

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, magister en salud pública..

Como citar este artículo en sucesivas ocasiones:

De Crits D. Creation d'un service "Conseil handicap" 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 congolese 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 congolese, 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 congolese.

Objetivos de este eje:

§ 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 integrarse 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?

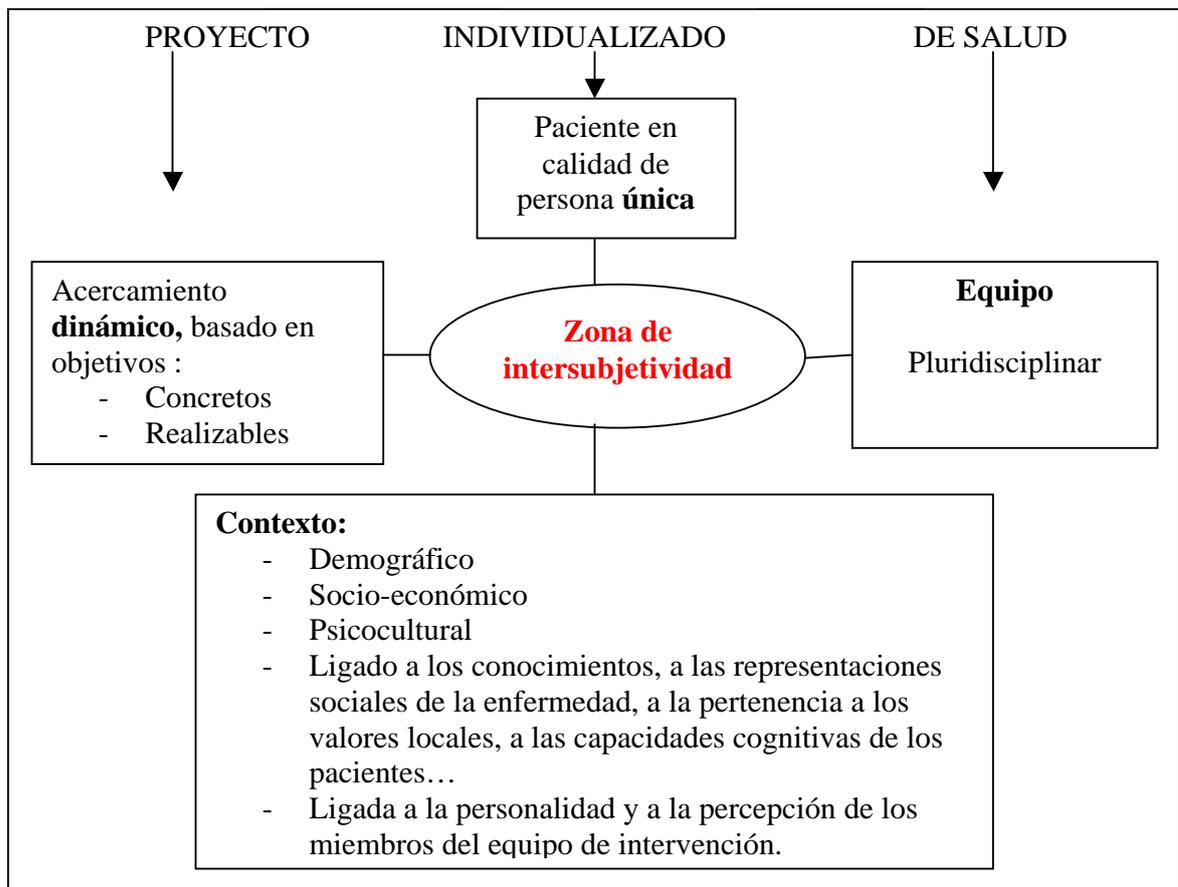


Tabla 1 : Acercamiento multifuncional y multidimensional. Fuente : Elaboración propia.

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 un 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.