, es decir, el entorno.
- Elementos: Los elementos del entorno se definen como todas las estructuras que lo conforman. Un elemento puede tomar múltiples formas, ya que no están predefinidos. Además tal y como apuntábamos anteriormente, en un sistema abierto los elementos entran, salen y se mueven dentro del sistema, y cada uno de ellos es dinámico. Ejemplos de elementos: roles de

convivencia (padre, madre, amigo, trabajador, enfermo, etc.) instituciones sociales (centro de salud, instituto, universidad, supermercado, etc.), conceptos sociales (economía, política, empleo, servicios sociales, etc.), estructuras sociales (formación, cualificación, competitividad, lujo, pobreza, religión, patrimonio, discapacidad, etc.) conceptos humanos (vida, muerte, salud, amor, espiritualidad, felicidad, sexualidad, bienestar, etc.), estructuras humanas (satisfacción, sexo, homosexualidad/heterosexualidad, matrimonio, familia, grupo, pareja)

- Dinámico: el dinamismo, tal y como exponíamos anteriormente, es una característica implícita del entorno. No existen entornos estáticos. Solamente el sistema observador-entorno observado ya introduce una variable dinámica, importante de reconocer: el observador influye sobre el objeto observado.
- Perfil: las anteriores características, nos pueden hacer pensar que es imposible definir un entorno, pero aunque esto puede ser cierto desde una perspectiva purista de la ciencia, lo cierto es que podemos hacer inferencias sobre una acotación temporal y espacial de un entorno, pudiendo definir un perfil descriptivo a través de la definición de factores y limites que nos permitan acercarnos al “conocimiento”.
- Categorial: con la descripción de la acotación realizada podemos hacer categorías, fundamentadas en similitudes y diferencias de elementos, tipología de vínculos, y características espaciales y temporales de estos.

Nos parece relevante esta introducción previa al concepto de entorno debido al proceso complejo que supone para el terapeuta ocupacional hacer análisis y diagnósticos del entorno en el ámbito de la salud mental, tanto si sus acciones están integradas en la salud mental comunitaria como en las acciones desde una perspectiva técnica más individualizada (gestión de casos).

Los factores de influencia del entorno en un diagnóstico ocupacional en salud mental pueden ser múltiples, y dependiendo del marco de trabajo, el abordaje sobre el entorno será más o menos complejo

(macrodiagnóstico/microdiagnóstico; microentorno/microentorno), pero en cualquiera de los casos, siempre existirá.

Algunos de los factores relevantes del entorno en relación a la salud mental comunitaria, sobre los que el terapeuta ocupacional tendrá que hacer un análisis, diagnóstico e intervención estarán relacionados con:

- Políticas: incluye todos los aspectos de la política social, sanitaria, económica, educativa y laboral a nivel internacional, europeo, nacional y local.
- Trabajo y empleo: evolución ocupacional de los sistemas productivos, características y demandas de los puestos de trabajo, sistemas de adaptación persona-puesto, tendencias de la economía global, nacional y local.
- Familia: factores sociológicos y antropológicos de la familia y su evolución en el tiempo, nuevos modelos de familia, análisis sistémico de los entornos de convivencia y del grupo familiar, sistemas de apoyo a la familia.
- Infraestructuras sociales: entidades e instituciones locales públicas y privadas, servicios sociales y sanitarios, servicios culturales y educativos, estructuras comerciales, transporte y comunicaciones.
- Sistemas de relación social: contextos de relación social en la vida cotidiana, evolución de los patrones relacionales, nuevas tecnologías y estrategias de e-comunicación y e-relacion social (ciber-redes sociales, blogs, wiki, dispositivos móviles, e-learning).
- Estructura y estratificación ocupacional: niveles de cualificación académica y profesional, paro laboral, sistemas de incorporación y promoción del empleo, sistemas de jubilación y pensiones, código nacional de ocupaciones, movilización de estatus social y de clases, sistemas de ayuda a la dependencia, distribución de la renta en relación a ocupaciones y actividad social.
- Avances tecnológicos y científicos: nuevos descubrimientos en neurobiología y neuropsiquiatría, psicofarmacología y nuevos principios

activos, sistemas de innovación terapéutica (teleterapia, dispositivos de teleasistencia, ciber-orientador terapéutico), ergonomía psicosocial y productos para personas con enfermedad mental (sistemas de empleo con apoyos y adaptados, servicios de control del estrés, potenciación de redes sociales a través de sistemas electrónicos, etc.).

El discurso ocupacional de los protagonistas. La ciudadanía.

A continuación enunciamos algunos fragmentos discursos sobre la realidad de las personas con enfermedad mental y los servicios de atención. Dejamos a los lectores que reflexionen sobre los mensajes discursivos y saquen sus propias conclusiones.

Dra. Perkins. Psicóloga. (21) Jefa de servicios de salud mental de Londres y usuaria de servicios de salud mental.

Cuando mi doctora me dijo que tenía una enfermedad mental me dijo "Quizá deberías pensar en cambiar de trabajo: no estoy segura de que puedas desempeñar un trabajo tan estresante como el de psicóloga clínica". Esto simplemente colmó mis peores miedos: que mi carrera había terminado realmente. Ahora dirijo un área de salud mental, coordino 23 equipos de salud mental y planifico un presupuesto anual de millones de libras. Hay que potenciar que las personas con enfermedad mental hagamos aquello que queremos hacer. ...

Pilar y el vínculo terapéutico. (36 años – Auxiliar administrativo.- Trastorno bipolar)

Discurso de un profesional de salud mental atendiendo a Pilar. Bueno Pilarcita, guapa, me vas a traer hecho para el próximo día un cuestionario, y si no sabes que poner yo te ayudo. Ya sabes que yo estoy aquí para ayudarte. Bueno, y ya

sabes, no pienses más esas cosas. Ahh, y no me pidas más dinero para tabaco, que ya te has gastado mucho.

Discurso de Pilar: “Mucha gente me trata como si fuera tonta. Ponen un tono de voz como cuando se habla a los niños. Esto me pasa también en mi trabajo, que saben que tengo una enfermedad mental. También recuerdo que me hablaban así las enfermeras cuando estaba hospitalizada. Me hablaban como “con una cancioncilla”. No entiendo porqué lo hacen. Me hace sentir muy mal.”

Javier y las reconfiguración de expectativas vitales. (26 años – conductor de autobús.- 1º crisis psicótica).

Discurso del profesional que enseña un servicio de rehabilitación a Javier el primer día: “Bueno, Javier, aquí en esta sala donde hacemos el grupo de Buenos Días, donde solemos leer el periódico y lo comentamos. También por las tardes hacemos alguna reunión para hablar de la salud y la medicación, vemos alguna película, jugamos a las cartas, etc. Se crea muy buen ambiente y podrás conocer gente.”

Discurso de J.G. derivado al hospital de día: “Me da miedo convertirme en una de las personas que vi en el centro de rehabilitación. Sé que tengo un problema de salud mental, pero no me gusta lo que he visto. Quiero un futuro mejor, no sólo sentarme allí, sólo dedicarme a beber refrescos y hablar de los efectos secundarios de los distintos medicamentos, pasar el día comentando las noticias de los periódicos y jugar al juego “infantil” del bingo. Quedé horrorizado”.

Cristina y la rehabilitación ocupacional. (30 años.- Trabajó de Limpiadora, está casada y es madre de una niña de 6 años. Esquizofrenia Paranoide)

Discurso de un profesional de rehabilitación. “Esta actividad es muy rehabilitadora para C.G., pues hace muy bien el papel reciclado, además de que cuidamos el medio ambiente en el centro; a C.G. le ha cambiado la forma de relacionarse conmigo, está más contenta y se le ve motivada”

Discurso de un empresario: "....pero esto que hacéis son como manualidades ¿no? Es que en mi empresa necesitamos otro tipo de competencias... entiendo vuestra labor, es muy bonita...

Discurso de Cristina: "Estoy harta de hacer papel reciclado; esto es como las manualidades del colegio, no entiendo para qué me sirve y además me siento mal por ello; lo que necesito es hacer algo formativo, quiero aprender cosas nuevas; sé que me cuesta, pero aquí, la verdad, no estoy haciendo nada. Aunque la monitora parece maja, no me ofrece nada que me sirva, me siento mal viniendo aquí, pero no tengo otra alternativa".

Jaime, la comunicación y el lenguaje al servicio de identidades saludables. (32 años. Empleado de banca. Trastorno esquizotípico).

Discurso de un profesional en una ponencia.- "Los esquizofrénicos o psicóticos no asumen su enfermedad y es importante que, en la relación médico-enfermo se trabaje esta realidad patológica diaria del personaje psicótico".

Discurso de un paciente de dicho profesional.- "Cuando escuché de mi médico que yo era esquizofrénico fue como si la enfermedad invadiera todo mi ser. Deje de ser lo que era, para convertirme en otra cosa. Para todo el mundo era esquizofrénico. Ya no era persona. Si mi médico, en lugar de decirme que yo soy esquizofrénico, me explica que tengo una enfermedad que es como si estuviera soñando, que lo que escucho y veo, mi cerebro lo procesa como si fuera real, y que esta medicación sirve para despertar de dichos sueños, quizá lo hubiera entendido de un manera más positiva, hubiera podido seguir siendo persona, hubiera podido seguir siendo yo".

Olga. 26 años. Estudiante. Dependienta. Trastorno bipolar.

El día lo pasaba en la sala de Terapia Ocupacional porque no podía quedarme en otro sitio: Juegos de mesa, grupo de actualidad, manualidades para la expresión de emociones, relajación.

La psicóloga y la terapeuta ocupacional de la planta me decía que esto era lo que me convenía.

Yo no entendía nada. Nadie hablaba conmigo de mis estudios, de mi pueblo, de los animales, de mis amigos de la universidad, de mis deseos, de mi vida diaria hasta entonces.

¿Pensarían que no tenía otra vida? ¿Pensarían que este era mi sitio natural? ¿Pensarían que esa era yo?

¿Ustedes, que piensan?

Luis. 30 años. Desempleado. Esquizofrenia paranoide.

Ahora tengo 30 años. Voy todos los días al centro de rehabilitación. Llevo 6 años.

Dejé el taller prelaboral de papel reciclado porque no me interesaba nada y no había más opciones. Al abandonar me dijeron que no tenía motivación laboral.

Como coticé a la Seguridad Social me han concedido una incapacidad absoluta permanente y cobro 500 euros al mes. Estoy triste y no quiero pensar en el tiempo. Me siento como un jubilado, me siento mayor.

Ahora hago actividades para enfermos mentales. Ahora soy un enfermo mental.

Preguntas de nuestros clientes

- ¿Nos hemos entendido?
- ¿Nos has comprendido?
- ¿Me has comprendido?
- ¿Qué me puedes ofrecer?
- ¿Qué me podéis ofrecer?
- Vosotr@s, sois los expertos.

Construyendo espacios para el bienestar ocupacional en salud mental. Mirando al futuro.

Partiendo de publicaciones previas, a continuación, volvemos a poner en relevancia de nuevo las perspectivas prospectivas un de la terapia ocupacional (15). En su visión de futuro la Terapia Ocupacional asume la necesidad de abordar los amplios conocimientos técnicos sobre las ocupaciones humanas poniendo a disposición de las personas metodologías avanzadas, fundamentadas en la práctica basada en la investigación y en la evidencia. Desde los principios planteados por el juramento hipocrático y pasando por los códigos éticos del Comité Europeo de Terapeutas Ocupacionales (COTEC), el de la Asociación Americana de Terapeutas Ocupacionales (AOTA) y el de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) apuntan hacia estas líneas de trabajo. La terapia ocupacional tiene que garantizar la calidad de sus servicios para la salud mental, permitiendo un crecimiento sólido de su cuerpo de conocimiento, el abordaje de nuevas necesidades y la revisión estratégica entre el ajuste de estas con las estrategias técnicas y los principios filosóficos y éticos. Es prioritario hacer una renovación de las ideas, adaptarlas a nuestro tiempo y transformarlas en un conocimiento científico ocupacional contemporáneo.

Partiendo del principio básico de que las actividades son el medio y son el fin de la Terapia Ocupacional, contextualizadas en el entorno ocupacional histórico de referencia, podemos contemplar cómo nuestro entorno profesional y social exige una intervención sociosanitaria comunitaria cercana a los ciudadanos y a sus entornos ocupacionales, vinculada a la renovación de las instituciones sociales y sanitarias, con una capacidad de innovación y desarrollo que permita determinar que procesos técnicos son útiles para el futuro y cuales pertenecen al pasado. Así queda reflejado por el consenso internacional y legislaciones nacionales.

Por lo tanto, es prioritario abordar un análisis longitudinal y transversal de las ocupaciones humanas en el siglo XXI y diseñar planes estratégicos que permitan integrar la actividad humana significativa en los procesos terapéuticos y de rehabilitación de las personas que tienen discapacidades mentales.

Actualmente, desde los planes de actuación internacionalmente consensuados, no hay hueco en las acciones de terapia ocupacional para actividades no significativas en grandes pabellones psiquiátricos o centros de día. Las ocupaciones humanas forman parte del concepto de salud mental de los ciudadanos y de las enfermedades mentales. Nuestro conocimiento técnico vendrá avalado por las evidencias en el manejo de los factores que interactúan en dicho concepto de salud-enfermedad mental, potenciando el bienestar ocupacional y la calidad de vida en el desempeño de las actividades de la vida diaria.

La sociedad exige actuaciones técnicas “en y con la comunidad” y las personas con enfermedad mental necesitan estrategias de rehabilitación, vinculadas al entorno social de referencia, que les aporte esperanza como factor imprescindible para la vida, sobre la que puede girar la voluntad de sus actos ocupacionales, permitiendo recuperar o construir una identidad ocupacional saludable.

Las indicaciones de la Organización Mundial en relación a la Calidad en los Programas de Salud marcan como los métodos de valoración empleados deben identificar los mecanismos de mejora del cuidado de la salud respecto al bienestar físico, mental y social de los pacientes, considerando integralmente la totalidad del sistema de atención sanitaria, en todos sus niveles y todas las dimensiones, tanto emocionales y sociales como científicas y técnicas para lograr el mayor nivel de efectividad, eficacia y eficiencia así como los posibles riesgos asociados.

Así por tanto el futuro de la terapia ocupacional en salud mental debe guiarse por una serie de principios relevantes que marquen servicios de alta excelencia y caracterizados y visión por:

- Compromiso con la calidad
- Práctica basada en la evidencia.
- Práctica basada en una perspectiva comunitaria de las ocupaciones humanas.
- Investigación y gestión del conocimiento.
- Imagen corporativa competente, de la terapia ocupacional guiada por criterios de responsabilidad, eficacia, resultados e imagen pública competente.

Para lograr estos fines, es necesaria la inclusión de varios procesos en la práctica:

- Gestión de indicadores cuantitativos y cualitativos que permitan medir resultados de los procesos de atención.
- Contemplar la rentabilidad como elementos fundamental de la prestación de servicios.
- Disponer de una cartera se servicios definida, centrada en la demanda y con garantía de valoración del cliente.
- Desarrollo de proyectos de investigación dirigidos a identificar el perfil ocupacional de las personas con enfermedad mental y del impacto de las intervenciones ocupacionales.
- Innovación en los procesos, buscando estrategias.
- Gestión de las ocupaciones diarias desde una perspectiva de la salud y la participación en la comunidad.
- Incorporar la perspectiva del cliente y del mercado de públicos.
- Ofrecer una imagen competitiva en las comunicaciones en todos los formatos y contextos de participación.
- Discurso centrado en los modelos de recuperación de la salud mental.
- Integrar la práctica multidisciplinar como elemento para construcción de la transdisciplinariedad.
- Trabajar con las estructuras y espacios de la comunidad: empresas, centros de formación, centros culturales, ayuntamientos, asociaciones, etc. como elementos nucleares para una verdadera recuperación y la inclusión.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Nueva York: WHO; 1946.
2. Tezanos JL. Desigualdad y exclusión social en las sociedades tecnológicas. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2002; 35-52.
3. WHO. Clasificación Internacional del Funcionamiento y de la Discapacidad. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. IMSERSO. Gobierno de España; 2001
4. Augé M. Los no lugares. Barcelona: Gedisa; 2000.
5. Sánchez O. Espacios para el desarrollo profesional en personas con enfermedad mental. Un análisis dimensional. Jornadas de Terapia Ocupacional. Talavera de la Reina: Universidad de Castilla La Mancha; 2012.
6. IMSERSO. Modelo de Atención a Personas con Enfermedad Mental Grave. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Gobierno de España; 2007.
7. World Health Organization. Mental health atlas. Geneva,Switzerland.: WHO; 2011.
8. Fernández Blanco J, Sánchez Vicente M. La influencia de lo socioambiental en los trastornos. Intervención Psicosocial. 2003; 12:7-18.
9. Brea Rivero M. Terminología consensuada en Terapia Ocupacional: marco para el entendimiento. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [5 de noviembre 2012]; 5:1-27. Disponible en: www.revistatog.com/num7
10. Alonso O. Políticas de empleo, política social e instuciones laborales. En: Sánchez Rodríguez O. Desarrollo profesional e inserción laboral de personas con enfermedad mental. Madrid: Editoria Grupo 5 - Ciclo; 2013.
11. Ávila Alvarez A, Martínez Piedróla R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra N, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA, et al. Marco de Trabajo para la prácticas de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2ª ed. [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. 2010. [19 abril de 2013]. Disponible en: de http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf

12. Harding C, Zahniser F. Corrección empírica de los siete mitos sobre la esquizofrenia, con implicaciones para el tratamiento. Psychiatr Scand 90. 1994; 384: 140-146.
13. Harrison K, Hopper T. Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. Brit J Psychiatry. 2001; 178: 506-517; 2001.
14. Liberman R P. Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. Int Rev Psychiatry. 2002; 14(4): 256-272.
15. Sánchez Rodríguez O, Polonio B, Pellegrini M. Terapia ocupacional en salud mental. Teoría y Técnicas para la autonomía personal. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2013.
16. Gittelman M. La salud mental es cosa de todos. Elementos esenciales de la prevención de recaídas en la esquizofrenia. Decálogo de los elementos fundamentales para ofrecer una rehabilitación psicosocial de calidad. Colección Documentos. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2005.
17. Stanier R. La salud mental es cosa de todos. Salud mental y exclusión social. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. España. 2005.
18. Martínez Hernáez Á. La salud mental es cosa de todos. Quebrar estigmas, abrir espacios. Retos y realidades de la rehabilitación psicosocial. Madid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. España. 2005.
19. Rodríguez A. Rehabilitación psicosocial de Personas con Trastornos Mentales Crónicos. Madrid: Ediciones Pirámide; 1997.
20. Gisbert C. Cuaderno Técnicos. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Madrid: Asociación Española de Neuropsquiatría; 2002.
21. Perkins R. Mis dos carreras psiquiátricas. La salud mental es cosa de todos. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO; 2005.

RIGOR DE LAS PUBLICACIONES CIENTÍFICAS EN LA GESTIÓN DEL RAZONAMIENTO CLÍNICO COMO HERRAMIENTA PARA LA PROMOCIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL.

INTENSITY OF SCIENTIFIC PUBLICATIONS MANAGEMENT CLINICAL REASONING AS A TOOL FOR THE PROMOTION OF OCCUPATIONAL THERAPY.

DECS: Terapia Ocupacional, Toma de decisiones, Competencia clínica.
Mesh: occupational therapy, Decision Making, Clinical Competence.
Palabras Clave: Terapia Ocupacional, Toma de decisiones, Competencia clínica, Razonamiento Clínico, Razonamiento Profesional.
Keywords: occupational therapy, Decision Making, Clinical Competence, Clinical Reasoning, Professional Reasoning.

D. Miguel Ángel Talavera Valverde
Terapeuta Ocupacional. Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol. Servicio Gallego de Salud. Profesor Asociado Universidad de la Coruña. Facultad Ciencias de la Salud. Director de Revista TOG www.revistatog.com

D. Pedro Moruno Miralles
Terapeuta Ocupacional. Doctor en Psicología. Profesor Titular de la Escuela Universitaria de la Facultad de Terapia ocupacional, Logopedia y Enfermería de Talavera de la Reina. Universidad de Castilla-La Mancha.

Dña. Ana Isabel Souto Gómez
Diplomada en Trabajo Social y Graduada en Terapia Ocupacional.

Como citar el texto en sucesivas ocasiones:

Talavera Valverde MA, Moruno Miralles P, Souto Gómez AI. Rigor de las publicaciones científicas en la gestión del razonamiento clínico como herramienta para la promoción de la terapia ocupacional. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2013 [fecha de la cita]; Vol 11, Supl 9: 158-163. Disponible en: http://www.revistatog.com/suple/num9/rigor.pdf

Introducción

En España, el rigor de nuestro cuerpo epistemológico y nivel conceptual es cada vez mayor, y exponencialmente más rápido en estos últimos diez años. La aparición de publicaciones de corte científico o promocionales de la disciplina, hacen que cada vez más sea más amplio el espectro de documentación manejada por el profesional de la Terapia Ocupacional[1].

En este sentido, se abre una nueva ventana para la gestión del trabajo, aportando rigor y calidad. En la teoría, cuanto más se desarrolle el cuerpo teórico más avanzada será la disciplina. Toda esta progresión viene marcada por los estándares de práctica que la disciplina está ajustando y que son los referentes de nuestro desarrollo. Para ello, nos nutrimos de teorías desarrolladas, de experiencias realizadas y la capacidad cada vez mayor de investigación que

RESUMEN
La gestión del conocimiento científico mediante el razonamiento clínico o profesional del Terapeuta Ocupacional, desarrolla nuestra disciplina en un momento de expansión y conceptualización en nuestro país. Es necesario el progresivo aumento de las publicaciones científicas en donde el razonamiento clínico del Terapeuta Ocupacional esté presente. En este camino, el avance de la disciplina se realizará con rigor y sistematización lo suficientemente ágil para lograr asentar bases y potenciar nuestro constructo teórico.

SUMMARY
The management of scientific knowledge through clinical and professional reasoning of the Occupational Therapist develops our discipline at a time of expansion and conceptualization in our country. The progressive increase of scientific publications where the clinical reasoning of occupational therapists is present is necessary. In this way, the progress of the discipline will be done with rigor and systematization agile enough to ensure seat base and enhance our theoretical construct.

los terapeutas ocupacionales en España comienzan a presentar. Estos mimbres facilitan la labor de un desarrollo cada vez más sólido de iniciativas y proyectos que consolidan este saber[1-3]. En este caso, las publicaciones científicas son sin duda la espoleta de desarrollo, más incluso que las monografías ya que su periodicidad y rapidez en la transmisión de conocimiento las sitúa a éstas por encima de todas las evidencias. Por tanto la relación entre razonamiento clínico o profesional, investigación y publicación científica, deben de ir a la par, en pro de generar un nivel de datos que dote a la Terapia Ocupacional de una solidez en sus postulados. Incluso que genere una proyección de la disciplina ante el colonialismo ejercido en las publicaciones científicas hasta ahora por el mundo anglosajón, y que presentan un nivel de rigor al que han llegado tras décadas de publicaciones sistemáticamente seriadas en donde la investigación (producto del razonamiento clínico), se ha desarrollado de forma exponencial[1-5].

A raíz de esta situación, nos preguntamos si en nuestro país y en nuestra práctica, ¿esto está siendo así?, ¿es la realidad de nuestra gestión profesional el reflejo de nuestras publicaciones?, ¿somos conscientes del deber con la profesión para ajustar el esfuerzo de promoción de la misma?

Metodología

Se ha realizado una revisión teórica en bases de datos, repositorios institucionales, monografías y literatura gris de alcance, para dar respuesta a las hipótesis anteriormente mencionadas.

Resultados

Ante esta situación, encontramos, datos concretos de un avance real del cuerpo teórico, pero sin forma y con muy poca evidencia. Situación ésta que no facilita el desarrollo real de la disciplina. Obviamos aspectos centrales del pensamiento, en pro de la narración de las intervenciones que realizamos. Pasamos por alto la importancia del trabajo de reflexión teórica, circunscrita al razonamiento clínico, por objetivar y detallar los resultados formales de las intervenciones[6,7].

Es necesario plantear la necesidad de desarrollo de este aspecto dentro de la Terapia Ocupacional, desarrollando una forma de comunicar que se ajuste al rigor científico; lejos de este eje perdemos calidad y generamos esfuerzos baladís. Esta comunicación científica es prioritaria realizarla entre otras cosas por situaciones tales como[8]:

- Es necesario ordenar lo que se quiere transmitir dentro de unos cánones establecidos por las guías de literatura científica asumidas por las comunidades científicas.
- Es necesario establecer un estilo claro de modelo de exposición haciéndonos huir de la improvisación, asentándose en un modelo claro y estructurado.
- Es necesario ofrecer estilos claro de comunicación de los resultados, huyendo de los discursos ambiguos y carentes de sentido práctico.

Esta comunicación científica se nutre de lo que los profesionales escriben[9], así la escritura científica es el mecanismo básico para la existencia y el desarrollo de la ciencia y de la evidencia. Y tiene como denominador común que esa comunicación se realice de manera adecuada y comprensible para la comunidad científica. La escritura científica tiene una serie de atributos de redacción que le confieren un carácter especial y destacan la importancia de este vehículo de transmisión del saber humano. De modo general un escrito científico representa la exposición ordenada de un trabajo previo de investigación; es una reelaboración de conocimientos ya existentes, obtenidos o no por el autor, que se organiza para fines expositivos específicos.

En resumen, la escritura científica[9] facilita la claridad de conceptos en la transmisión de los mismos huyendo de los discursos vacíos, facilitando y evitando a los lectores error en la comprensión. Estos dos resultantes generan en el lector el desarrollo de un conocimiento claro y asentado sobre evidencias bibliográficas y no sobre suposiciones e inspiraciones personales.

Así, desde el punto de vista de Hempel[8] cualquier explicación científica debe reunir al menos dos requisitos diferenciados: relevancia explicativa y contrastabilidad. Mientras que el primero alude a que todo aquello que se aporta en la explicación debe tener algún tipo de relevancia respecto a lo que pretende explicarse, el segundo se refiere a que cada aspecto que constituye una explicación científica debe ser susceptible de contraste empírico.

De esta forma, los artículos científicos publicados en revistas científicas componen la literatura primaria de la ciencia[8,10]. Los libros, monografías y artículos de revisión que reúnen el conocimiento de un tema componen la literatura secundaria de la ciencia. Los artículos primarios y secundarios son publicaciones científicas, pero solo se denomina artículos científicos a los primeros. En este caso, los terapeutas ocupacionales, tenemos que llegar a tomar la decisión del tipo de publicación que pretenden a la hora de desarrollar el cuerpo teórico, ya que será la clave de nuestro camino científico[8,10]. Esta decisión se tiene que realizar entre:

- las fuentes de información: contienen abstracts de publicaciones, o revisiones informativas que no derivan de estudios científicos per se. Los conocimientos de opinión ni son reproducibles, ni probables y en muchas ocasiones no son ciertos, poseen una alta subjetividad y resultan acríticos.

- las fuentes de evidencia: recogen resultados de ensayos clínicos, metanálisis y otras actividades científicas de riguroso estudio. Con estas

fuentes surge un nuevo tipo de conocimiento, el científico, diferenciado del vulgar o de opinión (5); el conjunto de estos conocimientos racionales, ciertos o probables y obtenidos de forma metódica, sistematizados y verificables que hacen referencia a objetos de una misma naturaleza, es a lo que podemos llamar ciencia. El conocimiento científico es objetivo, crítico, metódico, reflexivo y sistemático.

Discusión

Es necesario ser capaces de desarrollar y potenciar niveles de compromiso reales con nuestro pensamiento y nuestro trabajo, en pro de favorecer el desarrollo de una disciplina que de forma clara en la actualidad no está generando evidencia, ni acciones vinculadas a la promoción de la disciplina.

Pero, la información y su procesamiento deben solventar tres aspectos a considerar[1,9] derivados de su misma existencia:

- profusión de la información, aludiendo con ella al crecimiento masivo y acelerado de los contenidos informativos.
- transitoriedad del conocimiento científico, ya que el crecimiento acelerado de la información hace que los axiomas anteriormente planteados puedan verse sustituidos por nuevos postulados y nuevas fundamentaciones teóricas, que dejen obsoletas a las anteriores. Este incesante progreso sumerge a la información en una situación de obsolescencia, únicamente solventada por las revistas científicas, que debido a su periodicidad permiten aumentar la vida media del conocimiento científico a un margen de cinco años, tiempo tras el cual se estima que la información pierde su vigencia; así esta literatura científica tiene una vida media de cinco años, entendiendo por vida media; el tiempo durante el cual fue publicada la mitad de la literatura científica activa circulante.
- calidad del material informativo que hace imprescindible discernir el valor de las publicaciones, lo cual dependerá de múltiples aspectos de referencia como son el conocimiento y cultura previa, información

publicada en otras fuentes, y la propia historia publicadora de dicha fuente.

Conclusiones:

El pensamiento ordenado, el razonamiento, el valor de lo cotidiano, la promoción, la creatividad y la claridad en procedimientos, son los resultados de nuestro trabajo, que en todo momento tienen que estar gestionados en un plano formal y científico si lo que queremos es desarrollar un verdadero cuerpo teórico que avale la práctica, saliendo de esta forma de la ausencia de resultados objetivables del trabajo realizado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y promoción de la terapia ocupacional, estándares de calidad para el desarrollo de la disciplina. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2013 [25/04/2014]; Vol 10, Supl 8: p 36-39. Disponible en: http://www.revistatog.com/suple/num8/razonamiento.pdf

2. Dutton R. Clinical reasoning in physical disabilities. 1ª ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1995.

3. Schell BA, Cervero, RM. Clinical reasoning in occupational therapy: An integrative review. Am J OccupTher. 1993; 47 (7): 605-610.

4. Mattingly C. The narrative nature of clinical reasoning. Am J Occup Ther. 1991; 45 (11): 988-1005.

5. Roberts AE. Clinical reasoning in occupational therapy: Idiosyncrasies in content and process. Br J Occup Ther., 1996; 59(8): 372-376.

6. McCarron K, D'Amico F. The impact of problem-based learning on clinical reasoning in occupational therapy education. Occup Ther Health Care. 2002 16: 1–13.

7. Schell BA. Professional Reasoning in Practice. En: Willard & Sparkman's Occupational Therapy. 11ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. 133-143

8. Hempel C. Filosofía de la Ciencia Natural. Madrid: Alianza Editorial; 1978.

9. Moreno Rodríguez, R; SanJurjo Castelão, G; Talavera Valverde, MA. Terapia Ocupacional e Identidad Profesional: El reto de las publicaciones científicas. TOG (A Coruña). [Revista en Internet]. 2008 [25/04/2014]; 2008; Vol 4, mono 2: p.161-84. Disponible en: http://www.revistatog.com/mono/num2/revistas.pdf

10. Waldegg G. La literatura científica. Rev Mex Inv Educ. 1997; 2(3): 149-56

TERAPIAS ECUESTRES. CASO REAL

EQUESTRIAN THERAPIES. ACTUAL CASE

DECS: Terapia ecuestre, estudio de caso, rehabilitación física.
MESH: Equestrian therapy, case study, physical therapy.

Dña. Vanessa Carrión Téllez
Monitora de equitación por la British Horse Society y la Association of british riding schools. Formación específica en terapia asistida con animales. Estudiante de Terapia Ocupacional. Universidad Miguel Hernández de Elche, Alicante.
vanessa.carrion.tellez@gmail.com

Como citar este artículo en sucesivas ocasiones:
Carrión V. Terapias ecuestres: Caso real. TOG (A Coruña) [revista en internet]. 2014 [-fecha de la consulta-]; Vol 11, Supl 9: p 163-171. Disponible en: http://www.revistatog.com/suple/num9/ecuestres.pdf

Introducción

En la actualidad existen numerosas actividades terapéuticas complementarias al tratamiento convencional, una de ellas, las Terapias Asistidas con Animales (TAA). Estas actividades nos van a aportar una serie de beneficios exclusivos debido a su naturaleza ya que los animales nos sirven de elemento potenciador del desarrollo del individuo, produciendo beneficios físicos, emocionales, cognitivos, psicomotores y sociales. La principal diferencia con otro tipo de actividades terapéutica es que es animal es una fuente muy importante de estimulación sensorial, física y cognitiva, además de inspirar confianza y proporcionar afecto y aceptación sin juzgar al usuario. Por todo ello, mejoran la motivación para el trabajo favoreciendo la atención, consiguiendo de este modo mejorar el funcionamiento cognitivo, físico, social y educativo e incrementando la socialización y la empatía. (1, 2, 3,4)

RESUMEN

Las terapias ecuestres son una de las nuevas terapias complementarias que están en auge en la actualidad debido a los beneficios exclusivos y a la motivación que generan en gran parte de los pacientes. Pero a la vez debemos tener en cuenta las contraindicaciones existentes y trabajar con un equipo multidisciplinar formado en este tipo de intervenciones ya que esta es una de las claves para que sea realmente efectiva.

SUMMARY

Equestrian therapies are one of the new complementary therapies that are very popular currently to the unique benefits they generate and the motivation that generate to the patients. But while we must consider existing contraindications and work with a multidisciplinary team formed in this type of intervention because this is one of the keys to be truly effective.

Como cualquier actividad terapéutica debe estar diseñada, dirigida y evaluada por un profesional sanitario o del ámbito educativo, y se plantean objetivos terapéuticos específicos e individualizados.

Dentro de las TAA destacamos las Terapias Ecuestres (TE), donde el recurso terapéutico es el caballo. En estas actividades, al igual que en cualquier intervención resulta de vital importancia de un equipo multidisciplinar, cuyos componentes variarán en función de las necesidades del usuario. Pero además, requiere la participación de dos figuras más en el equipo, el guía del animal y el voluntario, que servirá de apoyo al profesional sanitario/de la educación.

Se distinguen 4 modalidades de intervención:

-Hipoterapia:

Este tipo de intervención es la utilizada en los casos más severos, cuando el usuario no ejerce ninguna acción sobre el animal. Es un tratamiento fisioterapéutico y psicomotor donde el profesional es quien dirige la actividad y el caballo el que actúa.

-Equitación terapéutica:

Es un tratamiento integral donde el usuario interactúa de manera activa con el animal, tanto durante la monta como durante la preparación del mismo. Las herramientas utilizadas son el entorno, el propio animal, las técnicas de equitación e intervención de los profesionales.

-Volteo terapéutico:

Es una modalidad que se combina con la equitación terapéutica, siendo ambas las más habituales en la práctica diaria. Consiste en la realización de ejercicios gimnásticos, de manera individual o grupal, sobre el caballo. Para esta actividad se requiere atención, concentración, autocontrol, confianza, seguridad y autoestima por parte del usuario, por lo tanto resulta vital saber en qué momento se pueden realizar de manera correcta.

-Equitación adaptada:

Es la modalidad que más se aleja de la terapia, consiste en la adaptación de la equitación tradicional, por lo tanto, su objetivo es el desarrollo máximo de habilidades por parte del jinete y/o el uso de adaptaciones para la integración normalizada del deporte.

El punto de vista interesante de las TE viene dado por los beneficios exclusivos que nos aporta:

1-La transmisión de calor: la temperatura corporal del caballo es de 38ºC, llegando a los 38,8ºC durante su movimiento, de este modo, obtenemos la relajación de la musculatura en contacto directo con el animal, es decir, los aductores, glúteos e isquitibiales, produciendo una liberación de la cintura pélvica y su desbloqueo. Además, aumenta la circulación sanguínea, mejorando la función fisiológica de los órganos internos y nos proporciona una estimulación sensoriopropioceptiva.

2-La transmisión de impulsos rítmicos: el caballo al paso es capaz de transmitir entre 90 y 110 impulsos rítmicos por minuto a la pelvis de usuario. La propagación de dicho impulsos provoca reacciones de equilibrio y de enderezamiento del tronco. Este ajuste corporal nos proporciona un entrenamiento en coordinación psicomotriz de tronco y cabeza. Además, nos proporciona otros efectos colaterales de vital importancia, como estimular el peristaltismo intestinal y mejorar la capacidad respiratoria.

3-La transmisión del movimiento tridimensional: ofreciendo el patrón fisiológico de marcha humana estando en sedestación sobre el caballo al paso. Esto resulta de gran importancia ya que permite trabajar y desarrollar la coordinación y la estabilización del tronco y cabeza en personas que carecen de marcha. Este patrón de marcha realizado durante la sesión de TE queda registrado en el cerebro y con el tiempo llega a automatizarse.

Por lo tanto, las TE son un recurso terapéutico donde se tienen en cuenta las necesidades individuales, así como los deseos del usuario, aportando grandes beneficios pero se debe tener en cuenta las contraindicaciones existentes, ya sean absolutas (alergias no controladas, síndromes convulsivos, fusiones vertebrales, trastornos severos de conducta, entre otros) o relativas (subluxación de caderas, escoliosis, hernias discales, osteosíntesis...) y respetar las normas de seguridad.

Caso clínico

El caso real objeto de este estudio es un varón de 49 años, Vicent S., residente en el Centro Ocupacional y Residencia Les Talaies de La Villa Joyosa, en Alicante.

De su diagnóstico cabe destacar las secuelas por encefalopatía hemolítica del recién nacido (Kernicterus): atetosis bilateral, distonía muscular, sintomatología extrapiramidal de tipo coreo-atetósico, discapacidad intelectual ligera, estrabismo en ojo izquierdo e hipoacusia bilateral.

Se destaca, a raíz de la evaluación, una hipotonía generalizada y distonia, movimientos atetósicos con dificultad para controlar la amplitud de dichos movimientos, problemas de coordinación, tanto general como óculo-manual y destreza manipulativa, ataxia y aumento de la base de sustentación de la marcha, necesitando el apoyo de una 3ª persona en desplazamientos largos y conductas disruptivas antes ciertas actividades.

Tras la evaluación se establecen una serie de objetivos y prioridades, tales como la tonificación general, especialmente de la musculatura abdominal, ya que había sufrido dos hernias inguinales con anterioridad, y así obtener también el control de tronco y postural y mantener las destrezas manipulativas.

Comentarios

El plan terapéutico del usuario es diseñado por un equipo multidisciplinar donde intervienen, entre otros, el psiquiatra, psicólogo, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional.

Desde el área de fisioterapia, la intervención se realiza en sala con la movilización activa y la tonificación de los miembros inferiores. (imagen 1). En su plan terapéutico general, también estaba incluida la hidrocinesiterapia, con el objetivo de mejorar la coordinación y la tonificación general, pero surgen conductas disruptivas debido al alto coste energético que le supone y la no compensación de dicho esfuerzo.

Imagen1. RHB fisioterapéutica. Fuente: Elaboración propia.

Vicent también participa en actividades físicas y deporte adaptado compitiendo en Boccia (deporte paraolímpico) y en petanca, con los objetivos de control de tronco, de fuerza y precisión.

En el área de terapia ocupacional se trabajan las ABVD, realiza tareas de lavandería, biblioteca, actividades domesticas, tareas manipulativas tanto en residencia como en los talleres ocupacionales con el objetivo de mejorar las

AVD, la coordinación óculo-manual, las destrezas manipulativas, el reconocimiento, lectura…

Y por último, en las sesiones de TE se persiguen los siguientes objetivos: control de tronco, tonificación abdominal, control postural, destrezas manipulativas y la coordinación. Cabe destacar que esta actividad terapéutica complementaria comenzó a realizarla en octubre 2012 y al inicio de la misma, no quería realizarla (imagen 2), pero que en su primer acercamiento al caballo, cambió su actitud y elevó su motivación para la realización de la misma y la consecución de algunos objetivos en un breve espacio de tiempo (imagen 3).

Imágenes 2 y 3. Monta gemela y ejercicios de caballo. Fuente: Elaboración propia.

Durante las primeras sesiones, la fisioterapeuta acompañaba al usuario en monta gemela para dar el apoyo necesario y realizar la recolocación de pelvis y raquis oportuna ya que no había estabilidad de tronco alguna. En el mes de febrero 2013, el usuario solo requería la figura del fisioterapeuta en monta gemela para la transferencia de la rampa al caballo, ya que es un momento crítico, pero ya era capaz de realizar una monta más autónoma con cambios de ritmo y dirección (imagen 4). Además, también era capaz de realizar ejercicios de coordinación con aros y picas de manera simultánea, realizando multitarea.

Imagen 4. Ejercicios de coordinación a caballo. Fuente: Elaboración propia.

En las sesiones también se incluían los cuidados del caballo, donde se cepillaba con diferentes cepillos con distintas texturas y se duchaba, recibiendo gran estimulación táctil, con el objetivo de mejorar la coordinación y fomentar el cuidado de otros (imagen 5). Y por último, se realizaban actividades paralelas, como son las realización de cajas para guardar los diferentes materiales de las sesiones, donde se trabajaban las destrezas manipulativas (recortado, pegado, pintura, escritura…)

Imagen 5. Cepillado de caballo. Fuente: Elaboración propia.

El equipo de intervención estaba constituido por una fisioterapeuta y terapeuta ocupacional, la guía del animal y estudiante de terapia ocupacional, una monitora ocupacional y psicóloga y un voluntario.

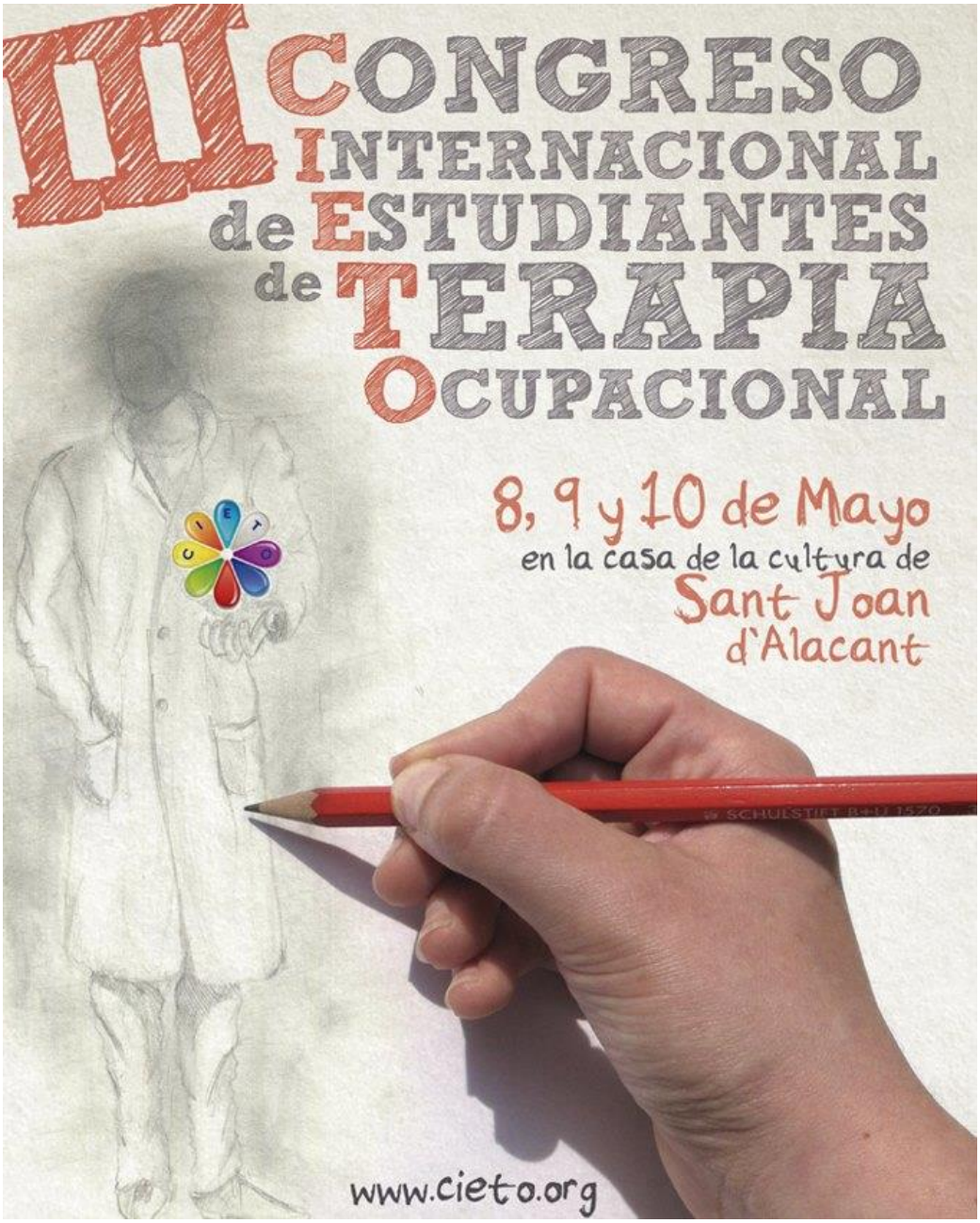
Cuando se realizó este estudio, el plan terapéutico prosiguió, acercándose a los objetivos que se propusieron a su inicio, ganando control de tronco y aumentando el tono abdominal principalmente.

Tras la descripción de este caso, podemos añadir evidencia de que la motivación que generan los animales en una intervención terapéutica resulta muy beneficiosa para la consecución temprana de diversos objetivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Urbanski BL, Lazenby M. Distress among hospitalized pediatric cancer patients modified by pet-therapy intervention to improve quality of life. J Pediatr Oncol Nurs. 2012 Sep-Oct;29(5):272-82
2. Young JS. Pet therapy: dogs de-stress students. J Christ Nurs. 2012 Oct-Dec;29(4):217-21.
3. Nordgren L, Engström G. Effects of animal-assisted therapy on behavioral and/or psychological symptoms in dementia: a case report. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2012 Dec;27(8):625-32
4. Perraud F. Animals used in therapy for the wellbeing of elderly people. Soins Gerontol. 2013 Jan-Feb;(99):10-2
5. Asselin G, Penning JH, Ramanujam S, Neri R, Ward C. Therapeutic horse backs riding of a spinal cord injured veteran: a case study. Rehabil Nurs. 2012 Nov-Dec; 37 (6)
6. Cerino S, Cirulli F, Chiarotti F, Seripa S. Non conventional psychiatric rehabilitation in schizophrenia using therapeutic riding: the FISE multicentre Pindar project. Ann Ist Super Sanita. 2011; 47(4):409-14.
7. Dipartimento Riabilitazione Equestre, Federazione Italiana Sport Equestri, Viale Tiziano 74, Rome, Italy.

ACTAS DEL III CONGRESO INTERNACIONAL DE ESTUDIANTES DE TERAPIA OCUPACIONAL



Promueve y Coordina:

Revista de Terapia Ocupacional Galicia
Revista TOG
www.revistatog.com

Editado:

Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales (APGTO)

Compila:

Congreso Internacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional (CIETO)

Colabora:

Universidad Miguel Hernández. Facultad de Medicina