

“EXPERIENCIA E ILUSIÓN: UNA REHABILITACIÓN PEDIÁTRICA EN POLONIA”

“EXPERIENCE AND HOPE: A PEDIATRIC REHABILITATION IN POLAND”

Cristina de Diego Alonso crdeal_66@hotmail.com
Patricia Jovellar Isiegas jovejita@hotmail.com
Miriam Arregui López miriarregui@hotmail.com
Virginia Royo Quintana viroquin@hotmail.com

RESUMEN

En los orfanatos Polacos encontramos niños que sufren una situación de profunda injusticia ocupacional. Dentro de un entorno privado de estímulos externos, tanto afectivos como educativos, analizamos una situación que desencadena un retraso en su desarrollo motor e intelectual, al que debemos sumar en algunos casos enfermedades congénitas.

El presente artículo pretende mostrar, bajo el punto de vista de un grupo de jóvenes y basándonos en una experiencia vivencial, la rehabilitación de estos niños a través de una gran diversidad de técnicas que consideramos útiles desde el punto de vista de la Terapia Ocupacional.

ABSTRACT

In the polish orphanages we can find children in an occupational apartheid hard situation. Within an environment without external stimulus, not only affective but also educational stimulus, we try to analyse a situation that can bring us to a delay in the motor and intellectual development. Moreover, we will also have to take into account in some cases congenital illness.

This article tries to show, from a group of young people point of view and from their experience, the rehabilitation of these children by using a great diversity of techniques with are useful from an occupational therapy point of view.

PALABRAS CLAVE

Rehabilitación pediátrica, abandono infantil, injusticia ocupacional, Terapia Ocupacional Sin Fronteras.

KEY WORDS

Pediatric rehabilitation, children's abandonment, occupational apartheid, Occupational Therapy without borders.

INTRODUCCION

“En cuanto al lugar dónde transcurre la acción, se trata de Polonia. Es decir, de ningún sitio”, escribió Alfred Jarry en el prólogo de *Ubu Rey*¹. “Ningún sitio” es pues el país tan cercano y tan desconocido donde se desarrolla esta increíble experiencia que nos gustaría compartir.

Todo comenzó cuando el Terapeuta Ocupacional belga, Luc Vercruysse, nos dio a conocer un **proyecto de cooperación internacional** que sus estudiantes estaban llevando a cabo en un centro infantil en Klenica, Polonia. En aquel momento, Luc estaba tratando de establecer colaboración con otra institución, de la que propusimos ser los pioneros. A partir de aquí empezaba un viaje de tres semanas con destino Jasz kotle, un pueblecito situado a 10 km de Wroclaw, al suroeste de Polonia.

En el aeropuerto nos esperaban dos de las hermanas que forman parte de la congregación María Inmaculada, que se encargan de proporcionar un hogar a los niños de Jasz kotle. Desde ese primer momento se estableció entre nosotros una relación especial, de afectividad y cariño, y días más tarde pudimos comprobar que ése era el ambiente que se respira allí.

No sólo las hermanas se encargan del cuidado de los niños, muchos de ellos abandonados, sino que el centro cuenta con un equipo de profesionales de educación y rehabilitación para el tratamiento de las discapacidades físicas y psíquicas que presentan.

Durante nuestra estancia allí conocimos métodos muy novedosos para nosotros, que consideramos que pueden ser herramientas de trabajo muy útiles en la Terapia Ocupacional pediátrica. Este enriquecimiento profesional no es del todo posible si no va acompañado del crecimiento personal que supone conocer una cultura, compartir otras costumbres y tener la oportunidad de conocer otra sociedad.

Pensamos que para comprender la globalidad de esta iniciativa es necesario conocer el contexto que determina porqué y cómo se desarrolla este proyecto.

CONTEXTO SOCIAL

Polonia es un país de 312.680 km², situado al este de Europa con una población de alrededor de 40 millones de habitantes. Un 95% de la población pertenecen a la religión católico-romana, de los cuales más de la mitad son practicantes. Su capital se establece en Varsovia, siendo esta ciudad la sede política y económica del país.

En el quinquenio 2000-2004, Polonia solucionó en parte sus principales problemas macroeconómicos -déficit elevado y una inflación muy fluctuante-, lo que le permitió ingresar en la Unión Europea en mayo del 2004.

¹ Anónimo. La guía del routard: Trotamundos Polonia. Mallorca, Salvat Editores S.A., 2005.

Hoy, Polonia es un país libre y democrático. La historia de esta libertad tiene apenas 15 años, por lo que es fácil entender que todavía hay mucho que hacer en todos los sectores de la vida: hay un 20% de desempleo, la enseñanza pública no está en buenas condiciones, igual que el sistema de salud pública. Por ejemplo, Polonia tiene una media de un médico por 455 personas y 700 hospitales generales, lo que proporciona una cama por cada 179 habitantes.

Dentro de este marco social y cultural, abordaremos el tema del **abandono infantil**. Trataremos de exponer las principales causas de esta situación llevando a cabo un breve análisis de la sociedad polaca.

Hoy en día el 47% de los polacos están en contra del **aborto**, prohibido en 1993, a pesar de que la madre tenga dificultades económicas. Dato significativo teniendo en cuenta que más del 13% de la población vive por debajo del umbral de pobreza. Además, el aborto es considerado uno de los crímenes supremos en la política y la prensa polaca, lo que se debe, entre otras causas, a la gran influencia que la **religión** ejerce sobre la sociedad polaca. En la actualidad el catolicismo es considerado como una ideología más que una religión.

Otro problema muy presente en esta sociedad es el abuso del **alcohol**, que provoca cada año unos 30.000 fallecimientos, siendo la causa principal de muerte de la cuarta parte de las personas en edades comprendidas entre los 15 y los 29 años.

En muchas ocasiones el alcohol conlleva también una fuerte desestructuración familiar. Son lo que conocemos como “familias patológicas”. En este caso es frecuente que se den dos situaciones: por un lado que las familias opten por abandonar a su bebé, o por el contrario, que sea el Estado quien decida que la familia no puede hacerse cargo del niño.

No podemos olvidar que la decisión de abandonar a su propio hijo está fuertemente relacionada con las secuelas físicas y psíquicas que el abuso del alcohol y otros tóxicos pueden producir en el feto.

Cuando una mujer embarazada bebe, el alcohol pasa rápidamente desde la placenta hasta el feto. En el cuerpo inmaduro de un feto, el alcohol se descompone de forma más lenta que en el cuerpo de un adulto. La permanencia de los niveles de alcohol en sangre puede ser superior en el feto que en el adulto y puede generar problemas de por vida. El síndrome del alcohol fetal (FAS) es una de las causas más comunes de retraso mental. Los bebés con FAS son significativamente más pequeños al nacer y no se suelen desarrollar por completo a medida que crecen.

El alcohol y otras drogas pueden hacer que el bebé nazca más pequeño o antes de tiempo, que presente síntomas de dependencia, defectos congénitos, problemas de aprendizaje o conducta, retraso mental, mala coordinación y poca capacidad de concentración.

Hoy en día el 20% de la población está **desempleada**. Lo que hay que preguntarse es: ¿Es el alcohol la causa de que exista esta tasa de paro? o por el

contrario, ¿Es esta situación social de desempleo la que lleva a la gente a buscar amparo en el alcohol?

¿CÓMO NACE EL PROYECTO?: PROYECTO INTERNACIONAL CONTRA LA INJUSTICIA OCUPACIONAL

En Septiembre de 2003 Luc Vercruyssen, Terapeuta Ocupacional belga, conoció a un grupo de estudiantes de Polonia que estaban haciendo un trabajo de voluntariado en una institución de su país. Fueron ellos quienes le informaron sobre Klenica, un centro situado en Polonia, donde se acogía a niños con multitud de discapacidades severas que habían sido abandonados por sus padres. La situación parecía ser bastante precaria e inmediatamente Luc intentó ponerse en contacto con el director de la institución, ya que consideró que podía ser un buen proyecto para los estudiantes.

Durante el Congreso Europeo de Terapia Ocupacional en Atenas en Septiembre de 2004, Luc presentó el proyecto a los creadores de **Terapia Ocupacional sin fronteras**, Salvador Simó, Frank Kronenberg y Nick Pollard. Ellos estaban de acuerdo en que podría ser un proyecto bajo la bandera de TO sin Fronteras porque se trataba de una situación de “privación ocupacional” e “injusticia ocupacional”.

“Terapia Ocupacional sin Fronteras pretende potenciar el diálogo y la comunicación (multilaterales) entre los Terapeutas Ocupacionales y otros profesionales de los países desarrollados y en desarrollo [...]. También se refiere a eliminar las fronteras que nos separan de las personas y poblaciones con las que pretendemos trabajar, supervivientes, de las cuales tenemos tanto que aprender”.²

Tras las experiencias personales vividas por Salvador Simó Algado, trabajando con personas que nuestra profesión parecía haber olvidado, como supervivientes de la guerra, prisioneros, inmigrantes, prostitutas y personas con VIH, se creó en 1997 la “Asociación Delfín”. Durante una de sus conferencias en Bélgica conoció a Frank Kronenberg, a quien le invitó a formar parte de la Asociación Delfín. Juntos, en el 2002 decidieron renombrar esta asociación como “ESPÍRITU de SUPERVIVIENTES: Terapeutas Ocupacionales sin Fronteras”. En Enero del 2003 Nick Pollard se unió a ellos, compartiendo similares experiencias y esperanzas.

Esta asociación cree en la práctica “centrada en las personas” con la determinación de no imponerles fronteras, motivándolas a hacer frente a los límites que se les han impuesto por su condición de personas con discapacidad. Al mismo tiempo que hace hincapié en el *apartheid* ocupacional, el cual se refiere a la separación de los que tienen acceso a ocupaciones significativas y útiles, y aquellos que están privados de tales ocupaciones, o están limitadas en su vida diaria.

² Kronenberg, F. Simó Algado, S. Pollard, N. Terapia Ocupacional sin Fronteras- Aprendiendo del espíritu de supervivientes. Barcelona, Editorial Médica Panamericana, 2006.

Durante el año académico de 2004-2005 y tras varias visitas y largas conversaciones entre Luc Vercruysse y los responsables de Klenica, todo estuvo listo para mandar a los primeros equipos multidisciplinares de estudiantes compuestos por terapeutas ocupacionales y enfermeras de Bélgica, Finlandia y España. De esta manera se convirtió en un proyecto internacional e interdisciplinar.

Ante el éxito obtenido en Klenica, al año siguiente se intentó buscar otro centro para establecer colaboración. Esta vez se trataba de Jaskotle, donde había un centro de características similares situado en Wroclaw (Polonia), que cuenta con mayores espacios y mejores técnicas y recursos terapéuticos.

Nosotros fuimos el primer grupo que tuvo la oportunidad de visitar este nuevo centro durante el pasado mes de octubre. El grupo lo formamos cuatro terapeutas ocupacionales y dos profesores de Educación Física, que actualmente estamos estudiando Fisioterapia.

El objetivo de este proyecto consiste en proporcionar a los estudiantes y profesionales nuevas experiencias, tanto en el campo personal, como profesional. Por otro lado, también pretende ser una ayuda económica para el centro, a través de las aportaciones que cada persona realiza por alojamiento y dietas.

DESCRIPCIÓN DEL CENTRO: Jaskotle

Jaskotle es un centro donde viven y estudian niños con diferentes discapacidades, muchos de ellos abandonados por sus padres.

Las hermanas de la comunidad M^a Inmaculada se encargan del cuidado y bienestar de unos 60 niños, formando un hogar donde los niños tienen asegurado una vivienda confortable, una educación y una rehabilitación hasta los dieciséis o dieciocho años. Al llegar a la mayoría de edad tienen cuatro posibilidades: volver con sus familias, acudir a un centro de día, entrar en un taller ocupacional o continuar sus estudios en otro centro de educación especial secundaria.



Imagen 1: Orfanato Juan Pablo II (Jaszkotle)

El centro cuenta con 33 profesionales (fisioterapeutas, trabajadora social, logopeda, pedagogos y terapeutas rehabilitadores) gracias a las aportaciones económicas de los fondos Europeos del Desarrollo Regional y el ayuntamiento de Wroclaw. Además estos fondos permiten un edificio adaptado a las necesidades de los niños con salas equipadas para la rehabilitación, jardín, patio de recreo y salas de juego donde los niños no solo pueden jugar, sino aprender jugando.

El centro ofrece grandes posibilidades a unos niños que no tuvieron mucha suerte al nacer.

MÉTODOS TERAPEÚTICOS

Para la selección de los métodos terapéuticos más adecuados desde el punto de vista de la Terapia Ocupacional pediátrica, la evaluación del niño será el primer paso y uno de los más importantes, ya que marcará la pauta de tratamiento.

La evaluación y la intervención de Terapia Ocupacional serán más efectivas si utilizamos en una primera fase el **razonamiento narrativo**, ya que la comprensión de la historia de vida del niño (prioridades, preocupaciones, necesidades, estilo de vida, antecedentes médicos...) nos ayudarán a centrarnos en lo que es más importante para él, relacionado con sus ocupaciones y actividades significativas. Con esta información podremos desarrollar un **perfil ocupacional** (habituación, volición y actuación ocupacional) del niño. Desarrollar este perfil supone en un primer momento identificar

y, posteriormente, evaluar las habilidades que los niños necesitan para desempeñar las actividades de la vida diaria que ellos valoran y que dan sentido a sus vidas.

En una segunda etapa realizaremos lo que se llama “**análisis del desempeño ocupacional**”, que supone examinar las habilidades de los niños (habilidades motoras, de procesamiento o interacción básicas). Este examen, junto a instrumentos de evaluación que miden la demanda de la actividad y los factores ambientales, nos ayudarán a identificar porqué el niño presenta dificultad.

Una de las funciones más importantes de la TO en pediatría es la identificación y eliminación de barreras que impiden al niño realizar sus ocupaciones³.

El proceso de evaluación de TO en pediatría es único debido a que los familiares del niño, sobre todo los cuidadores, son tan importantes, o más, para el proceso de evaluación como el niño. En nuestro caso, esto dificultó la recogida de datos y el desarrollo del perfil ocupacional porque todos ellos eran huérfanos y no existía apenas información de la época previa a su institucionalización.

La mañana en el centro de Jaszoktle se iniciaba con el **Morning Circle**(*ver imagen 2*), una técnica de estimulación sensorial y orientación temporo-espacial creada por Jack Kielin, que incorpora elementos de las estaciones del año del método desarrollado por Maria Grzegorzewska⁴. Comenzaba al encenderse una vela mientras los niños se daban los buenos días cantando una canción. Se utilizaban diferentes elementos de la naturaleza relacionados con la estación del año en que nos encontrábamos: lluvia (pulverizador de agua), hojas secas, frutas, viento (ventilador), así como colores representativos de dicha estación como amarillo y marrón para el otoño. Los niños sabían que se había acabado la sesión cuando apagaban la vela. A partir de aquí cada niño iniciaba su tratamiento individualizado en función a sus necesidades.

³Mulligan S. Terapia Ocupacional en pediatría proceso de evaluación. Madrid, Editorial Médica Panamericana, 2006.

⁴ Para más información: www.aps.edu.pl/index.php?md=206
www.psp2.kluczbork.pl/rewalidacja/rewalidacja.html



Imagen 2: Sesión de “Morning Circle”

A continuación, expondremos algunos de los **métodos terapéuticos** utilizados en el orfanato que tuvimos la oportunidad de conocer durante nuestra estancia en Polonia.

Masaje Shantala

Es una **técnica de masaje** para niños y bebés utilizada desde hace miles de años en la India, que aprovecha la tendencia natural que tienen las madres de acariciar a sus bebés. Frédéric Leboyer, obstetra francés, difundió esta técnica en Occidente a raíz de observar como una joven madre hindú acariciaba a su bebé. Bautizó la secuencia de movimientos con el nombre de aquella mujer: *Shantala*.

A través de estos masajes se mejora el estado general del niño, beneficiando a los sistemas respiratorio, digestivo y circulatorio, ayudando así a un desarrollo integral. Los investigadores han confirmado que es una forma muy positiva de estimular el sistema nervioso, de especial interés en los niños prematuros y de bajo peso, así como niños con necesidades especiales. Hay que destacar la interacción terapeuta-niño y los lazos afectivos que se establecen. Hecho muy importante en el caso de un orfanato, donde los niños sufren una privación afectiva desde el momento de su institucionalización.

Se puede comenzar a masajear al bebé a partir del primer mes de vida durante 10-15 min, pudiendo utilizar aceite de masaje para hidratar su piel. Es conveniente que el niño esté desnudo durante la sesión y observar si este se encuentra cómodo. Nosotros tuvimos la oportunidad de poner en práctica este masaje con los niños más pequeños.

Los terapeutas iban nombrando las partes del cuerpo mientras nosotros imitábamos sus movimientos acariciando y masajeando al bebé, en el siguiente orden: pecho, brazos, manos, vientre, piernas, pies, espalda y cara. Las maniobras se realizan siempre en sentido centrífugo. Utilizaremos nuestras palmas de las manos para masajear los brazos y piernas del bebé, a la vez que imprimimos un movimiento entrecruzando nuestras manos. Usaremos nuestros antebrazos para masajear su vientre y espalda.



Cristina de Diego Alonso. Diplomada en Terapia Ocupacional y Fisioterapia. crdeal_66@hotmail.com
Patricia Jovellar Isiegas. Diplomada en Terapia Ocupacional y Fisioterapia. jovejita@hotmail.com
Míriam Arregui López. Diplomada en Terapia Ocupacional y Fisioterapia. miriarregui@hotmail.com
Virginia Royo Quintana. Diplomada en Terapia Ocupacional. viroquin@hotmail.com

Imagen 3: Sesión de masaje Shantala

Método Sherborne

Verónica Sherborne se implicó en la enseñanza del movimiento en niños con necesidades especiales y con severas dificultades de aprendizaje. Durante más de 30 años aplicó las teorías de Laban Ullman, basadas en la filosofía del movimiento humano. Ahora este método se ha extendido a gente de todas las edades y con todo tipo de necesidades especiales.

Este método afirma que las experiencias de movimiento son fundamentales para el desarrollo físico de todos los seres humanos, y da gran importancia a las relaciones positivas interpersonales que se establecen a través de las experiencias compartidas.

Hay dos objetivos básicos: Por una parte, adquirir la **autoconciencia**, a través de las experiencias de movimiento que ayudan a la persona a concentrarse en sí mismo para ser consciente de lo que sucede en su cuerpo. Por otra parte, adquirir la **conciencia de los otros**, es decir, aprender a moverse en su entorno e interactuar con el resto, lo que te anima a construir relaciones positivas. En este sentido Sherborne llega a la conclusión de que los niños tienen dos necesidades elementales. Por un lado, necesitan sentirse cómodos con su propio cuerpo para conseguir control y por otro lado, ser capaces de establecer relaciones.

En relación a la toma de conciencia del propio cuerpo otro autor, **Knilla**, trabaja este aspecto a través del uso de la música. Consiste en la utilización de una grabación de audio donde se van enumerando las diferentes partes del cuerpo, con el objetivo de que el niño las vaya golpeando manteniendo el ritmo de la música, trabajando así el esquema corporal.

Comenzaremos guiando los movimientos con la finalidad de que más adelante el niño sea capaz de hacerlos por sí solo. Algunos de los movimientos que se proponen son: abrir y cerrar manos, golpear con las manos sobre las rodillas, muslos, pecho y cara, dar palmadas o golpear los pies entre sí.

Nosotros tuvimos la oportunidad de poner en práctica el método Sherborne con un grupo de niños. Lo que más llamó nuestra atención fue cómo a través del contacto corporal y visual se transmitían emociones y sensaciones, como el latido de tu corazón.

Imagen 4: Sesión sherborne: Golpear partes del cuerpo

Método Dennison

Paul Dennison y su mujer Gail, crearon una serie de ejercicios basados en movimientos corporales destinados a potenciar y **crear conexiones neuronales y estimular los dos hemisferios cerebrales**, además de equilibrar y evitar bloqueos de las tres dimensiones del cerebro: *el reptiliano*, *el sistema límbico*, y *el neocortex* (Teoría del “Triuno” de Paul McLean).

Cristina de Diego Alonso. Diplomada en Terapia Ocupacional y Fisioterapia. crdeal_66@hotmail.com

Patricia Jovellar Isiegas. Diplomada en Terapia Ocupacional y Fisioterapia. jovejita@hotmail.com

Miriam Arregui López. Diplomada en Terapia Ocupacional y Fisioterapia. miriarregui@hotmail.com

Virginia Royo Quintana. Diplomada en Terapia Ocupacional. viroquin@hotmail.com

Se trabaja realizando ejercicios llamados “*Brain Gym*” o gimnasia cerebral, que consiste en movimientos que estimulan el funcionamiento de ambos hemisferios cerebrales integrando las diferentes partes del cuerpo, tales como cruzar los dedos, utilizar la mano no dominante para realizar una actividad, movimientos de las extremidades en diagonal...etc. Este método parte del principio básico de que cuerpo y mente son un todo inseparable y de que no hay aprendizaje sin movimiento.

La gimnasia cerebral es beneficiosa en problemas de atención y concentración, dislexia e hiperactividad.

En Jazskotle pudimos observar cómo adaptaban este método para los niños del centro. Se recomienda realizarlo por la mañana para que el cerebro pueda estar listo y reaccionar a lo largo del día. Se planteaban en grupo de forma que fuesen divertidos, por ejemplo, imitando animales o gesticulando una canción. Esto se llevaba a cabo en una sala de psicomotricidad que disponía de gran variedad de material y que ayudaba a que los niños cooperaran. Además de los ejercicios en sí, trabajaban intercalando periodos de relajación para aumentar la concentración y atención de los niños, utilizando, por ejemplo, música tranquila o simplemente tumbarse en el suelo. Algunos de los ejercicios estaban relacionados con la estación del año en la que nos encontrábamos, favoreciendo así la estimulación multisensorial y la orientación temporo-espacial.

Método Bobath

El método Bobath, diseñado en Londres por el psiquiatra Karel Bobath y su mujer la fisioterapeuta Berta Bobath alrededor de los años treinta, tiene como objetivo primordial devolver la **movilidad normal** a niños o adultos con lesiones neurológicas⁵.

Los niños que nacen con parálisis cerebral, nunca han tenido la experiencia de un movimiento normal y muestran un desarrollo motor muy incompleto. El niño tratará entonces de funcionar como un conjunto inadecuado de patrones motores, compensando con las partes de su cuerpo.

El concepto Bobath utiliza patrones inhibitorios de reflejos dinámicos y técnicas especiales de manejo del paciente, que hacen disminuir el tono en distintas posiciones que se corresponden con el desarrollo motor normal del niño: primero se trabaja el control de la cabeza, el volteo, la sedestación, la cuadrupedia, de rodillas, semiarrodillado, la bipedestación y la marcha.

El concepto afirma que las reacciones de enderezamiento, equilibrio y soporte, son la base y la condición necesaria para la capacidad creciente de un niño normal de moverse contra la fuerza de la gravedad. Entendiendo por movimiento normal aquel que es dirigido a un objetivo, económico, adaptado, automático, voluntario y automatizado. Una postura y un movimiento normales requieren, por tanto, de una adaptación constante del tono postural.

⁵ Bobath B, Bobath K. Desarrollo Motor en diferentes tipos de Parálisis Cerebral. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 1994.

Esto implica por parte del terapeuta un control total sobre el cuerpo del niño, que progresivamente irá quitando sus manos para darle la oportunidad de controlar por sí mismo su movimiento y equilibrio.

Bobath reconoce también la necesidad de trabajar hacia el paso de actividades funcionales, siendo muy útil utilizar simultáneamente con éste método, otros de aprendizaje conductual como **Petö**, que favorece la reorganización neuronal, gracias a la participación activa de los pacientes, integrando los aprendizajes adquiridos en las actividades de la vida diaria.

En Jazskotle, observamos como utilizaban este método con una niña de cuatro años de edad con un claro problema de desarrollo. La terapeuta que le atendía trabajaba de manera prioritaria reacciones de enderezamiento y equilibrio utilizando cilindros sobre los que colocaba a la niña. Para una participación más activa de la protagonista, se le mostraban juguetes que atraían su atención. La terapeuta se encargaba de controlar su postura a través la alineación de los puntos clave de Bobath, soltándola de vez en cuando para que la niña tuviese mayor control postural.

Pudimos observar finalmente cómo la niña intentaba mantener la posición indicada por el terapeuta quedando impresionados de la eficacia de éste método.

Sistema de comunicación alternativa: Bliss

El sistema de Bliss es un sistema logográfico creado por Karl Blitz (Charles Bliss)⁶.

En principio Bliss, buscaba crear un lenguaje universal para la comunicación entre personas con diferentes idiomas. Posteriormente, se descubrió su gran utilidad en personas con discapacidad en el habla, como es el caso de la Parálisis Cerebral Infantil, para permitir la comunicación con el medio que les rodea. Hay que tener en cuenta que este sistema requiere un cierto nivel cognitivo dado que utiliza símbolos abstractos.

Bliss dispone de una clasificación de símbolos: pictográficos, arbitrarios, ideográficos y compuestos. El significado de los símbolos puede cambiar dependiendo del tamaño, la orientación, la dirección, números, símbolos combinados... así, a diferencia de otros sistemas de comunicación, Bliss permite desarrollar frases sencillas, es decir, un lenguaje. Desde el punto de vista de la Terapia Ocupacional, este sistema es una herramienta eficaz a la hora de plantear un tratamiento en que el niño pueda expresar sus motivaciones, emociones, deseos y objetivos, en definitiva, comunicarse.

El primer paso es seleccionar el vocabulario en función de los intereses y necesidades del niño. Posteriormente, le presentaremos los símbolos de este vocabulario, los cuales se asocian a las imágenes que representan. Una vez que sea capaz de reconocer estos símbolos y discriminarlos de otros, entrarán a formar parte de su sistema de comunicación. El niño elaborará un bloc con los símbolos que colocará en

⁶ Para más información: <http://www.isaac-online.org>
<http://www.espacio logopedico.com>

el orden que él elija. Puede utilizar cartulinas de diferentes colores para facilitar su agrupación por campos semánticos.



Imagen 5: Niño usando Sistema de comunicación Bliss

Es importante que el niño vaya siempre acompañado de su bloc para darle la oportunidad de comunicarse, así como que las personas que le rodean conozcan este **sistema de comunicación alternativa**.

Terapia asistida por animales

La introducción de animales de compañía en niños abandonados puede ayudar a **compensar déficits afectivos estructurales, tanto de personalidad como de habilidades y responsabilidades**. Cuando se establece una relación niño-perro, el niño es capaz de conocer realmente al perro como un amigo.

En 1989, Kidd y Kidd demostraban que la posesión de un perro durante la infancia era una influencia extremadamente importante para la consecución de una conducta adulta favorable y para lograr un desarrollo social óptimo⁷.

Cuando el niño se halla ante un ser vivo, éste capta su atención e interés. El aprendizaje se basa entonces en la realidad y el niño vive experiencias emocionalmente

⁷ Boris M, Levison Ph D. Psicoterapia infantil asistida por animales. Barcelona, Fondo Editorial, Fundación Purina, 1995.

satisfactorias que aumentan su motivación por aprender, experimentar y explorar, llegando gradualmente a modificar su comportamiento.



Imagen 6: Niño experimentando sensación de movimiento.

En función de la situación específica de cada niño con el que nos planteemos realizar este tipo de terapia, podemos obtener una serie de beneficios como⁸:

- Mejorar las Actividades de la Vida Diaria (es una descentración de estas actividades a través del perro, para que posteriormente el niño llegue a adquirir las habilidades necesarias para realizarlas).
- Adquirir hábitos desarrollando el rol de cuidador (higiene y alimentación del perro); el niño aprende de manera progresiva el sentido de responsabilidad sobre un ser vivo.
- Desarrollar la conciencia corporal (somatognosia) trabajando las partes del cuerpo en el perro y después en el niño.
- Mejorar el tonus muscular con actividades de cepillado, sacarlo a pasear o lanzarle una pelota.
- Disminuir la espasticidad a través de la relajación muscular que produce el contacto directo con un animal (escuchar la respiración, tumbarse encima y sentir el latido del corazón) lo que disminuye el estado de ansiedad.
- Generar sensación de movimiento en niños que carecen de marcha mediante paseos en trineo tirado por el perro.
- Favorecer la comunicación verbal imitando el ladrido del perro o dándole órdenes.

⁸ Comunicaciones V, Congreso Internacional. Animales de compañía, fuente de salud. Barcelona, Fondo Editorial, Fundación Purina, 2004

- Promover interacciones sociales a través del trabajo en grupo.

Todas estas actividades intentan, desde un primer momento, instaurar de forma indirecta un estado de responsabilidad hacia otro y su cuidado, bajo la hipótesis de que esto generalizará un cambio cognitivo-conductual, instaurando y recuperando habilidades perdidas que facilitan el contacto social, recuperando las conductas de autocuidado e higiene e incrementando su capacidad de comunicación social. Se trata de colocar al niño en una posición en la que él es quien proporciona ayuda en lugar de recibirla.

SNOEZELLEN: Estimulación Multisensorial

El concepto Snoezelen nace en Holanda ante la preocupación de los profesionales de los institutos holandeses de Haarendael, Hartenberg y Piussoord de proporcionar ocio de calidad a los usuarios con los que trabajan. Snoezelen se compone de dos palabras holandesas: “husmear y calma”. Se trata de **experiencias sensoriales** agradables para estimular los sentidos primarios (tacto, oído, vista, olfato y gusto), el sentido vestibular y la propiocepción, sin necesidad de que haya una actividad intelectual dentro de un entorno seguro y controlado. Consiste en “un despertar de los sentidos a través de la propia experiencia sensorial”. Snoezelen se puede usar en el campo del retraso mental en niños y adultos, cuidados en demencia y salud mental.

Los fines generales que mueven la creación de una sala Snoezelen son⁹:

- La estimulación de los sentidos primarios.
- Proporcionar oportunidades de elección de los diferentes estímulos con fines tanto lúdicos como terapéuticos.
- Desarrollo de relaciones que ayudan a promover la comunicación, compartir experiencias, reducir el estrés y construir sentimientos de valoración personal.
- Ocio y disfrute personal en un ambiente sin restricciones.

Una sala básica puede tener los siguientes componentes: tubos de burbujas, proyectores, paredes de color adecuado, piscinas de bolas, fibra óptica, difusor de aroma, música, elementos con sensación táctil (diferentes texturas y tejidos), cojines, cama de agua, mangueras fluorescentes o tubos de neón.

La sala que visitamos en Polonia estaba ambientada en el mundo submarino. Se eligió esta temática porque los niños del orfanato probablemente nunca iban a tener la oportunidad de encontrarse en este ambiente que induce a la relajación.

⁹ <http://www.cecapiroin.com>



Imagen 7 y 8: Sala Snoezelen: Estimulación Multisensorial

Cristina de Diego Alonso. Diplomada en Terapia Ocupacional y Fisioterapia. crdeal_66@hotmail.com
Patricia Jovellar Isiegas. Diplomada en Terapia Ocupacional y Fisioterapia. jovejita@hotmail.com
Miriam Arregui López. Diplomada en Terapia Ocupacional y Fisioterapia. miriarregui@hotmail.com
Virginia Royo Quintana. Diplomada en Terapia Ocupacional. viroquin@hotmail.com

Según el tipo de sala que se diseñe podemos crear un entorno **pasivo**, en el que el usuario se sumerge en una atmósfera de seguridad y calma, o un entorno **activo**, basado en la interacción del usuario con el entorno (relación causa-efecto). En función a las necesidades de la persona de relajación o de estimulación, iremos introduciendo los estímulos poco a poco o bien dejaremos que sea ella misma quién los vaya descubriendo.

En Jazzkotle se llevaban a cabo diferentes sesiones, una de ellas consistía en una terapia grupal con niños del orfanato y adolescentes procedentes del reformatorio de Sadowice. A cada adolescente se le asignaba un niño al que debía cuidar y del que debía hacerse cargo a lo largo de la sesión. Cuanto más agresivo era el adolescente, más pequeño y débil era el niño que se le asignaba. El adolescente guiaba al niño para que este fuera descubriendo los diferentes estímulos. La finalidad era el desarrollo y expresión de emociones y sentimientos positivos, la empatía y la comunicación no verbal. Diversos estudios avalan que este tipo de técnicas fomentan la modificación de conductas en adolescentes problemáticos.

CONCLUSIONES

Nuestra experiencia en Polonia fue inolvidable tanto a nivel personal como profesional. Tuvimos la oportunidad de conocer diferentes métodos de trabajo y sus formas de aplicación. El contacto con profesionales de otro país fue muy enriquecedor y a pesar de las barreras de comunicación, pudimos intercambiar y compartir conocimientos terapéuticos.

Como acabamos de mencionar, tuvimos dificultades con el lenguaje, pero al mismo tiempo estas limitaciones nos permitieron desarrollar otras habilidades de comunicación como son: la expresión corporal, la afectividad y el contacto visual y físico. Muchas veces pensamos que los niños con problemas en el desarrollo son incapaces de comunicarse por no poder verbalizar sus deseos y necesidades, pero existen otras maneras de comunicación más basales: emocionales. Nosotros nos encontrábamos en la misma situación, no podíamos hacer uso del lenguaje para comunicarnos. En nuestro caso creemos que esto fue positivo para la relación que establecimos con los niños porque nos encontrábamos al mismo nivel.

La comunicación sea de la forma que sea, es un elemento importante en la rehabilitación de los niños, así como el conjunto de profesionales que les proporcionan una rehabilitación integral. A pesar del personal que trabaja en Jazzkotle, para que estos niños desarrollen todas sus capacidades, sería necesaria una estimulación más continua y duradera. De ahí la importancia de la iniciativa de este proyecto y su continuidad en el tiempo, para que los niños se beneficien del elemento motivador y estimulante que nuestra presencia puede generar.

Por último, nos gustaría animar a todos los terapeutas ocupacionales y al resto de profesionales a participar en este tipo de proyectos. Creemos en la lucha contra la injusticia y privación ocupacional, tanto a nivel personal como colectiva. Y creemos en la Ocupación como algo existencial en la vida del Ser Humano. Por todas estas razones

y muchas otras que podréis descubrir allí, os invitamos a visitar Jazskotle, a visitar Polonia.



Imagen 9: Foto del grupo de españoles en Polonia junto a algunos niños del centro.

AGRADECIMIENTOS

A Luc Vercruysse, por brindarnos la oportunidad de formar parte del proyecto de Jazskotle.

A todos los miembros del Centro de Jazskotle, por su amabilidad y dedicación, así como por transmitirnos conocimientos culturales y profesionales.

A Jose y Mikel, por compartir esta experiencia inolvidable con nosotras.

Y como no, a los niños de Jazskotle, por alumbrarnos con sus sonrisas cada día.

PARA MÁS INFORMACIÓN

DIRECCIÓN DEL CENTRO

Zakład Opiekunczo-Leczniczy dla Dzieci im. Jan Pawła II
Prowadzony przez zgromadzenie siostr maryi Niepokalanej
Jazskotle 21

Cristina de Diego Alonso. Diplomada en Terapia Ocupacional y Fisioterapia. crdeal_66@hotmail.com
Patricia Jovellar Isiegas. Diplomada en Terapia Ocupacional y Fisioterapia. jovejita@hotmail.com
Miriam Arregui López. Diplomada en Terapia Ocupacional y Fisioterapia. miriarregui@hotmail.com
Virginia Royo Quintana. Diplomada en Terapia Ocupacional. viroquin@hotmail.com

55-080 Katy Wroclawskie

Polonia

www.zol-jaskotle.pl

E-mail: dyrekcja@zol-jaskotle.pl

PERSONA DE REFERENCIA DEL PROYECTO DE JASKOTLE

Luc Vercruysse luc.vercruysse@scarlet.be

BIBLIOGRAFIA

1. Anónimo. La guía del routard: Trotamundos Polonia. Mallorca, Salvat Editores S.A., 2005.
2. Kronenberg F, Simó Algado S, Pollard N. Terapia Ocupacional sin Fronteras: Aprendiendo del espíritu de supervivientes. Barcelona, Editorial Médica Panamericana, 2006.
3. Mulligan S. Terapia Ocupacional en pediatría: proceso de evaluación. Madrid, Editorial Médica Panamericana, 2006.
4. Bobath B, Bobath K. Desarrollo Motor en diferentes tipos de Parálisis Cerebral. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 1994.
5. Bobath B. Experiencias con el concepto Bobath: Fundamentos, tratamiento, casos. Madrid, Editorial Médica Panamericana, 2000.
6. Boris M, Levison Ph D. Psicoterapia infantil asistida por animales. Barcelona, Fondo Editorial, Fundación Purina, 1995.
7. Comunicaciones V, Congreso Internacional. Animales de compañía, fuente de salud. Barcelona, Fondo Editorial, Fundación Purina, 2004.
8. Martínez J, del Toro A. “Nuevos horizontes en estimulación sensorial, snoezelen: un mundo sensorial”. El portal en español de Terapia Ocupacional. Enero 2004.

Páginas Web

- <http://es.wikipedia.org/wiki/Polonia>
- http://www.polonia-es.com/index.php?option=com_content&task=view&id=2383&Itemid=0
- <http://www.uisg.org/Spanish/news/calnnoticias-JOLANTA.html>
- http://www.sos-childrensvillages.org/cgi-bin/sos/jsp/wherewehelp.do?nav=2.3&referer=www.google.es&site=ZZ&lang=es&ct=23930&hNav=show&BV_SessionID=@@ @ @0204356461.1168450199 @ @ @ @ &BV_EngineID=ccc faddjjldmelkcfngcfkmdhkhdffj.0
- <http://www.conocimientosweb.net/portal/article-print-735.html>
- <http://www.dormirsinllorar.com/masaje.htm>
- <http://www.ananda.cl/shantala.html>
- <http://www.eutres.com/cursos/MasajesParaBebes.htm>
- www.sherbornemovement.org

- www.itiee.org/terapias_complementarias/gimnasia_cerebral_brain_gym.asp
79k.
- <http://www.conocimientosweb.net/portal/article-print-735.html>