



TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

TEMA

**“PROYECTO DE DESARROLLO DE HABILIDADES SOCIALES Y DE AUTONOMÍA PERSONAL EN SUJETOS CON RETRASO MENTAL LEVE Y MODERADO”
- COMPLEJO ASISTENCIAL REGIONAL BELL VILLE-**

**Abatedaga, María Elisa PSI501
Carrera: Psicología
Año: 2009**

Índice

CAPITULO I: Presentación

Introducción.....	4
Fundamentación y análisis de antecedentes.....	5
Objetivos.....	9

CAPITULO II: Marco Teórico

Apartado I

1. Enfoques sobre Retraso Mental	
1.1 Retraso mental en el marco de la discapacidad.....	11
1.2 Evolución de los Enfoques sobre Retraso Mental.....	13
1.3 Distintas Definiciones usadas para el Retraso Mental.....	15
2. Etiología del retraso mental.....	17
2.1 Criterios para el Diagnóstico.....	18
2.2 Clasificación.....	19
3. Factores de Riesgo Psicológicos.....	20
3.1. Trastornos Psicológicos asociados a sujetos con RM.....	20
3.2 Problemas de Conducta mas Frecuentes.....	21
3.3 Trastornos más frecuentes.....	22

Apartado II:

2. Atención Institucional	
2.1 Evolución histórica de la atención al Retraso Mental.....	26
2.3 Alternativas de atención para la Discapacidad Intelectual.....	28
2.2.1 Salud Mental y Calidad de vida.....	30

Apartado III

3. Tratamientos en Retraso Mental.....	34
3.1 Tratamiento Médico.....	35
3.2 Tratamiento Psicológico.....	36
3.2.1 Enfoque conductual.....	37

CAPITULO III: Metodología

1. Etapa Diagnóstica	
1.1 Técnicas utilizadas para la recolección de datos.....	44

CAPITULO IV: Presentación la institución

Descripción de la institución.....	46
------------------------------------	----

CAPITULO V: Análisis De Datos

1.1 Análisis de entrevistas.....	51
1.2 Análisis de cuestionarios.....	53
1.3 Síntesis Diagnóstica.....	58

CAPITULO VI: Proyecto

1. Descripción del PAP.....	61
2. Desarrollo de las Actividades.....	64
3. Síntesis del Programa.....	91
4. Evaluación de Impacto.....	95

<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	99
---------------------------	----

<u>ANEXOS</u>	103
---------------------	-----

Capítulo I **Presentación**

INTRODUCCIÓN

Este proyecto se plantea con el fin de desarrollar el trabajo final de graduación, requisito necesario para finalizar la Licenciatura en Psicología de la Universidad Empresarial Siglo 21. La modalidad para cumplimentar con este requisito será la de un Proyecto de Aplicación Profesional.

EL trabajo surge a partir del reconocimiento de la necesidad de actividades a favor del desarrollo de las potencialidades de los internos de la Institución Complejo Asistencial Regional Bell Ville.

En el mismo se llevará a cabo un diagnóstico acerca de la realidad institucional para luego plantear estrategias de intervención orientadas a sujetos de las salas tres y cuatro correspondientes a Retraso Mental leve y moderado, con el objetivo de mejorar la calidad de vida.

En dicho trabajo se analizará la posibilidad de implementar un abordaje terapéutico, partiendo de una propuesta con enfoque conductual que oficiaran como disparadores a fin de lograr un mayor desarrollo de las habilidades de autonomía personal y habilidades sociales de los internos de las salas de Retraso Mental anteriormente nombradas.

FUNDAMENTACIÓN Y ANÁLISIS DE ANTECEDENTES

El Retraso Mental (RM) es una patología en la cual la estimulación continua y consistente puede marcar una diferencia significativa entre un individuo que participa activamente en la sociedad y otro cronificado en una institución donde ninguna de sus capacidades es desarrollada. El RM constituye un problema en diferentes áreas asistenciales: médico, educativo, psicológico, repercutiendo en cada ámbito de la misma.

Es importante destacar que este trabajo se realizará en una institución de salud mental que alberga a individuos con RM, por lo que es pertinente destacar las problemáticas que atraviesan actualmente las instituciones dedicadas a este fin y la forma en que dichas situaciones afectan el tratamiento de los individuos institucionalizados.

Hay diferentes situaciones dentro de las instituciones que suelen favorecer la cronicidad, como el aislamiento en un hospital psiquiátrico, donde las potencialidades del individuo se ven limitadas y dada la carencia de todo intercambio social. A esta situación se le suma el encubrimiento de los síntomas de los pacientes por el uso desmedido y / o exclusivo de tratamientos farmacológicos con el objetivo de “normalizar” conductas, siguiendo el modelo médico tradicional. Otra de las dificultades es la tendencia sobre los déficit, en detrimento del desarrollo de conductas adaptativas orientadas a la promoción de bienestar y una mejor calidad de vida en los individuos con RM.

Un importante antecedente a destacar, relacionado con la problemática abordada, es el trabajo realizado por Graciela Robles (2003) “La Reclusión de la Cronicidad y El Efecto de La Invalidación” en el cual la autora, realiza un esbozo de la situación actual de las instituciones psiquiátricas de la provincia de Córdoba, a partir de la experiencia cotidiana desde el interior de una de ellas. Robles señala cómo determinado tipo de prácticas provocan diversos efectos sobre el cuerpo y la vida de los sujetos, se trate tanto de pacientes como de los trabajadores a cargo de los mismos. Dentro de su análisis se pueden mencionar como puntos clave:

- Actualmente en las instituciones psiquiátricas de la provincia de Córdoba, resulta más simple normalizar conductas que transformar condiciones de existencia.
- En la práctica cotidiana de la colonia psiquiátrica, se insiste en continuar sosteniendo la diferencia entre la salud mental como una entidad distinta de la salud general.
- A las diferentes problemáticas de vida de los pacientes, se le suman la difícil realidad de las instituciones que los albergan derivadas de la política sanitaria en vigencia: las partidas presupuestarias insuficientes, la asignación de los recursos humanos y el modo irregular en que éstos acceden a los cargos públicos.
- En este contexto la intervención del “equipo técnico” está vaciada de contenido: actualmente la capacitación no es un bien valorado, los cargos se cubren con contratos precarios de tres meses, con profesionales que deben sostener dos o más trabajos para poder sobrevivir dignamente. No acceden a ellos “los más formados” sino “los más necesitados” de trabajo.
- Las estrategias de rehabilitación están en manos de autoridades políticas que garantizan, el disciplinamiento y la inactividad de los individuos recluidos no favoreciendo estrategias de rehabilitación destinadas a una posible reinserción social.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente y las importantes similitudes que se hallan entre la realidad planteada por la autora y la que se observa en la Institución Complejo Asistencial Regional Bell Ville surge la necesidad de llevar a cabo un proyecto destinado a ofrecerles a los pacientes una mejor calidad de vida, evitando que continúen en la pasividad y la reclusión social como únicas alternativas posibles.

Boluarte, Méndez y Martell (2006) realizaron un estudio con el propósito de demostrar si el Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales elaborado para jóvenes con RM leve y moderado permite mejorar las habilidades de comunicación verbal y no verbal y su capacidad de adaptación e integración social.

Los resultados hallados ponen de manifiesto que la aplicación de dicho programa en jóvenes con RM mejora sus habilidades conversacionales, sus hábitos personales (normas de cortesía, agradabilidad social, independencia personal), habilidades de planificación, habilidades de expresión y manejo de las emociones, así como su integración y socialización y su capacidad de aserción verbal. Por lo tanto, la

carencia de estimulación psicosocial genera una disminución y un deterioro funcional progresivo en la persona con retraso mental.

Por último, Verdugo (1995) señala que un déficit en habilidades sociales, muy común de observar en sujetos con RM no constituye en sí mismo una forma de psicopatología, aunque correlaciona altamente con la depresión, ansiedad, esquizofrenia y muchos otros desórdenes emocionales. Aun cuando un déficit en las habilidades sociales, no ocasione necesariamente un nuevo diagnóstico como los nombrados anteriormente es esperable que por lo menos traiga problemas en la vida diaria.

Algunas intervenciones sobre estas problemáticas institucionales se han sostenido sobre líneas teóricas que hablan de técnicas de modificación de conducta que han demostrado su eficacia en el tratamiento de déficit en habilidades sociales en la aplicación de los programas de entrenamiento. Estos incluyen: instrucción verbal-modelado- imitación- feedback- reforzamiento y generalización. Este conjunto de componentes del entrenamiento está reiteradamente avalado por diversas investigaciones.(Jackson, King y Heller, 1981; Taylor, 1984; Goldestein, 1976, en Verdugo,1995).

Otros estudios han dado importancia a la aplicación combinada de técnicas o enfoques de intervención, aplicando tanto técnicas de modificación de conducta como el uso de fármacos, priorizándola sobre la utilización de una u otra por separado. (Campbell, Anderson, Deutsch y Green 1984, en Verdugo, 1995)

Por lo tanto, la propuesta de este trabajo será promover actividades que afiancen tanto las habilidades sociales como las de autonomía personal en los sujetos que presentan RM leve y moderado, sostenidas en un enfoque teórico que permita la aplicación de estas técnicas articuladas con el soporte farmacológico brindado actualmente por la institución. Lo que se pretende es la aplicación de un nuevo abordaje interdisciplinario que se complementarían al tratamiento médico. No se podría pensar en ninguna intervención que desconozca la eficacia de los fármacos ya que regulan en muchos aspectos (tales como control de impulsos, adquisición de hábitos, manejo de la agresión) la vida de un sujeto institucionalizado.

A esto se le suma las estrategias terapéuticas que desde el rol de psicólogo va a encuadrar la aplicación de la propuesta; se espera mayor autonomía como respuesta a la aplicación de las técnicas, es decir que logren asearse, vestirse, alimentarse y adquieran

mejores habilidades en su comunicación, respetando las modalidades propias de cada sujeto. Y que una vez obtenida esta, el sujeto alcance un mayor bienestar, acompañado de mejoras en la calidad de vida, empezando en la misma institución donde residen. Si bien se aspira en la propuesta a que los sujetos adquieran conductas adaptativas cabe aclarar que no se persigue una mayor sumisión del paciente internado a la propuesta institucional, sino más bien apuntalar conductas sociales que le permitan al sujeto insertarse paulatinamente en otros espacios más abiertos comenzando en el espacio común cotidiano con sus pares.

OBJETIVO GENERAL

- Generar un proyecto de aplicación para mejorar la calidad de vida de los internos con Retraso Mental leve y moderado del Complejo Asistencial Regional Bell Ville, en lo individual como sujeto y en lo grupal como miembro de una comunidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar un diagnóstico y caracterización de la Institución Complejo Asistencial Regional Bell Ville en el área de salud mental.
- Identificar las características de la población con retraso mental.
- Analizar qué tipos de tratamiento y técnicas se utilizan en la actualidad con los pacientes con retraso mental.
- Seleccionar tipos de tratamiento y técnicas terapéuticas acorde a las potencialidades (de la institución y a las características) de los internos, con retraso mental.
- Diseñar un conjunto de estrategias y actividades para el desarrollo de habilidades en la vida personal, y en comunidad de los sujetos con Retraso Mental.

Capítulo II

Marco teórico

El marco teórico consta de tres apartados, en el primero de ellos se desarrollan los contenidos que conciernen al Retraso Mental, las distintas concepciones que ha tenido esta problemática así como su evolución histórica, se agregaran contenidos referentes al diagnóstico y clasificaciones así como también factores psicológicos que pueden presentarse en sujetos con Retraso Mental.

En un segundo momento, se analiza la evolución histórica de la atención para personas con este diagnóstico, alternativas de atención actuales, indagando sobre el concepto de calidad de vida y su influencia en los modelos de las prácticas de salud mental, finalizando con las consideración en los diferentes tratamientos haciendo hincapié en el médico y psicológico con orientación conductual profundizando en las habilidades de autonomía personal y habilidades sociales.

Apartado I: Enfoques sobre Retraso Mental

1.1 Retraso mental en el Marco de la Discapacidad

El RM se incluye dentro del fenómeno de la Discapacidad. Cabe aclarar que en nuestro país cuando se habla de discapacidad se está nominando a todo tipo de discapacitados, motrices, sensoriales, mentales, sin considerar la particularidad del origen de su discapacidad, pudiendo el mismo ser genético, congénito o accidental. A lo largo del tiempo se han utilizado distintas denominaciones para caracterizar a los sujetos con discapacidad, incluyendo aquellos con retraso mental; los distintos términos surgieron en relación a los diversos enfoques imperantes en cada momento histórico.

Entre los términos más utilizados en el campo de la discapacidad pueden mencionarse: (García Fernández y cols. 2007).

- Referidos a personas con limitaciones psíquicas: idiotas, imbéciles, morones, oligofrénicos, subnormales, débiles mentales, dificultades de aprendizaje permanentes o necesidades especiales.
- Referidos a las personas con limitaciones físicas y/o sensoriales: lisiados, tullidos, impedidos, inútiles, desválidos, mutilados, deficientes, discapacitados o incapacitados.
- Referidos al proceso de atención: beneficencia, asistencia, prevención, reeducación, readaptación, rehabilitación, habilitación, tratamiento, educación o recuperación profesional.

Si bien varios de los términos citados anteriormente en la actualidad suelen considerarse inadecuados y homologados los mismos responden a concepciones médicas, psicológicas, educativas y sociales coherentes con el momento histórico en el que surgieron.

Específicamente en el caso del término Retraso Mental, también se está asistiendo a un proceso de cambio progresivo. Si bien aún se mantiene el término de Retraso Mental, sobre todo para la identificación del tipo de diagnóstico, está siendo reemplazado por el concepto de discapacidad intelectual. Este hecho viene acompañado de un cambio de enfoque sobre el retraso mental y sobre la discapacidad en general.

La nueva Clasificación Internacional de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud, coherente con las nuevas concepciones y teorías, propone el uso del término Discapacidad Intelectual.

El sistema de clasificación propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994) en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM) (World Health Organization, 1980/1994) define tres términos, descritos a continuación:

- Deficiencia: Es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.
- Discapacidad: Toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.
- Minusvalía: Es la situación desventajosa para un individuo determinado, como consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desarrollo de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales).

A partir de las definiciones planteadas, García Fernández y cols. (2007) señalan que:

... una enfermedad se origina por un conjunto de factores generadores. Cuando la enfermedad da lugar a alguna anormalidad física o produce perturbación en el funcionamiento de algún órgano, hablamos de deficiencia. Si el sujeto ve afectado su comportamiento por la misma, se trata entonces de una discapacidad. Tanto la deficiencia como los cambios en el comportamiento de la persona, originan en el individuo una situación de desventaja social que se denomina minusvalía...

En 1959 la Asociación Americana sobre Deficiencia Mental (AAMD), expone la definición de Retraso Mental, la cual brinda las bases actuales para identificar la Discapacidad Intelectual. Esta asociación ha actualizado 10 veces, desde 1908 hasta 2002, su definición de retraso mental. Dicha asociación fundada en 1876, ha cambiado su nombre de manera coherente con la evolución del concepto, pues a mediados de los años 80, pasa a llamarse Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR) y a partir del año 2002, pasará a denominarse Asociación Americana sobre Discapacidad Intelectual (AADI) aunque actualmente se encuentra en el proceso de cambio.

En esta instancia se torna necesario aclarar la concepción que se va a sostener en el presente trabajo. Se adopta el termino de Discapacidad Intelectual (DI) como el más acorde a la población a la cual se pretende aplicar el programa dado que en congruencia con la clasificación que propone la OMS _Discapacidad es toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. La población a la cual se le aplicará el proyecto tiene un diagnostico de DI, y a esto se le suma un entorno que presenta restricciones y ausencias de capacidades por falta de sistemas que estimulen el desarrollo de diversas habilidades.

Cabe destacar, que el término Retraso Mental es el más difundido, por esta razón en distintas oportunidades a lo largo del trabajo aparecerá dicho término, con el objetivo de respetar las fuentes.

1.2 Evolución de los Enfoques sobre RM

Si bien la deficiencia mental ha estado siempre presente en la humanidad su enfoque ha ido variando en función de la teoría imperante.

Inicialmente la DI ha sido enfocado desde una concepción demonológica, es decir, orgánica. A principios del siglo XX, se ha orientado a un enfoque fundamentalmente psicométrico el cual establecía criterios para clasificar a las personas según el C.I (Coeficiente Intelectual) que poseían. Estas nociones han ido evolucionado hacia una concepción multidimensional donde se consideran diferentes variables intervinientes en el fenómeno analizado, que a su vez, implican un abordaje interdisciplinario.

Durante la segunda mitad del siglo XX se produjeron tres acontecimientos con importantes repercusiones en el campo del tratamiento, atención, investigación y cambio de actitud respecto a las personas con deficiencia o retraso mental. (García Fernández y Cols. 2007).

1- La definición del retraso mental por parte de la American Association on Mental Deficiency (AAMD) en 1959, que será la más aceptada por medios profesionales y científicos.

2- La declaración de los derechos generales y especiales de los retrasados mentales por parte de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

3- El desarrollo del concepto de normalización.

En la actualidad la discapacidad se ve desde una perspectiva ecológica (interacción persona-ambiente). La OMS (Bradley, 1995; OMS, 1997) define la discapacidad de una persona como resultante de la interacción entre la discapacidad de una persona y las variables ambientales que incluyen el ambiente físico, las situaciones sociales y los recursos. (Schalock, Rober L. 1999)

Este cambio en la concepción de la discapacidad tiene numerosas implicaciones para la educación y la rehabilitación personal, entre las que se incluyen (Schalock, 1988; Verdugo, 1997):

- La discapacidad no está ni fijada ni dicotomizada; es más bien fluida, continua y cambiante, dependiendo de las limitaciones funcionales de la persona y de los apoyos disponibles en el ambiente personal.

- Una forma de reducir las limitaciones funcionales y por tanto la discapacidad de la persona consiste en intervenir o proveer servicios y apoyos que se centren en la conducta adaptativa y en el nivel del papel que desempeña en la sociedad.

- La evaluación analiza hasta qué punto las limitaciones funcionales se han reducido y ha aumentado la conducta adaptativa de la persona y en el nivel del papel que desempeña.

1.3. Distintas Definiciones usadas para el RM

Cabe destacar que es recurrente en estas definiciones el uso del término Retraso Mental; a continuación se citaran las de mayor relevancia en el ámbito de dicha discapacidad:

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima revisión (CIE-10, 1992), el retraso mental se define de la siguiente manera:

“... por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global de la inteligencia, tales como las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización...”

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM- IV) expone que:

“... el retraso mental se caracteriza por una capacidad intelectual significativamente por debajo del promedio (un coeficiente intelectual -CI-aproximadamente 70 o inferior), con una edad de inicio anterior a los 18 años y déficit o insuficiencias presentes en la actividad adaptativa(2002)...”

La Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR) sostiene:

“...El retraso mental es una discapacidad caracterizada por unas limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa que se manifiestan en las habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad tiene su origen antes de los 18 años (2002)...”

Analizando las definiciones citadas, se puede concluir que, tanto la definición expresada por el CIE 10 como el DSM IV, se utilizan generalmente con un fin diagnóstico, ya que permiten caracterizar al retraso mental dentro de una serie de clasificaciones. Por otra parte la definición propuesta por la AAMR ha producido un cambio en el paradigma, las dificultades adaptativas son el verdadero parámetro de consideración de la discapacidad intelectual, más que el mero criterio psicométrico. El retraso mental no puede entenderse como algo que no se tiene o algo que no es, ni como una enfermedad o un trastorno mental. Es un estado peculiar de funcionamiento que se inicia en la infancia y se caracteriza por una limitación tanto en la capacidad intelectual como en las habilidades adaptativas. El nuevo concepto de Retraso Mental da cuenta de

la relación entre la capacidad del individuo y las características y expectativas de su entorno.

Miguel A. Verdugo(1994) expresa que para poder comprender correctamente la definición propuesta por la AAMR se deberían tener en cuenta ciertas puntualizaciones, tales como:

- Las limitaciones que presenta el individuo en el funcionamiento actual tienen que ser consideradas en el contexto del ambiente social que corresponde a su edad y a su cultura.
- La valoración ha de considerar la diversidad cultural y lingüística así como las diferencias a nivel comunicativo, sensorial, motor y conductual.
- En cada individuo, a menudo, las limitaciones coexisten con aspectos positivos o habilidades normalizadas.
- Un propósito importante de la descripción de las limitaciones es el desarrollo de un perfil de necesidades de apoyo.
- Con los apoyos personalizados apropiados durante un período conveniente, el funcionamiento vital de la persona con retraso mental generalmente *mejorará*.

Lo expuesto anteriormente muestra cómo se ha modificado la mirada en relación al RM. Cuando antes se tomaba en cuenta el coeficiente intelectual como parámetro para determinar la discapacidad intelectual como así también un incompleto desarrollo evolutivo(inicio anterior a los 18 años) para determinar el diagnóstico de la patología, a través del tiempo se fueron incorporando otros aspectos relacionados al contexto de vida del sujeto que presenta limitaciones como lo son los factores sociales, la diversidad cultural y lingüística, el desarrollo de capacidades motrices, diversas modalidades de conducta y necesidades de rehabilitación o atención. Tal variedad de dimensiones lleva a un necesario abordaje interdisciplinario posibilitado por el continuo desarrollo de disciplinas tanto sociales, médicas, educativas y de rehabilitación en las cuales la discapacidad es objeto de investigación.

2. Etiología del RM

Actualmente la etiología del RM es enfocada desde una perspectiva multifactorial donde se tienen en cuenta cuatro factores:

1. **Factores biomédicos:** centrados en los procesos biológicos u orgánicos.
2. **Factores sociales:** los que se encuentran centrados en las interrelaciones sociales y familiares.
3. **Factores conductuales:** los centrados en aquellas conductas de los padres que pueden ser causantes de la discapacidad.
4. **Factores educativos:** falta de los apoyos educativos necesarios para el desarrollo normalizado de las capacidades del sujeto, habilidades sociales y adaptativas.
(García Fernández y Cols. 2007)

Clasificación propuesta por la O.M.S en su informe número 392:

Factores que actúan antes de la concepción	Factores prenatales	Factores Perinatales	Factores postnatales
*Genéticos. *Un solo gen. *Factores Cromosómicos.	*Infecciones: virosis, parasitosis. *Factores químicos. *Factores nutricionales. *Factores inmunológicos. *Trastornos endocrinológicos de la madre. *Alteraciones de la placenta. *Hipoxia intrauterina. *Otros factores.	*Asfixia. *Lesión en el parto. *Prematuridad.	*Infecciones *Traumatismos. *Factores químicos. *Factores nutricionales. *Privaciones de distintos tipos (sensoriales, paternas, sociales, etc.).

2.1 Criterios para el Diagnóstico

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM- IV) establece tres criterios a tener en cuenta al diagnosticar retraso mental:

1. Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio: un CI aproximadamente de 70 o inferior, en un test administrado individualmente (en el caso de niños pequeños, un juicio clínico de capacidad intelectual significativamente inferior al promedio).
2. Déficit o alteraciones concurrentes de la actividad adaptativa actual (esto es, la eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y por su grupo cultural), por lo menos en dos de las áreas siguientes: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales / interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas, trabajo, ocio, salud y seguridad.
3. El comienzo es antes de los 18 años.

Por otro lado, la AAMR sostiene que es necesario que se den tres criterios para hablar de retraso mental:

- 1- **Déficit en el funcionamiento intelectual:** según este criterio, tras la aplicación de un test de inteligencia apropiado a su contexto cultural, lingüístico y social, el sujeto debe obtener una puntuación de al menos dos desviaciones típicas por debajo de la media de su grupo de edad cronológica.
- 2- **Déficit en la conducta adaptativa:** el retraso mental implica un déficit en habilidades conceptuales, sociales y prácticas.
- 3- **Periodo de desarrollo:** este criterio requiere que la confluencia de los dos anteriores, se encuentre en el sujeto antes de los 18 años. Si el diagnóstico se produce después de esa edad, se considera demencia, senilidad o lesión cerebral.

La Discapacidad Intelectual no se considera un rasgo absoluto de la persona sino una expresión de la interacción entre la persona con un funcionamiento intelectual limitado y su entorno. Luckasson (1992) sostiene que el objetivo principal del diagnóstico debe ser el de dar respuesta de una manera práctica y concreta a las necesidades de cada individuo con el fin de facilitar la elaboración de planes de intervención adecuados a las necesidades de cada sujeto.

Desde la perspectiva de García Fernández y Cols (2007), el hecho de que los sujetos con retraso mental presenten una tasa mayor de problemas de conducta respecto a la población normal, trae aparejado que en muchas ocasiones se consideren, de manera errónea, que los trastornos psicológicos que sufren son un aspecto más de su conducta.

Para la elaboración de un diagnóstico correcto se deben tener en cuenta algunos obstáculos que pueden surgir en el caso de sujetos con Discapacidad Intelectual, derivados de su discapacidad:

- Dificultad para reconocer y describir los síntomas;
- Ausencia o falta de cooperación en el examen o pruebas físicas;
- Existencia de problemas diversos de salud o alteraciones previas;
- Uso de sistemas de clasificación diseñados para poblaciones normales;
- La necesidad de utilizar la ayuda de terceras personas para obtener informaciones sobre problemas existentes.

2.2 Clasificación del Retraso Mental

El DSM IV establece las siguientes categorías para el retraso mental según el nivel de afectación intelectual:

- **Retraso mental leve:** *CI entre 50-55 y 70 aproximadamente. Constituyen alrededor del 85 % de la población con retraso mental y su categoría pedagógica correspondiente es la de “educable”.*
- **Retraso mental moderado:** *CI entre 35-40 y 50-55, constituyen el 10 % y su categoría pedagógica es “adiestrable”.*
- **Retraso mental grave:** *CI entre 20-25 y 35-40, constituyen el 3-4 % de los sujetos con retraso mental.*
- **Retraso mental profundo:** *CI inferior a 20 o 25 y afecta el 1-2 %.*
- **Retraso mental de gravedad no especificado:** *Cuando existe clara presunción del retraso mental, pero la inteligencia no puede ser evaluada mediante los test usuales.*

La clasificación citada generalmente es la utilizada en las instituciones de salud mental, con el propósito de determinar distintos grados de retraso mental. Por otra parte

facilita la agrupación de sujetos dependiendo del nivel en que se presenta esta discapacidad.

3. Factores de Riesgo Psicológicos

Según Verdugo (1998), los principales factores de riesgo que influyen en el desarrollo de enfermedades mentales en individuos con Retraso mental son:

- Limitaciones socioadaptativas que dificultan su comprensión del medio.
- Deterioro en sistema nervioso central, dando lugar a problemas de conducta.
- Crecimiento personal y emocional limitado y deterioros sensoriales y motores que ocasionan una percepción pobre de la realidad.
- Deterioro en el desarrollo del lenguaje y problemas para comprender los hechos que ocurren en su entorno.
- Deterioro en la memoria y la transferencia de los aprendizajes, lo que dan lugar a consecuencias negativas en su control interno y en la capacidad de planificación de métodos de acción alternativos.
- Baja autoestima y motivación individual escasa, produciendo una imagen desviada de si mismos, sentimientos de incompetencia e ineffectividad, rechazo de sus iguales y bajas expectativas por parte de los familiares.
- Defensas personales atípicas que aumentan el desarrollo de conductas obsesivas dan lugar a un estilo de vida rígido.
- Vulnerabilidad en la edad adulta, dando lugar a limitaciones sociales y dependencia de otros.

3.1 Prevalencia de Trastornos Psicológicos en Sujetos con RM

A través de diferentes estudios, se ha comprobado la existencia de desordenes psiquiátricos en personas con retraso mental, aunque se han obtenido índices de prevalencia de distintos grados en función de los autores.

Según Verdugo (1998), las razones de que los índices de prevalencia no se puedan estimar con exactitud se debe a:

Uso de diferentes definiciones de retraso mental: algunos estudios utilizan una clasificación en la evaluación psicométrica del sujeto, mientras que otros añaden factores relacionados con el funcionamiento adaptativo.

Consideración del grupo de retrasados mentales como homogéneo: existe gran variedad dentro del grupo de personas con retraso mental, en función de distintas variables.

Definición que se realiza sobre los trastornos psiquiátricos: en unos casos la clasificación es en función de categorías diagnósticas mientras que, en otros, de deterioros conductuales y/o emocionales.

Diferencias en factores situacionales: se visualizan diferencias entre sujetos que viven en residencias y aquellos que viven en la comunidad. Siendo la mayor prevalencia de problemas de conducta en sujetos que viven en instituciones.

3.2 Problemas de Conducta más Frecuentes en Sujetos con RM

Es posible hallar diferentes problemas de comportamiento en personas con RM, entre los más relevantes podemos mencionar:

Conductas autolesivas o autoagresiones

Se definen como comportamientos rítmicos repetitivos, realizados por el sujeto de manera intencionada y que le ocasionan un daño físico. Según algunos autores dentro del grupo de sujetos con retraso mental existe una prevalencia de 2-9% de aquellos que viven en la comunidad) y hasta el 15-40% en aquellos que se encuentran institucionalizados (Griffin y Cols, 1987, en García Fernández y Cols 2007).

Conductas agresivas físicas a otros

Se refieren al daño que el sujeto puede ocasionar a otros o la trasgresión de los derechos de los demás. En el grupo de sujetos con retraso mental la prevalencia de conductas agresivas físicas es de un 30-55% en la población residencial. (Novell y cols, 1994 en García Fernández y Cols 2007)

Estereotipias

Las estereotipias son movimientos voluntarios rítmicos y sin finalidad alguna que se repiten de manera sucesiva y frecuente en el sujeto sin ningún propósito, limitando y entorpeciendo el desarrollo de su conducta. Las estereotipias pueden ser motrices, posturales y verbales.(García Fernández y Cols 2007).

Conductas disruptivas y/o desadaptativas

Las conductas disruptivas o desadaptativas son conductas inadecuadas al medio y no aceptadas socialmente, ya que suelen interrumpir el desarrollo normal de las actividades diarias de las personas que rodean al sujeto con retraso mental. Según Bruininks y cols. (1988) las conductas disruptivas más destacadas son orinar en la ropa (57%), orinar en un lugar inadecuado (47%) e ignorar las indicaciones recibidas (45%).(García Fernández y Cols 2007)

Hiperactividad o agitación motriz

La hiperactividad es una pauta de comportamiento infantil persistente, caracterizada por una actividad excesiva en situaciones que requiere inhibición motora (Saber y Allen, 1976, en García Fernández y Cols 2007). Ejemplo: movimientos frecuentes.

Aislamiento social

El aislamiento social se refiere a conductas evitativas o de rechazo de las personas que le rodean, no participar en actividades sociales, no salir a la calle, no interactuar con los demás visualmente o realizar actividades en solitario, son algunos de los comportamientos típicos.(García Fernández y Cols 2007)

Analizando dichas problemáticas en los sujetos con DI se puede suponer que existe una mayor incidencia de problemas conductuales en aquellos individuos institucionalizados a diferencia de aquellos que viven en comunidad.

3.3 Trastornos más frecuentes en sujetos con RM

A continuación se detallarán algunas alteraciones psíquicas que podrían manifestarse en personas con RM:

- **Trastorno depresivo**

Implica pérdida de interés o placer de las actividades. La prevalencia de la depresión en sujetos con retraso mental es de 3-6%, y esta relacionada con los niveles de apoyo social y habilidades sociales de los sujetos. (Reiss ,1990 en García Fernández y Cols 2007)

- **Psicosis maníaco- depresiva trastorno bipolar y episodios maníacos**

Algunos de los principales trastornos mentales son insomnio, labilidad afectiva, inquietud motora, hiperactividad o hipersexualidad (Kastner y Cols. 1992 en García Fernández y Cols 2007).

Normalmente suelen alternarse los episodios maníacos con los depresivos. La dificultad principal del trastorno bipolar es que algunos de los síntomas del episodio maníaco se asimilan a los del retraso mental. Pudiendo pasar desapercibidos.

- **Esquizofrenia**

La esquizofrenia es una forma de psicosis que se caracteriza por alteraciones en el pensamiento, la percepción y la conducta de la persona que sufre. Suele tener pensamientos incoherentes e ilógicos, delirios, alteraciones en sus creencias o alucinaciones auditivas y visuales, lo que lleva a perder contacto con la realidad.

En sujetos con retraso mental leve o moderado los síntomas positivos (excitación aguda, ansiedad, estereotipias, trastornos del humor) y los negativos (aplanamiento afectivo, pobreza de pensamiento, apatía e incapacidad para experimentar placer) suelen ser similares a los que presentan los sujetos sin retraso. Se estima que la prevalencia de la esquizofrenia en la población con discapacidad intelectual es del 3% y de los sujetos sin retraso mental de un 1% (Fraser y Nolan, 1995 en García Fernández y Cols 2007).

- **Trastornos obsesivos**

Es difícil conocer cuáles son las obsesiones que sufre un sujeto con retraso mental debido a los problemas que tienen para expresar y describir sus pensamientos, esto aumenta la dificultad de realizar un diagnóstico.

- **Trastornos de la ansiedad**

El problema existente para diagnosticar la ansiedad social en sujetos con retraso mental es la falta de instrumentos baremados para esta población.

Debido a la dificultad que el sujeto con retraso mental experimenta para establecer relaciones con los demás, a su funcionamiento alterado, a las expectativas que los demás tiene sobre sus posibilidades y en general a los problemas que debe afrontar y para los que no está preparado, el trastorno de ansiedad es más frecuente en sujetos con retraso mental que en la población normal. (García Fernández y Cols 2007).

- **Trastornos mentales orgánicos y trastornos generalizados del desarrollo**

Los trastornos mentales orgánicos son mas frecuentes en la población con retraso mental ya que se consideran más vulnerables debido a las alteraciones asociadas. Es un trastorno muy heterogéneo en función de su inicio, curso, duración y naturaleza. En cuanto a los trastornos generalizados del desarrollo se considera que se presenta de una manera frecuente en la población con retraso mental (75-80%) especialmente en sujetos autistas. (García Fernández y Cols 2007).

- **Deterioro cognitivo o demencia**

Con los avances de la ciencia la expectativa de vida a aumentado, lo que provoca un envejecimiento general de la población a nivel mundial. A su vez, en relación a los enfermos mentales, y en particular con los que sufren retraso mental, es más frecuente observar la aparición de un deterioro cognitivo o demencia. Un planteo similar realizan Revuelta y Cols, (1994, Citados por Verdugo 1995) quienes dicen que es mucho más frecuente encontrar patologías asociadas al retraso mental debido a la disminución de los índices de mortalidad en edades de adultez, y aumento de la longevidad en dicha población.

Sin embargo, hay otros aspectos que particularizan a una población con diagnostico de discapacidad intelectual en las condiciones de hospitalización que tendrían que ver con el efecto de la residencia permanente, con la escasa asistencia rehabilitadora, la cronicidad y la rutina estereotipada mas allá incluso de lo que los sujetos conservan de su historia personal. Cada una de estas variables atraviesan el funcionamiento rotulado como Discapacidad Intelectual.

Finalizando este capítulo, en el cual se ha analizado la evolución de los criterios que se encuentran en coherencia con el desarrollo de las definiciones, se puede concluir mencionando que el retraso mental es un entidad fija, y por lo tanto una afección irreversible; no obstante teniendo en cuenta la definición de la AARM, la cual se toma como basamento fundamental para realizar el proyecto de aplicación de este trabajo, se puede suponer que el individuo que presenta DI estará ampliamente condicionado por su entorno, ya que las limitaciones en la conducta adaptativa dependerán en gran medida de la interacción constante entre individuo y medio, como así también de las

posibilidades y calidad de vida que se le brinden al sujeto, coherentemente con el grado de afección que posean.

Apartado II. Atención Institucional de la Discapacidad Intelectual

2.1 Evolución histórica de la atención de la DI

La atención a las personas con retraso mental ha evolucionado a lo largo del tiempo a la par que variaban las concepciones sobre las mismas. Se puede hablar de dos períodos en la historia de la institucionalización de estas personas.

En el primer período el pensamiento ilustrado, venía acompañado de optimismo ante las posibilidades del ser humano, incluidas las personas con retraso mental. Se los concebía como un desarrollo incompleto o inmadurez fisiológica que se creía posible corregir con un entrenamiento y educación especial a través de los sentidos. Cabe destacar la figura de Itard quien con la presentación de sus trabajos, demostró que estas personas podrían ser en cierto modo, “educables”, supuso una revolución y dio lugar al nacimiento de un gran interés por la deficiencia mental durante la primera mitad del siglo XIX que se expandió desde Francia y Suiza a Europa y EE.UU.(Kanner, 1967 en Verdugo 1995)

El segundo período se caracterizó por la existencia de instituciones cuyo objetivo principal era proteger a los desviados de la sociedad. Se aspiraba a convertir en normales a estas personas y se aseguraba que estos eran lugares para su cuidado y rehabilitación. Se consideraba una responsabilidad social proporcionar un tratamiento mas humanizado y una mayor calidad de vida a los ciudadanos menos afortunados. Evolucionó hacia la humanización del tratamiento, comenzando con el estudio y especialización profesional sobre estas personas. A pesar de esto, proteger significó aislar. Estos centros se convirtieron en instituciones totales, semejantes a pequeños pueblos, aislados y prácticamente autosuficientes. En muchos casos se convirtieron en el destino final de las personas más que un lugar de rehabilitación y recuperación (Stumpf, 1990 en Verdugo, 1995).

A esta fase de entusiasmo inicial ante las posibilidades rehabilitadoras de las personas con retraso mental sobrevino una segunda época, a finales del siglo XIX, caracterizada por un declive del optimismo previo. Entre los factores que contribuyeron en este cambio se destacan los siguientes (Meyers y Blacher, 1987 en Verdugo, 1995):

1- la experiencia demostró que no todas las personas con deficiencia mental podían mejorar lo suficiente como para retornar a la comunidad. Cada vez un mayor

número de centros, inicialmente de carácter educativo y rehabilitador, se vio en la necesidad de ver a muchos “incurables”. Esto hizo que muchos programas asumieran objetivos de protección o meramente asistenciales.

2- la filosofía igualitaria de la ilustración dio paso a la perspectiva evolucionista darwiniana, que afirma que no todas las personas nacen con las mismas capacidades.

En este contexto histórico las instituciones se concibieron como lugares para proteger a la sociedad de los individuos desviados. Los sujetos que padecían retraso mental fueron reclusos y alejados de la sociedad. A finales del siglo XIX, el retorno a la sociedad dejó de considerarse un objetivo y la intención de “proteger a la sociedad” se tradujo en hechos tales como la prevención de la procreación de individuos retardados, su esterilización y su separación de los miembros del sexo opuesto. (Verdugo, 1995)

En nuestro país la atención de la “Salud- Enfermedad Mental” atravesó transformaciones a lo largo de la historia, en el periodo de los 70’ la creación de servicios de psicopatología en hospitales generales fue un avance técnico- político para el área de salud mental y significó una aceptación de la insuficiencia del modelo asilar tal como se desarrollaba en modelos monovalentes. A mediados de los 70 el “Instituto Nacional de Salud Mental” propone la redefinición de las políticas a partir de las recomendaciones de la OMS acerca de “la incorporación de aspectos sociales” en la planificación de las políticas del área. (Revista de Psicología y Ciencias Humanas, 2008)

Desde 1983, la salud mental fue caracterizada como una de las prioridades del sector salud. Sobre la base de un informe de la OMS se pudo llegar a la conclusión de que dicha prioridad se debió al deterioro del área con un marcado menoscabo de las instituciones monovalentes, un elevado costo del cuidado de salud mental y por lo tanto, una alta carga financiera para el subsector público. En este periodo se puso en marcha un proyecto de organización nacional del área. Se crearon los “programas participativos nacionales”, que instalaron la cuestión de la desinstitutionalización, la propuesta fue acompañada por grupos de profesionales que intentaban poner en primer plano del escenario político la discusión de la institución manicomio. Esta iniciativa posibilitó la creación de propuestas alternativas en los servicios, y una fuerte tendencia a la disminución de las internaciones en los manicomios. Paralelamente se iniciaron

experiencias puntuales de modificaciones de prácticas cotidianas, principalmente en salas de pacientes crónicos, intentando modelos más abiertos en el seno de la institución/ asambleas, trabajos grupales, talleres) e implementando estrategias extramuros (trabajo con familias, articulación interinstitucional, etc.). entre los avances que lograron podemos mencionar:

- La consolidación de un acuerdo político- técnico que posibilitó la creación de direcciones y/o programa de salud mental en el 90% de las jurisdicciones.
- Capacitación de “equipos de conducción” de las direcciones y/o programas provinciales y en la capacitación de funcionarios del área metropolitana y provincia de buenos aires.
- Desarrollo de seminarios para los trabajadores (profesionales y no profesionales). Un hecho importante lo constituyó la creación de la “Residencia Nacional Interdisciplinaria en Salud Mental” dirigida a médicos, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y enfermeros con inserción en los centros de salud y los hospitales generales.

En la década del 90 este proceso comenzó a desarticularse. La Dirección Nacional no volvió a tener relevancia en la generación de acciones políticas en el área y los programas pasaron a ser responsabilidad de cada provincia.

2.3 Alternativas de Atención para la Discapacidad Intelectual

En este apartado se tomarán en cuenta tanto las instituciones como los servicios que brindan atención al sujeto con discapacidad intelectual, dentro de los que pueden mencionarse: Hospitales Psiquiátricos Públicos, Clínicas Psiquiátricas, Servicios de Psicopatología en hospitales generales y centros de salud, Centros de salud mental, Consultorios ambulatorios privados, Hospitales de día, Centros educativos terapéuticos, Centros de día, Hogares, Escuelas de educación especial y servicios de emergencia y atención domiciliaria.(CONAPRIS, 2005, Pág. 5.)

En la actualidad, estas instituciones prestan diferentes servicios y reciben al sujeto con DI en sus diferentes momentos vitales planteándose objetivos particulares entre los que se encuentran: Atención ambulatoria, Hospital de día, centros de día, centro educativo terapéutico, estimulación temprana, educación inicial, educación general básica, apoyo a la integración escolar, formación laboral o rehabilitación

profesional, interacción en rehabilitación, hogar, residencia, pequeño hogar, prestaciones de apoyo y transporte. (CONAPRIS, 2005, pág. 15). Quizás el origen de tantas alternativas sea un intento de discriminar y abordar diferentes necesidades.

Cabe aclarar que dicha organización de servicios se encuentra normatizada en nuestro país por varias leyes, dentro de las que pueden mencionarse: Ley 22.431, Sistema de Protección integral de los discapacitados, promulgada en 1981; Ley 23.660, Obras Sociales y Ley 24.901, Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a Favor de las Personas con discapacidad.

En lo que hace concretamente a la atención psiquiátrica de los sujetos con Discapacidad Intelectual institucionalizados, se podría pensar que dentro de la Ley 24.901 estarían comprendidos en el artículo 32 que contempla Hogares: entendiéndose por hogar el recurso institucional que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales(vivienda, alimentación, atención especializada) a personas con discapacidad sin grupo familiar o con grupo familiar no continente. El hogar estará dirigido preferentemente a personas cuya discapacidad y nivel de autovalimiento e independencia sea dificultoso a través de otros sistemas descriptos y que requieren un grado de asistencia y protección.

Dentro de los sistemas alternativos al grupo familiar se contempla, la atención psiquiátrica que se desarrolla dentro de la atención de un equipo multidisciplinario y comprende la asistencia de trastornos mentales, agudos y crónicos, ya sean estos la única causa de discapacidad o surjan en el curso de otras enfermedades discapacitantes, como complicación de las mismas y por lo tanto interfieran los planes de rehabilitación. Las personas con discapacidad tendrán garantizada la asistencia ambulatoria, y la atención en internaciones transitorias, procurando para situaciones de cronicidad, tratamientos integrales, psicofísicos y sociales que aseguran su rehabilitación e inserción social. También se cubrirá el costo social de los tratamientos prolongados ya sean psicofarmacológicos o de otras formas terapéuticas. (Ley 24,901, Artículo 37)

Otra cuestión importante a tener en cuenta es que no sólo los servicios destinados para el sujeto con discapacidad Intelectual están regulados por las obras sociales sino también estas organizan las demandas de salud mental proponiendo como alternativa a la población de interés para este trabajo la internación en servicios concretos para la salud mental en hospitales psiquiátricos públicos.

En el caso particular de la Provincia de Córdoba, el sistema público de salud mental depende del Ministerio de Salud de la Provincia, más específicamente de la Dirección General de Salud Mental. El objetivo de la dirección es lograr un sistema integral de salud mental dentro de la red sanitaria general lo más cercano a la comunidad que sea posible. Cada unidad asistencial de ese sistema define las prioridades y sus prestaciones a través de proyectos específicos. La red de salud mental de nuestra provincia esta conformada por equipos de atención comunitaria equipos de salud mental en hospitales generales y hospitales monovalentes.

Dentro de las instituciones de salud mental pueden distinguirse dos grandes tipos que plantean tratamientos diferentes: por un lado, las instituciones públicas que se basan en tratamientos farmacológicos en los cuales las actividades dependen del personal encargado, ya que no se presentan proyectos de intervención orientado a la interdisciplinariedad. Cabe destacar que en dichas instituciones los recursos humanos, económicos y tecnológicos no llegan a cubrir todas las necesidades o requisitos que plantean programas interdisciplinarios.

Por otro lado, las instituciones privadas que trabajan con retraso mental, y que están, en su mayoría, orientadas a trabajos interdisciplinarios y a la realización de actividades que estimulan diferentes áreas del desarrollo como son: habilidades sociales, de comunicación, académicas, inserción en la comunidad, cuidado higiénico, etc.

2.3.1 Salud Mental y Calidad de vida

Se conocen las políticas de estado que generan alternativas de abordajes en salud mental de la población, así como los profesionales que ponen su esfuerzo en la operacionalización de diversos programas. Se conoce también la definición de la salud propuesta por la OMS en la constitución del 2002: la salud definida como el estado de completo bienestar físico mental y social; no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Sin embargo, los autores sostienen que resulta difícil establecer una única definición de salud mental teniendo en cuenta variables como: las diferencias culturales, las evaluaciones subjetivas y la competición de distintas teorías profesionales.

Aun así es posible repensar conceptos considerando una población institucionalizada en un hospital psiquiátrico público, ubicados en un pabellón específico, con un rotulo clasificador cuestionado en pocas oportunidades. Por lo tanto podría considerarse en nombre de la salud mental... “una mirada a la singularidad, con sus diferencias no sólo pautadas por ser parte de una minoría incapacitada, distinta del común de la población, sino también con las diferencias posibles de un miembro y otro de este grupo, con una historia única para cada cual”... (Delfino, Viviana, 2007)

Pensándolo así queda un amplio campo de aplicación de alternativas que permitan el surgimiento de intervenciones que favorezcan la individualidad.

En nuestro país el concepto de calidad de vida asociado a la institucionalización de pacientes crónicos en el campo de la salud mental es tema sobre el cuál se trabaja permanentemente, así como la calidad de vida pensada desde sujetos con DI. Quizás no con la misma definición del termino pero si con fundamentos teóricos que plantean interrogantes en relación a cuanto se trabaja y como, en pos de alcanzar por lo menos un mayor bienestar del interno. Aun así en el campo concreto de acción donde se realizara este trabajo la calidad de vida no aparece documentada como eje de intervención. No hay nada planificado, mas allá de los esfuerzos que realicen los profesionales, con el objetivo de mejorar las condiciones de vida de los internos con DI por esta razón resulta interesante la perspectiva de intervención del presente trabajo. En esta instancia se va a entender por calidad de vida a un entorno favorecedor de condiciones saludables básicas (higiene, vestimenta, alimentación) que son en definitiva lo que va a posibilitar el afianzamiento de la comunicación interpersonal, expresión de necesidades, opiniones y deseos más personales.

Verdugo y Martín (2002) analizan los conceptos de autodeterminación y calidad de vida que han ocupado un lugar preferente en las prácticas innovadoras en salud mental. En la década de 1990 se produjo un notable incremento de los estudios que incorporaban estos conceptos, lo que han contribuido a un cambio de paradigma en el modelo de atención prestado a las personas, con trastornos psicológicos crónicos

En el ámbito de la salud mental, la calidad de vida es un concepto asociado a los enfoques que buscan mejorar las condiciones de vida de las personas con trastornos psicológicos, teniendo en cuenta sus necesidades individuales. Con la aparición de este concepto, alrededor de 1980, la evaluación de la experiencia subjetiva de los pacientes

psiquiátricos se convirtió en una de las bases teóricas de los distintos modelos que fueron surgiendo en el ámbito de la salud mental.

En un primer momento, la investigación sobre calidad de vida en salud mental trató de valorar las consecuencias de diversos tratamientos sobre el funcionamiento social y emocional de la persona en su vida diaria, examinando las relaciones interpersonales, la integración social y las posibilidades de autodeterminación de los individuos. En muchos de estos estudios se analiza la incidencia del apoyo social en el desarrollo de las enfermedades y los problemas presentados por los individuos.

Otros estudios se han ocupado de analizar los efectos de los fármacos sobre la calidad de vida de los pacientes, y un menor número de investigaciones ha analizado el impacto de las enfermedades físicas crónicas en la calidad de vida y en concreto el funcionamiento físico y en la salud mental de los pacientes.

Otros autores han sostenido investigaciones sobre calidad de vida centradas también en el análisis de los servicios prestados a la población y su eficacia, donde el concepto sirve como criterio de valoración del buen funcionamiento y mejora de servicios.

El concepto de calidad de vida se ha fundamentado en modelos teóricos multidimensionales que permiten abordar una investigación más compleja. De acuerdo a la revisión de Angemeyer y Kilian (1997) en el ámbito de la salud mental destacan diferentes modelos que incluyen algunos aspectos relacionados con esta dimensión:

Modelo de la satisfacción: Este modelo se basa en la suposición de que el nivel de calidad de vida experimentado por el individuo depende de que sus condiciones actuales de vida se ajusten a sus necesidades, deseos y aspiraciones.

Modelo combinado de “importancia/ satisfacción”: Este modelo sostiene que las personas difieren en sus valores individuales y preferencias y considera que las condiciones objetivas de la vida afectan de forma diferente a la calidad de vida subjetiva.

Modelo del funcionamiento del rol: Este modelo jerárquico sugiere que las necesidades psicológicas de orden superior surgen cuando están cubiertas las necesidades básicas.(especialmente la de seguridad.)

Otro modelo importante, que procede de los comunitarios es el **modelo del proceso dinámico**, que valora los factores socio-culturales y otros factores influyentes,

que se basan en el desarrollo de la personalidad individual. Este modelo asume que la calidad de vida subjetiva es resultado de un proceso continuo de adaptación durante el cual el individuo debería reconciliar sus deseos y metas con la condición de su entorno social y con su habilidad para satisfacer las demandas sociales, asociadas a la consecución de tales deseos y metas.

A partir de la década de 1990 el modelo de calidad de vida propuestos por Schalock (1997) incluye a la autodeterminación como una dimensión clave de la calidad de vida. Comparte con los modelos anteriores el reconocimiento de la importancia de la preocupación subjetiva, siendo el que más énfasis pone en la multidimensionalidad del concepto. El modelo de Schalock, desarrollado principalmente en Estados Unidos, ha continuado expandiéndose, y ha sido validado por la revisión de las investigaciones publicadas en el período 1985-1999, en las áreas de salud, salud mental, discapacidad intelectual, mayores y educación (Verdugo y Martin , 2002).

El modelo propuesto por Schalock y cols. Es de gran utilidad en salud mental, tanto en un plano individual para fijar los objetivos de la intervención y el apoyo, como en un plano organizacional para planificar y evaluar servicios, y en un nivel macro estructural para determinar los cambios ambientales necesarios para mejorar las condiciones de vida de las personas con trastornos psicológicos graves.

Apartado III

3. Tratamientos para la Discapacidad Intelectual

En los últimos años, de acuerdo a estudios realizados en España, se han incrementando de manera significativa las investigaciones sobre el uso de fármacos y se han producido cambios legales y sociales importantes con repercusiones sobre su utilización. La psicofarmacología en las personas con retraso mental, parece estar tomando un curso diferente, dando más importancia a la aplicación combinada de técnicas comportamentales y fármacos. (Verdugo, 1995).

En nuestro país, el tratamiento para el adulto con discapacidad intelectual está ligado, sin duda, a los criterios que se manejen en los diferentes servicios donde asisten. En nuestro contexto sociocultural y económico se pueden encontrar diferentes servicios tales como:

- **Talleres Protegidos:** Se trata de instituciones privadas donde los sujetos que asisten poseen herramientas para desenvolverse medianamente en un trabajo. El objetivo que persiguen estas instituciones se relaciona concretamente en brindarle al asistente recursos que le permitan adaptarse a una jornada laboral. Estos se hallan encuadrados en la Ley 24.147, talleres protegidos de producción y Grupos Laborales protegidos para trabajadores discapacitados.
- **Centros de Día:** Son de carácter ambulatorio, sus tratamientos se basan en diferentes objetivos pudiendo ser pedagógicos, recreativos, terapéuticos, rehabilitadores o de inserción social. La modalidad de trabajo consiste en tareas organizadas en talleres.
- **Instituciones de Atención Psiquiátrica, Hospital de Día:** Surgen para albergar a sujetos carentes de un grupo familiar propio o continente. El tratamiento que reciben estos sujetos responde al paradigma médico, es decir, es esencialmente farmacológico.
- En el sector privado en cuanto la posibilidad de ser albergados en la provincia de Córdoba el más reconocido para recibir a adultos con Discapacidad Intelectual son las instituciones que responden a la obra de Cotelengo Don Orione, todas entidades privadas.

La población de interés de este trabajo es aquella que se encuentra institucionalizada de forma permanente en un hospital psiquiátrico público. Si bien existen espacios con abordajes alternativos como son las áreas de deporte y pintura estas son llevadas a cabo de manera discontinua. Dado este contexto, resulta interesante la propuesta de introducir programas de intervención orientados al desarrollo de habilidades sociales y de autonomía personal.

Para sustentar teóricamente la presente propuesta de aplicación se toman como fuentes aquellas teorías conocidas como: “Modificación de conducta”. En el marco de este trabajo solo serán considerados algunos de los aportes brindados desde este enfoque, puntualmente aquellos que se adecuen a las necesidades de dicha población dado que la propuesta pretende ser un disparador de otras cuestiones.

Como antecedente se sabe que la modificación de conducta ha utilizado diferentes estrategias de tratamiento de los problemas emocionales de niños y jóvenes con DI: el condicionamiento operante (problemas como autolesiones, pica, rumia y estereotipias), el condicionamiento clásico, el aprendizaje social y los tratamientos cognitivo-conductuales. Por otro lado, algunos autores como Verdugo (1995) sostienen que es frecuente utilizar la modificación de conducta en problemas moderados como el déficit en las habilidades sociales, la hiperactividad y la ansiedad.

En el caso particular de esta población, es esperable que pudieran aparecer algunas de las problemáticas anteriormente mencionadas aglutinadas bajo un diagnóstico de retraso mental leve o moderado. (Nominación utilizada en el Complejo Asistencial Regional Bell Ville). La posición que se pretende plantear es que a partir de espacios de trabajo se logre no solamente una modificación en la conducta de los sujetos sino también el logro de objetivos terapéuticos más amplios.

3.1 Tratamiento Médico

Lo que se puede entender por tratamiento médico de acuerdo a la consulta realizada a algunos investigadores se resume en las siguientes ideas.

En las últimas décadas las terapias químicas han utilizado distintos tipos de fármacos que actúan sobre el sistema nervioso para modificar la conducta observable. Los psicofármacos son ampliamente utilizados en la población de sujetos con retraso

mental siendo los antiepilépticos y los neurolépticos los más recetados. Las revisiones de la investigación sobre eficacia de los fármacos realizadas en las últimas décadas, han concluido de forma reiterada que no existe ningún fármaco de uso específico en personas con retraso mental (Freeman, 1970; Sprague y Ferry, 1971) o alguno que haya demostrado eficacia para aumentar el nivel intelectual o el ajuste adaptativo de estos sujetos. (González Mas, 1978 en Verdugo, 1995).

Las drogas psicoactivas, especialmente los tranquilizantes, se han utilizado para tratar problemas emocionales: reducción de la frecuencia y severidad de síntomas psicóticos, ansiedad y trastornos de la conducta. Se limitan a reducir los síntomas. Además diferentes sujetos reaccionan de distinto modo a la misma medicación. Por otra parte existe la probabilidad de producir efectos secundarios con la aplicación de estos fármacos, así mismo esto no ha impedido el abuso de los mismos por parte de las instituciones. (Verdugo, 1995).

Flórez (1994) postula que el uso de los psicofármacos en personas con retraso mental únicamente es adecuado en condiciones muy concretas en las que la patología mental es consecuencia directa de una alteración metabólica, pudiendo corregir esa patología con la adición o sustitución de un determinado sustrato metabólico.

A modo de conclusión se puede suponer que toda mejoría en la esfera cognitiva de la deficiencia mental procede de la acción educativa y psicosocial. No obstante, cuando la discapacidad intelectual va acompañada de otras alteraciones en el proceso de aprendizaje que son susceptibles a la utilización de la terapéutica farmacológica, ésta se convierte, en principio, en un elemento crítico de apoyo en la medida en que la propia acción del fármaco no perturbe el proceso mental.

Por último, es necesario tener en cuenta que en la mayoría de los sujetos institucionalizados hace años las altas son infrecuentes y no existen diagnósticos precisos que determinen las causas de la discapacidad intelectual. Sería importante reflexionar sobre la implementación de abordajes alternativos y complementarios al mero tratamiento farmacológico.

3.2 Tratamiento Psicológico

En cuanto a la intervención psicológica en sujetos con discapacidad intelectual podemos hallar dos enfoques predominantes que han tratado de abordar los trastornos de conducta y adaptación ellos son: la psicoterapia y la modificación de la conducta.

3.2.1 Psicoterapia

La psicoterapia engloba una variedad de técnicas y métodos que se caracterizan por su intención común de que el individuo exprese sus emociones y sentimientos ante otra persona o ante un grupo. Si bien tiene su origen en una orientación psicoanalítica y procede de las teorías dinámicas de la personalidad de Freud, Rogers y otros, dichos autores rechazaban su aplicación en sujetos con discapacidad intelectual alegando la carencia de una inteligencia normal y unas aptitudes socio intelectuales suficientemente desarrolladas para llevar a cabo este tipo de tratamiento. (Verdugo, 1995).

Con el correr del tiempo, se han desarrollado terapias lúdicas, de expresión artística, musicoterapia, con técnicas verbales y con el fin de abordar la solución de conflictos de los sujetos con retraso mental desde la psicoterapia. Sin embargo, se carece de estudios que valoren la eficacia de dichas técnicas. Algunas de las críticas que se han hecho a los procedimientos psicoterapéuticos aluden a limitaciones verbales (comprensión y expresión), al pobre control de impulsos y a la pasividad en utilizar las estrategias de solución de problemas que caracterizan a los deficientes mentales (Robinson y Robinson, 1976 en Verdugo, 1995).

3.2.2 Enfoque conductual

Las teorías que sostienen un enfoque conductual, tan desarrolladas en Europa y EE.UU, coinciden en que la modificación de la conducta constituye el tratamiento psicológico más eficaz en personas con retraso mental. Además, en el abordaje de los trastornos de conducta y adaptación, los principios y técnicas que engloban la modificación de la conducta sirven para diseñar y desarrollar programas educativos y asistenciales. La popularidad de las terapias de orientación conductual se ha incrementado enormemente en los últimos años, prueba de esto lo constituye el aumento de revistas científicas sobre deficientes mentales con un enfoque conductual. (Verdugo, 1995).

Como es sabido, la modificación de conducta se basa en teorías y principios del aprendizaje, especialmente en el Condicionamiento Clásico de Pavlov, el Condicionamiento Operante y el Aprendizaje Social de Bandura. En lugar de abordar los supuestos conflictos internos de los sujetos, el enfoque conductual propone diseñar más apropiadamente las condiciones ambientales (antecedentes y consecuencia del comportamiento) para modificar la conducta de los individuos. (Verdugo, 1995)

El enfoque terapéutico conductual asume que se pueden desarrollar programas educativos que benefician a cualquier deficiente independientemente de lo extrema que sea su deficiencia. El mayor aporte de la terapia conductual ha sido la crítica a la creencia de incurabilidad e ineducabilidad mantenida por la medicina y psicología tradicional acerca de los deficientes severos y profundos. La medida o extensión en que un deficiente mental es educable no pueden establecerse a priori sino que deben basarse en una cuidadosa evolución de las respuestas de un sujeto al programa que recibe (Matson y Mc Cartney, 1981).

Las características del enfoque de análisis conductual aplicado en los programas para personas con retraso mental pueden resumirse en (Rusch y Mithaug, 1980):

- entrenamiento individualizado
- observación directa y medición de respuestas,
- técnicas y métodos de trabajo replicable
- registro continuo de datos
- tratamiento que abarca tres fases: adquisición, mantenimiento y generalización,
- validez social de los programas de trabajo.

Habilidades de Autonomía Personal

Desde el punto de vista de Verdugo y Bermejo,(1998) las dificultades adaptativas en individuos con discapacidad intelectual provienen de limitaciones en su inteligencia social y práctica, según los diferentes grados de independencia y desempeño. Estas habilidades son producto de las distintas características de los sujetos y de los ambientes en los que se ha educado.

Las habilidades de autonomía personal, o de auto cuidado, incluyen todos los comportamientos relacionados con el aseo, la alimentación, la vestimenta, la higiene y la apariencia física. Su objetivo es lograr que la persona se pueda desenvolver de forma independiente en el cuidado personal. La enseñanza de estas habilidades es un objetivo prioritario en los programas educativos de las personas con discapacidad intelectual, y en el caso de discapacidades severas y profundas, es el punto básico de la intervención (Company, Peydró y Agustí, 1990 en García Fernández y cols., 2007).

La adquisición de cierta autonomía en esta área implica acercarse a patrones de comportamiento socialmente deseables y permite superar, en buena medida la condición de discapacitado. Dichos hábitos le permitirán enfrentarse paulatinamente a las exigencias de su entorno.

El aprendizaje de estos hábitos supone (Monereo, 1982 en García Fernández y cols., 2007):

- a) Facilitación de nuevos aprendizajes senso-motores: movimientos como abrocharse un botón o abrir o cerrar una cremallera suponen una serie de actividades motrices que son previas a otras más complejas y que serán necesarias en otras áreas del aprendizaje.
- b) La adquisición de una auto-imagen positiva: a medida que progresa en la autonomía, influye en el auto concepto.
- c) Emancipación social.

Habilidades sociales

Para hablar de este concepto fue necesario consultar diferentes fuentes teóricas dado que se lo ha analizado desde diversas aristas. Del Prete y Del Prete, (2002) acuerdan en decir que el interés por los aspectos evolutivos del desempeño social data de mucho tiempo atrás dentro del ámbito de la psicología; prácticamente todas las teorías del desarrollo brindan importancia a la socialización, las interacciones y relaciones sociales para la promoción de la salud mental.

Algunos autores han señalado las consecuencias negativas que pueden provocar en la vida del individuo un déficit de sus habilidades sociales. (Bellack y Hersen, 1977; Matson, Kevin y Box, 1995 en Del Prete y Del Prete, 2002)). Paralelamente diferentes investigaciones manifestaron una relación entre un déficit en habilidades sociales y el surgimiento de variados problemas psicológicos como la delincuencia juvenil, desadaptación escolar, suicidio y problemas conyugales, además de síndromes clínicos como la depresión y la esquizofrenia.

El desarrollo social del individuo comienza desde su nacimiento y hay evidencia de que el repertorio de habilidades sociales se va complejizando progresivamente a lo largo de la infancia. El contacto físico en los momentos de higiene, la observación de

los padres, la protección y el regazo recibido como la situación de amamantamiento son respuestas sociales ante las cuales el niño reacciona de modo diferencial. Por lo tanto, la infancia es una etapa crucial para el aprendizaje de las habilidades sociales por medio de la observación de los comportamientos sociales de los otros, generalmente sus padres, para luego pasar a imitarlos. Los padres van modelando los comportamientos del pequeño al reaccionar diferencialmente a las manifestaciones de las habilidades de sus hijos y al dar instrucciones específicas para eso.

Dentro del mismo material consultado es posible encontrar otros enfoques que brindan mayor importancia a predisposiciones genéticas o innatas en detrimento de influencias ambientales para el desarrollo de habilidades sociales aunque no existen evidencias que prueben este punto de vista.

Actualmente se considera que la base genética predispone los tipos de interacción que un sujeto puede establecer con su ambiente, a esta se le suman las experiencias de aprendizaje (condiciones ambientales) que influyen de manera decisiva en el repertorio de comportamientos sociales con los que cuenta un individuo.

Desde la perspectiva ecológica, se enfatiza la sobreposición entre los diferentes sistemas de interacción organismo- ambiente que influyen sobre las características del individuo a lo largo de su vida. Los microsistemas representan los contextos básicos de la interacción organismo- ambiente, caracterizado por un proceso de relaciones interpersonales estables y significativas, donde se da la efectividad y alteración gradual en las relaciones de poder.

Otros autores dirán que al desarrollo de habilidades sociales, los intercambios de comportamiento y la afectividad es posible sumarle las prácticas y valores de los padres así como el nivel cultural y socioeconómico de la familia reconociéndolo como variables importantes en la competencia social en los niños.(Saunders y Green, 1993; Swick y Hasslle 1990)

¿Ahora bien desde esta perspectiva que podríamos decir de los sujetos que se encuentran institucionalizados?

Según algunas investigaciones Xontos, Hsu y Duna, 1994; Volling y Feagans, 1995 en Del Prete y Del Prete, (2002) las interacciones que se establecen entre el paciente internado con el personal del establecimiento constituye un factor crítico en la prevención de dificultades sociales.

Si uno se pusiese a pensar en las relaciones sociales posibles en el interior de una institución que alberga sujetos con RM (población de interés para este trabajo) las mismas se verían acotadas. Existe la figura del enfermero que tiene un trato básicamente asistencial respondiendo a prescripciones médicas, rutinas diarias o emergencias. Si bien existe interacción entre los mismos pacientes no es posible observar intercambio de códigos sociales comunes al resto de la población, se observan como aparentes mensajes apenas perceptibles. Fuera de sus pabellones cualquier visitante a una institución con internos experimenta un contacto con los mismos que difícilmente se interprete como una necesidad de contacto social donde se pongan en juego algunas habilidades sociales. Estas respuestas presentadas por el individuo podrían demostrar que la adquisición de comportamientos sociales requiere de un proceso de aprendizaje determinado por el contexto.

Las demandas propias de cada etapa evolutiva y las respuestas relacionadas con el desarrollo presentadas por el individuo, demuestran que la adquisición de comportamientos sociales requiere un proceso de aprendizaje durante toda la vida.

Algunos investigadores sostienen que el ejercicio creciente de nuevos roles sociales y la asimilación de normas culturales que definen las demandas y expectativas para los desempeños sociales son lentos, desde una perspectiva ecológica, en la transición a sistemas progresivamente mas amplios y complejos que caracterizan el desarrollo de un modo general y que influyen de manera decisiva en la adquisición y el desempeño de las habilidades sociales.

Los conceptos e intervenciones del área de entrenamiento de habilidades sociales vienen siendo aplicados de manera creciente en el ámbito de la enseñanza especial, sobre todo la atención de necesidades educativas especiales vinculadas al retraso mental, las deficiencias sensoriales y problemas de aprendizaje. Es decir, dichas intervenciones fácilmente podrían ser aplicadas en otros ámbitos, incluida la población en estudio que se alberga en instituciones. La no intervención orientada a dicha población daría cuenta de una falta de posibilidades de generar nuevos roles y por lo tanto el desarrollo de los mismos no sería lento, sino acotado. Esto justificaría la implementación de un programa que posibilite la adquisición de habilidades sociales.

En el marco de este trabajo una habilidad social será definida como un patrón complejo de respuestas que llevan al reconocimiento social, aumentando la probabilidad

de reforzamiento y disminuyendo la probabilidad de problemas interaccionales sociales. Para pensar el desarrollo de dichas habilidades son válidos los principios de la terapia de la conducta, ya que la misma proporciona un marco útil para el análisis funcional del comportamiento social, y técnicas que han demostrado gran eficacia en esta área. (García Fernández y Cols. 2007).

Capítulo III **Metodología**

El siguiente trabajo consta de diferentes etapas:

En un primer momento se realizó un *diagnóstico institucional* con el propósito de conocer la realidad del área de salud mental, específicamente de las estrategias institucionales para el abordaje de la población de individuos con retraso mental leve y moderado que presenta la institución Complejo Asistencial Regional Bell Ville. Los datos recolectados se plasmaron en un análisis e interpretación de las fortalezas y debilidades de la institución.

En un segundo momento, en función del diagnóstico se focalizará en la necesidad de llevar a cabo actividades a favor del desarrollo de las potencialidades de los internos de la Institución Complejo Asistencial Regional Bell Ville y se desarrollará una propuesta de intervención acorde a la mismo.

1. ETAPA DIAGNÓSTICA

Dicha etapa se desarrolló durante el período de cursado de la materia Seminario Final de Psicología, donde el principal objetivo fue establecer un primer contacto con la institución con el propósito de contextualizarla. Luego, se intentó averiguar como podría influir la posible aplicación de un proyecto desde un enfoque psicológico en el funcionamiento de la institución y en la calidad de vida de los internos.

1.2 Técnicas Utilizadas para la Recolección de datos

Una de las técnicas de investigación seleccionada para la recolección de datos fue la **entrevista semiestructurada** a informantes claves (Jefe de Servicio de Psiquiatría; Lic. en psicología) del área de salud mental. En las mismas se llevó a cabo una serie de preguntas previamente definidas, en su mayoría abiertas, con el objetivo de profundizar en las diferentes áreas que se desean investigar.

Las entrevistas semiestructuradas fueron realizadas al jefe de servicio de psiquiatría y lic. en psicología, las temáticas giraron entorno a : historia de la institución, funcionamiento y descripción, características y distribución de la población atendida , constitución del equipo de recursos humanos y necesidades institucionales.

Además, se aplicaron **cuestionarios** a los agentes de salud (enfermeros de las salas 3 y 4 correspondientes a internos con retraso mental leve y moderado, psicopedagogía) de la institución.

Paralelamente, se utilizó la **observación Natural**. El principal objetivo de su utilización es recabar información en relación a la infraestructura edilicia y a la distribución de los internos en las diferentes salas.

Por último, se tuvo acceso a fuentes documentales en las cuales se plasman los principales acontecimientos que ha vivido la Institución a lo largo del tiempo. Dichas fuentes permitieron realizar un **análisis documental** .

Los datos obtenidos se analizaron tomando como instrumento la matriz FODA . El mismo permite realizar un diagnóstico en base a las situaciones positivas y negativas, tanto internas como externas a la institución. Esclareciendo las perspectivas acerca de posibles oportunidades, fortalezas y las debilidades, como así también las amenazas.

Capítulo IV

Presentación de la Institución

Descripción de la Institución

Objetivo Institucional

El Complejo Asistencial Regional Bell Ville es una institución pública sanitaria, dedicada fundamentalmente a la atención secundaria y terciaria de la salud.

Historia

En el año 1910 con el objeto de construir el Hospital, el superior Gobierno de la Nación adquirió cuatro fracciones de terreno que hacían un total de 35 hectáreas. Los terrenos fueron escriturados en 1936.

La piedra fundamental del Hospital Común Regional del Centro fue colocada el 28 de diciembre de 1912 con la concurrencia de autoridades locales y nacionales. El 7 de agosto de 1921 se inauguró el Hospital.

El hospital Común Regional del Centro cambió su nombre por el de Hospital Central “Dr. José Antonio Ceballos” en honor al primer director del establecimiento, el 17 de agosto de 1958, fecha de conmemoración del primer cincuentenario de la ciudad de Bell Ville.

Fundación del Área de Salud Mental

Una década después, en 1968, a instancia del Director Nacional de salud mental Julio Estévez, el entonces presidente de facto de la Nación Argentina Gral. Juan Carlos Onganía estableció que dos salas del Hospital central “Dr. José Antonio Ceballos” (hoy Complejo Asistencial Regional Bell Ville), designadas con las letras A y B, se destinaran al Instituto Nacional de Salud Mental. Las mencionadas salas eran conocidas como 7 y 8 y fueron construidas en el año 1955 con un destino específico: albergar a los afectados por enfermedades Infectocontagiosas. Este hecho nunca se concretó ya que los mismos recalaron finalmente en la colonia Santa María de Punilla, en las sierras cordobesas, favorecida por las condiciones climáticas.

El área designada a salud mental, fundada el 19 de marzo de 1968, recibió el nombre de “Hogar Especial para Oligofrénicos”. Los primeros cincuenta pacientes llegaron a Bell Ville, el 17 de abril de 1968, un mes después de la habilitación del área de salud mental. Se trataba de población excedente de los hospitales del área de salud mental bonaerenses muchos de ellos con gravísimas discapacidades. Necesitaban atención especializada y humanitaria la que les fue brindada por el personal capacitado

a tal efecto. La sociedad local colaboró con ropa ya que la vestimenta fue un problema a solucionar de inmediato. Los pacientes provenían de la colonia Montes de Oca, de Buenos Aires llegando a Bell Ville hacinados en colectivos y con escasa asistencia médica y humana.

Para la gente del hospital fue un gran impacto por el estado de los residentes. Posteriormente llegaron derivados de los Hospitales Borda y Moyano de Buenos Aires; del instituto de Protección al Menor y de la Colonia “Dr. E Vidal Abal” de Oliva (Córdoba) como así también de distintas provincias.

La inauguración oficial se realizó el 16 de diciembre de 1968 con la presencia de autoridades del Ministerio de Bienestar social de la Nación, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la provincia de Córdoba, de la iglesia e instituciones varias.

En 1971, se le asigna el nombre de Servicio Psiquiátrico Hogar Especial Para Oligofrénicos “Alborada” en Bell Ville y dos años más tarde el de Hospital Colonia “Alborada” en Bell Ville que llevará hasta su integración con el Hospital Central “DR. José Antonio Ceballos”.

En el año 1972 se realizó, bajo la dirección del Dr. Elvio García Geuna la primera reunión de directores de Salud Mental a nivel nacional. Y en octubre de 1984 ambos Hospitales se unifican en “Complejo Asistencial Regional Bell ville”, tal como funciona en la actualidad.

Con el tiempo continuaron ingresando nuevos pacientes, llegando a una población aproximada de 375 residentes, muchos de ellos con problemas exclusivamente sociales. Poco a poco se formaron áreas recreativas y ocupacionales, poniendo en funcionamiento una huerta trabajada por los pacientes, y se llevaban a cabo proyectos que incluyen talleres en distintos ámbitos.

Infraestructura y Distribución de los Internos

Actualmente la capacidad del área de Salud Mental es de 326 camas, de las cuales están ocupadas 310 con pacientes permanentes alojados en: Sala N° 1 Hombres, Sala N° 2 Mujeres, Sala N° 3 Hombres, Sala N° 4 Hombres, Sala N° 6 Agudos alcohólicos, Sala N° 12 Agudos Mujeres.

Por otro lado, en el año 1974 se crean consultorios externos de atención psiquiátrica, psicológica, psicopedagógica, neurológica, odontológica, fonaudiológica y terapia ocupacional, los cuales funcionan en la actualidad.

El complejo de salud mental, está asociado a las “Cruzadas de Salud Mental”, una institución llamada CRU.SA.MEN., que tienen su base central en Paraná (Entre Ríos) y sus integrantes son voluntarios. El objetivo principal de CRU.SA.MEN es brindar asistencia y apoyo espiritual a los internos del área de salud mental.

Equipo de Recursos Humanos

En la actualidad la institución en el área de salud mental cuenta con un equipo de recursos humanos compuesto por el Jefe de Servicio (psiquiatra), dos psiquiatras, un neurólogo, un médico clínico, dos psicopedagogas, un terapeuta ocupacional (subvencionado por el Laboratorio Godoy), dos psicólogos, cuenta con 6 enfermeros por sala y un equipo RISAM (compuesto por un médico, un psicólogo y un trabajador social), este equipo funciona bajo la modalidad de pasantía o residencia.

Estructura jerárquica

La estructura jerárquica de la institución ha sufrido cambios en los últimos años, por lo cual no poseen un organigrama formal o una estructura definida, sin embargo en la actualidad se está realizando un proceso formal de definición de puestos, jerarquías, organigrama y procedimientos.

Capítulo V

Análisis de Datos

1.1 Análisis de las Entrevistas

En las entrevistas realizadas a los informantes claves durante la etapa diagnóstica, surgieron como necesidades más relevantes:

- Falta de nombramientos de nuevos profesionales dentro del área de salud mental que da como resultado varios puestos vacantes.
- Exceso de demanda profesional en relación al personal con el que se cuenta.
- Abandono de la mayoría de los pacientes por parte de sus familiares.
- Escasez de actividades que posibiliten una mejor calidad de vida en los internos.

En relación al primer punto mencionado, se trata de una institución pública dependiente del estado lo que provoca que no se cuente con presupuesto suficientes para cubrir los puestos que actualmente se necesitan para un buen funcionamiento de la Institución. Un aspecto que influye negativamente es la separación existente entre el área de salud pública y el área de salud mental, encontrándose esta última postergada dada la importancia que se le brinda a la salud pública en detrimento de la salud mental.

A esta problemática se le agregan las demandas de atención provenientes del área de salud pública y del área de consultorio externo que obliga a que en reiteradas ocasiones los profesionales de dicha institución tengan que relegar las necesidades de los internos y carezcan de tiempo suficiente para dedicarles a los mismos.

En cuanto al tercer punto, se podría hablar de una “depositación” de los pacientes en el seno de la institución. La mayoría de los internos carecen de contacto con personas ajenas a la institución; específicamente en el caso de los individuos con retraso mental leve y moderado. Esta escasez de contacto con el afuera dificulta el desarrollo de sus potencialidades y de una posible reinserción social.

Por último los profesionales entrevistados concordaron en que existe una carencia de actividades que posibiliten una mejor calidad de vida de los internos. Esta problemática podría entenderse desde la escasez de personal a la que se aludió anteriormente, lo que llevaría a la institución a centrarse en aquellas necesidades más

urgentes. Frente a dicha situación, a nivel de tratamiento, la utilización de psicofármacos se plantea como única alternativa.

Paralelamente, según los profesionales, la falta de actividades destinadas a promover un mayor bienestar acentúa los síntomas de cronicidad propios de la internación.

Al interrogar acerca de cuál podría ser el principal aporte de un proyecto con orientación psicológica, los entrevistados coincidieron en la importancia que tendría para el tratamiento de los pacientes, la incorporación de técnicas terapéuticas que complementen el uso de fármacos.

1.2 Análisis de cuestionarios

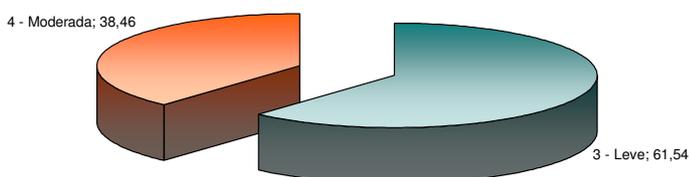
Se aplicaron cuestionarios a 12 profesionales (11 enfermeros y 1 psicopedagoga) que trabajan en las salas 3 y 4 correspondientes a pacientes con retraso mental leve y moderado respectivamente. Los mismos se diseñaron con el fin de corroborar la necesidad que se pudo visualizar en las entrevistas. Se considero pertinente llevar a cabo los cuestionarios a estos profesionales ya que son los que comparten más tiempo con los internos, es decir tienen un vínculo ya establecido; ante cualquier actividad o taller que se proponga estos referentes auspiciaran de acompañantes en la tarea.

A continuación se analizaran las respuestas a los ítems de la encuesta:

Cantidad de Pacientes por Sala

El proyecto estará dirigido a pacientes que se encuentran comprendidos en las sala N° 3 de retraso mental leve y la sala N° 4 de pacientes moderados. Por lo tanto en esta pregunta se intenta establecer mediante el número de pacientes el posible alcance del proyecto que se pretende aplicar, así como también estimar el número de potenciales participantes para el planteo de diversas actividades que estarán desarrolladas en este trabajo.

El total de los pacientes comprendidos entre la sala 3 y 4 llegan 117. En la sala N° 3 se encuentran 72 pacientes con retraso mental leve, es decir 61,54% de los internos de ambas salas, a diferencia de la sala N° 4 (cuatro) que alberga 45 pacientes con retraso mental moderado es decir el 38,46% .

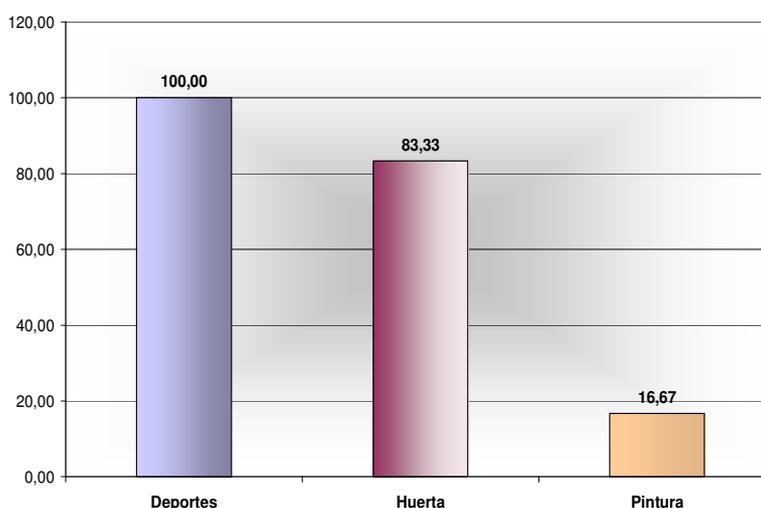


Actividades que se realizan actualmente

En esta pregunta se intenta averiguar que actividades se están realizando en la institución a favor del desarrollo de los pacientes, con el objetivo de luego poder integrar las actividades que ya están establecidas con las que se propondrán para la concreción del proyecto.

El total de los encuestados concuerda que una de las actividades que realizan los internos pertenecientes a las salas antes mencionadas, es deportes. Si bien dicha actividad es transitoria debido a que un laboratorio proporciona a la institución los servicios de un profesor de gimnasia por un período de tiempo determinado. Por otro lado, el 83,33%

respondió huerta. Esta actividad se realiza de manera intermitente, el INTA provee de semillas a la institución. Solo un 16,67% de los encuestados respondió pintura. La institución cuenta con una



psicopedagoga que es la encargada de llevar a cabo actividades con los pacientes que quieren concurrir a un espacio donde realizan pinturas.

En función del análisis se puede reconocer que existe falta de claridad por parte de los encuestados acerca de las actividades que realizan los internos, la misma podría ser consecuencia de que dichas actividades no son desarrolladas de manera continua y planificada, excepto en el caso de los deportes. Cabe resaltar que hay apoyo por parte de otras organizaciones(laboratorio e INTA) que proveen diferentes herramientas brindando la posibilidad de desarrollar distintas actividades.

Áreas beneficiadas por la actividades

En este caso se indagó acerca del impacto o la mejoría que podrían tener los internos en diferentes áreas de desarrollo en función de la posible aplicación de actividades con un fin terapéutico. De acuerdo el 83.33% de los encuestados la mejoría que podrían evidenciar los

internos relacionada a la resocialización es alta, ya que consideran que estas ayudarían a los pacientes a estar en contacto con nuevas situaciones como el trabajo en grupo, esto también contribuiría a que

podrían poner en

funcionamiento diferentes formas de

comunicación con sus pares, pudiendo posteriormente utilizar las herramientas

aprendidas en ámbitos más amplios. Por el contrario, solo el 16.67% considera que

podría darse una mejoría moderada.

En las áreas de Relaciones Interpersonales, Ocupación del tiempo libre y

Disminución de la necesidad de medicación se obtuvieron iguales porcentajes (16.67%).

Esto podría relacionarse con que el hecho de ocupar el tiempo libre promueve un

mayor desarrollo de habilidades y capacidades del individuo dando como resultado un

posible aprendizaje social.

Por otro lado, en relación a las Actividades Básicas Cotidianas, el 66.67%

considera que se podría observar una mejoría alta y el 33.33% una mejoría moderada.

En este caso el acuerdo entre los entrevistados es alto pudiendo resultar beneficioso en

dos aspectos: por un lado, los internos lograrían mayor autonomía, pudiendo promover

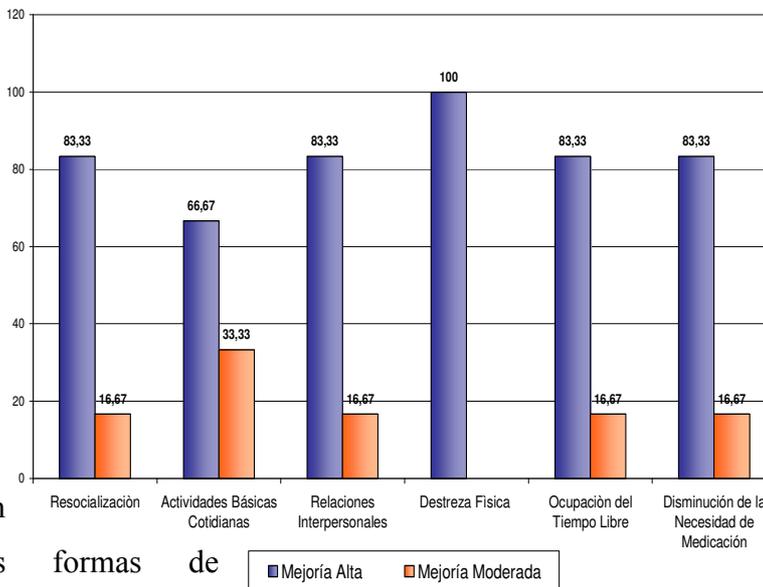
a su vez un aumento de su autoestima ya que la posibilidad de llevar a cabo actividades

cotidianas sin la necesidad de la asistencia de un otro posiblemente influya en la

imagen que ellos poseen de si mismos y de sus propias capacidades. Por otro lado,

podría resultar beneficioso para el personal de la institución encargado de dichas tareas,

ya que la adquisición de habilidades de los internos conllevaría a una reducción de

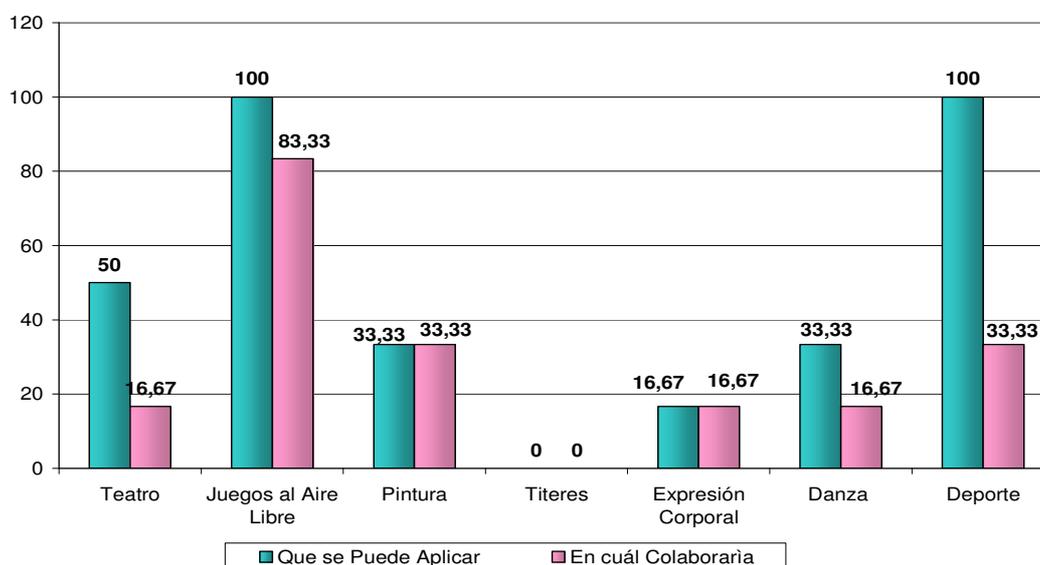


asistencia y de la organización de las tareas cotidianas(que habitualmente lo hacen los enfermeros), pudiendo destinar este tiempo al reforzamiento de otras habilidades.

A nivel de las destrezas físicas el 100% de los encuestados respondió afirmativamente, planteando que el nivel de mejoría sería alto. Esta posible mejoría podría relacionarse con la posibilidad de que los individuos realicen actividades que posibiliten la descarga motriz y paralelamente fortalezcan el manejo del propio cuerpo reconociendo sus propios límites corporales.

Posibilidad de aplicación y nivel de participación

En este caso, se cuestionó sobre las actividades que consideran que podrían



aplicarse y su disposición a participar de las mismas. En el caso de Teatro, el 50% de los encuestados contestó que es viable de aplicar, pero sólo el 16.67% está dispuesto a participar de la misma. En relación a la aplicación de Juegos o actividades al aire libre, el 100% sostiene que es aplicable y 83.33% podría participar, siendo esta la opción que más adhesión presenta por parte de los profesionales.

Por otro lado, el 33.33% considera que se podrían realizar talleres de pintura, el mismo porcentaje se obtuvo de profesionales que apoyarían la actividad.

En relación a la posibilidad de aplicar talleres de títeres, ninguno de los profesionales cree que es viable y ninguno está dispuesto a participar de la misma.

En relación a actividades de expresión corporal, el 16.67% considera que es posible su aplicación, y el mismo porcentaje dice querer participar. Estas actividades

pueden ser combinadas a las actividades de danza, que poseen porcentajes superiores en relación a la viabilidad alcanzando el 33.33%, y un igual porcentaje (16.67) estaría dispuesto a participar.

Los porcentajes relacionados a deporte el total de los encuestados consideran que es viable aplicar actividades Físicas. De acuerdo a las respuestas el 33,33% participaría en la realización de las mismas. Se puede suponer que existe este consenso debido a que actualmente esta actividad es llevada a cabo y los encuestados observan una gran mejoría en los pacientes luego del desarrollo de algún deporte.

Al indagar sobre el nivel de participación lo que se buscó es tener indicios de la disposición a participar por parte de los encuestados. Aun cuando los encuestados parecen estar de acuerdo con las actividades existe falta de adhesión a las actividades. Se puede suponer que los enfermeros se encuentran sobrepasados de trabajo y si bien en muchas ocasiones son ellos los que proponen actividades a los pacientes, no se adhieren totalmente a participar de las actividades en forma planificada y constante.

1.3 SÍNTESIS DIAGNÓSTICA

A pesar de tener una estructura formal poco definida, caracterizada por la falta de claridad en la distribución de tareas y responsabilidades para cada puesto, aplicando de manera predominante tratamientos vinculados a fármacos, propio del paradigma médico, tanto el personal no jerárquico como el Jefe de Servicio, están de acuerdo en la necesidad de la aplicación de técnicas terapéuticas alternativas complementado el tratamiento actualmente brindado.

Esto demuestra una conciencia por parte de los profesionales tanto de las necesidades de los pacientes como de la institución en general, reivindicando al enfermo como persona y no sólo como un caso. Con esto último se resalta una de las fortalezas institucionales más importantes que deberá ser aprovechada en la realización del PAP.

Esto queda representado en los gráficos que muestran los resultados de los cuestionarios, donde los enfermeros consideran que la mejoría que se puede alcanzar mediante actividades terapéuticas es moderada para algunos y altas para otros en las áreas propuestas.

Se puede analizar como una debilidad el hecho de que se han realizado talleres recreativos, que gozaban de aceptación por parte de los profesionales y los pacientes, que no pudieron ser sostenidos a lo largo del tiempo por falta de apoyo por parte de las autoridades en cuanto a la designación del presupuesto y de personal especializado. Los encuestados reconocieron que anteriormente cuando se aplicaron actividades los internos presentaron mejorías en diferentes áreas. En una ocasión se llevó a cabo un encuentro con otras instituciones, durante el mismo los pacientes realizaron actividades con las cuales no estaban familiarizados o no realizaban cotidianamente, provocando en los profesionales que los asistían sorpresa por el reconocimiento de habilidades y potencialidades en estos internos que no habían sido trabajadas anteriormente en la institución. Sería necesario plantear actividades que permitan aprovechar los recursos ofrecidos por otras organizaciones.

Se ve reflejado la necesidad de trabajar sobre la resocialización y las actividades básicas de la vida cotidiana, en los comentarios hechos por parte de los encuestados en los espacios para sugerencias que se encuentran en los cuestionarios.

A su vez, se podría rescatar como una oportunidad la existencia de una comunidad potencialmente receptiva de las necesidades de la institución y de los internos, ya que en ocasiones se ha hecho participe a la población de la ciudad de Bell Ville, en actividades como rifas o cenas para la recaudación de fondos, con una gran adhesión. En una oportunidad se designaron padrinos a los internos, estos se encargaban de proveerlos de vestimenta y otros elementos. Por falta de recursos o de disponibilidad institucional estos proyectos se han ido cerrando o dejando de lado sin tener en cuenta el beneficio directo que tenía sobre los internos.

Para finalizar, se debe recalcar que a pesar de las faltas (principalmente económicas y de recursos humanos) la mayoría de los profesionales y autoridades del área de salud mental reconocen las necesidades institucionales y de los internos desde un punto de vista común a todos: la mejoría de la calidad de vida de los pacientes.

En los cuestionarios, las áreas que obtuvieron mayor acuerdo en cuanto a la posible mejoría mediante actividades con un fin terapéutico fueron actividades de la vida cotidiana y resocialización, por lo tanto el proyecto se focalizará en el desarrollo de habilidades de autonomía personal y social. Siendo este el pilar en el que se basará el Proyecto de Aplicación con el fin de brindar herramientas que apunten a ese objetivo, y por otro lado que implique un involucramiento directo de la institución, de sus profesionales, así como también de la comunidad en general.

Capítulo VI **Proyecto**

Descripción del Proyecto

Este proyecto tiene como finalidad mejorar la calidad de vida de los internos de salud mental con retraso mental leve y moderado del Complejo Asistencial Regional Bell Ville, (salas 3 y 4). Esto se llevara a cabo mediante la aplicación de técnicas terapéuticas y talleres orientados al reconocimiento propio como sujeto, mejorando las relaciones interpersonales de los internos; pensado desde el enfoque de modificación de conducta.

El programa se estructuró en función de la detección de necesidades puntuales de los internos, tales como el mejoramiento de las relaciones interpersonales, la educación en actividades básicas de la vida cotidiana, la resocialización e interacción en y con la comunidad.

En función de esto se eligieron diferentes técnicas basadas en fundamentos terapéuticos que se adecuen a las posibilidades de los internos, y a su vez permitan desarrollar habilidades que hasta el momento no han sido estimuladas. En distintas instituciones mentales se han aplicado diferentes talleres y actividades grupales que permitieron constatar su fin terapéutico.

Situándose en el campo de aplicación y sobre la base que los pacientes reciben tratamiento farmacológico, se pretende gestar espacios alternativos de intervención. Es decir, si bien se va a buscar una modificación en la conducta de los pacientes a través de actividades concretas, el seguimiento no solo se limitará a la observación de la adquisición de las tareas propuestas en si mismas sino también en el cómo son adquiridas y qué efecto particular ocasionó la adquisición de las mismas en cada paciente. Este punto hace relevante la figura del psicólogo como coordinador de la tarea dado que es el que tiene formación para trabajar la subjetividad de cada paciente apuntalando su autoestima, su participación en las actividades y acompañándolo en el logro de una mayor autonomía que posibilite la obtención de bienestar consigo mismo y con los demás siendo este último el eje de las habilidades sociales.

El psicólogo además posee herramientas para manejar lo grupal, para conocer la patología sin perder de vista una mirada integral del sujeto. Por otro lado conoce lo enriquecedor del trabajo interdisciplinario, planteando un abordaje que convoque a otras profesiones a participar del programa.

La modalidad de los encuentros será grupal. Los mismos estarán constituidos por grupos de siete a diez participantes de los pabellones pertenecientes a sujetos de sexo masculino con retraso mental leve y moderado, respetando la división establecida por la institución manteniendo a su vez los encuentros separados en los diferentes espacios. Es decir, los grupos se conformarán respetando las salas (de cada una pueden surgir varios grupos) sostenidos bajo el criterio del mismo pabellón. Se invitará a todos los internos de los pabellones 3 y 4 anteriormente nombrados a la totalidad de las actividades. Dado que es imposible estimar a priori quienes van a participar de la propuesta. La selección estará sujeta a aquellos que permanezcan en el programa. Cabe aclarar que la propuesta es la misma para todos los grupos sin importar del pabellón del que inicialmente pertenecen.

La delimitación de la propuesta a los pabellones (3y 4) específicamente se basa en considerar que el diagnostico de RM leve y moderado hace prever que el sujeto tendría posibilidades para adquirir nuevas habilidades que apunten su desarrollo tanto personal como social.

El programa se desarrollará en tres etapas en un lapso estimativo de seis meses, proyectando la posibilidad de ampliar o acotar los tiempos de acuerdo a las circunstancias concretas de la aplicación; esto dependerá de contar con los espacios de trabajo designados, la variación en la cantidad de grupos que se conformen y se sostengan a medida que se aplique el programa o en caso que surja como necesidad reforzar algunas de las actividades del mismo en un determinado grupo. En cuanto a la duración de los distintos encuentros se plantea un tiempo estimativo de entre 30 y 60 minutos; los mismos podrán ser modificados y adecuados en función de las características propias del grupo. Es decir, se tendrán en cuenta la atención que los pacientes sostengan en la tarea, la posibilidad de mantenerse en grupo y el vínculo construido con el equipo.

Primera etapa	Primer encuentro	Segundo encuentro	Tercer encuentro
Introductoria	Presentación <i>del</i>	<i>Percepción y</i>	<i>Percepción y</i>

	<i>coordinador y los integrantes del grupo</i>	<i>reconocimiento del rostro propio y ajeno</i>	<i>reconocimiento del propio cuerpo y el de los demás</i>
Segunda etapa Habilidades de autonomía personal	Higiene Primer encuentro <i>Lavado de Cara y Manos</i> Segundo encuentro <i>Conceptos básicos de la higiene dental</i>	Alimentación Primer encuentro <i>Hábitos de Alimentación</i> Segundo encuentro <i>Poner la mesa</i>	Vestimenta Primer encuentro <i>Praxias de Vestimenta</i> Segundo encuentro <i>Diversidad en la Vestimenta</i>
Tercer etapa Habilidades Sociales	Primer encuentro <i>Reconocimiento y expresión de las distintas emociones</i>	Segundo encuentro <i>Comunicación</i>	Tercer encuentro <i>Actividades orientadas a la Resocialización</i>

Para la realización del proyecto previa autorización del Complejo Asistencial Regional Bell ville, se intentaría conseguir apoyo por parte de entes públicos, tanto provinciales como municipales. En caso de no contar con los fondos suficientes por parte de estos entes quedaría abierta la posibilidad de recurrir a ONG, asociaciones civiles sin fines de lucro y empresas privadas de la localidad de Bell Ville, con el objetivo de obtener la ayuda económica necesaria para llevarlo a cabo intentando lograr el compromiso social de dichas entidades para con los internos de la institución. Se considera posible esta alternativa ya que en la comunidad de Bell Ville existen empresas privadas y asociaciones civiles receptivas a las demandas de la Institución cuya colaboración en el pasado han posibilitado mejoras significativas.

Desarrollo de las Actividades.

Primera Etapa: Introdutoria

Objetivos:

- Crear un vínculo entre el equipo coordinador y los participantes del programa.
- Trabajar en el reconocimiento y diferenciación de la propia persona y otro.
- Realizar diferentes actividades que creen las bases para futuras intervenciones.

Esta primera etapa consta de tres encuentros donde se plantea como principal objetivo que los participantes puedan acercarse paulatinamente a lo que se considera será el programa.

El primer encuentro esta destinado específicamente a que mediante una actividad los integrantes del grupo puedan tomar contacto con quien será la persona que los acompañará durante todo el proceso y a su vez será de utilidad para que el propio coordinador obtenga conocimiento sobre las principales características del grupo que tendrá a su cargo.

El segundo encuentro, esta destinado principalmente a trabajar la temática de las similitudes y diferencias entre sí mismo y los demás pero focalizando la labor en el rostro, sus partes y funciones. A esto se le suman actividades orientadas al reconocimiento de los sentidos y puesta en práctica de los mismos.

Por último, en el tercer encuentro se llevarán a cabo distintas actividades que permitan por un lado que los participantes se pongan en contacto con su propia persona y por otro lado que se aproximen a la presencia de otro, con similitudes y diferencias. La modalidad de trabajo grupal facilitará que los demás aparezcan como modelos, con los que cada participante pueda identificarse y por medio de situaciones concretas obtener conocimiento de las características propias de cada persona.

Los encuentros en su totalidad serán llevados a cabo dentro de la institución en algún espacio otorgado por la misma.

Primer Encuentro: *Presentación del coordinador y los integrantes del grupo*

Objetivo:

- Familiarizar del grupo con el coordinador y con la implementación del programa.

Profesional a cargo: psicólogo (coordinador)

Lugar: Espacio otorgado por la Institución.

Duración estimada: Esta actividad se desarrollara en encuentros, de una duración estimada de 45 minutos.

Al inicio de la actividad, se llevará a cabo una breve presentación del coordinador y de los miembros que participarán del programa. La propuesta es que en esta primera instancia los participantes reciban información sobre el fin que persigue el proyecto, las funciones del coordinador y la modalidad de trabajo haciendo hincapié en la importancia de la participación de todos. El coordinador desde el inicio del programa y en el transcurso del mismo realizará un seguimiento particular de cada integrante del grupo a través de la observación de gustos, afinidades y preferencias individuales. Considerando que se trata del primer contacto del coordinador con los miembros del grupo, se propone como actividad la realización de una insignia que contenga el nombre de cada uno. La propuesta es que sean ellos mismos quienes la realicen con los materiales otorgados por el coordinador. En caso de ser necesario se les brindará ayuda y pautas concretas para la realización de la tarea. Habría que considerar que quizás algunos miembros no tengan un suficiente nivel de aprendizaje que les permita escribir su nombre, por lo tanto se intentará que reconozcan junto con el coordinador cuáles serían las letras que lo componen o bien alguna grafía o dibujo con el cual se sientan representados. Finalmente se incentivará a los participantes a realizar una breve presentación diciendo su nombre y alguna característica personal. Se les pedirá a los participantes que conserven la insignia para el resto de los encuentros. A partir de este

momento se realizará la nomina de participantes, que servirá de grilla para la toma de asistencia a lo largo de todo el programa. Al inicio de cada encuentro el coordinador pasará lista, como una forma de reforzar la respuesta de los participantes a su nombre propio.

Materiales necesarios:

Para la realización de las insignias se contará con cuadrados de cartulina, lápices de colores, cobertor plastificado a modo de prendedor y letras con pegamento.

Segundo Encuentro: *Percepción y reconocimiento del rostro propio y ajeno.*

Objetivo:

- Fortalecer la percepción y el reconocimiento del propio rostro y el de los pares.

Objetivo específico:

- Incentivar la identificación de las partes del rostro y su función.
- Promover la percepción del rostro ajeno.

Profesional a cargo: psicólogo (coordinador).

Lugar: Espacio otorgado por la Institución.

Duración estimada: Esta actividad se desarrollara en encuentros, de una duración estimada de 60 minutos.

Actividades

Al inicio de la actividad se trabajarán las diferentes partes del rostro, con el principal objetivo de que cada uno pueda percibir las y reconocerlas tanto en sí mismos como en los otros. Para llevar a cabo este objetivo, la propuesta consiste en que frente a un espejo los integrantes del grupo observen su rostro, y mediante el tacto gradualmente focalicen las diferentes partes, con instrucciones verbales del coordinador quien los irá guiando en el proceso de reconocimiento. Centrando la atención en la cara se irá preguntando a los participantes qué ven: cejas, pestañas, dos ojos, una nariz, dos orejas.

A continuación se invitará a los participantes a formar pares con un compañero y que entre ellos se observen en el espejo. El coordinador realizará preguntas orientadas a establecer la existencia de similitudes y diferencias entre cada uno. Primero, se

describirán a sí mismos: color de pelo, de ojos y de piel. Después, cada uno mirará atentamente a su compañero y dirá en qué rasgos se diferencia de él. La idea es que puedan ver que si bien todos tenemos las mismas partes éstas son diferentes en cada persona, rescatando las características individuales e irrepetibles de cada uno. Luego con el mismo compañero se trabajará a modo de espejo donde uno por vez deberá realizar una determinada expresión que a su par le corresponderá imitar, por ejemplo el coordinador puede sugerir cara de enojo, intentando así que los participantes puedan asociar distintas emociones a expresiones faciales, tratando que la reconozcan.

Luego, el coordinador interrogará a los miembros sobre qué sentidos se utilizan en una determinada acción: leer un libro, ver la televisión, observar las cosas, escuchar música. Posteriormente, llevarán a cabo distintas acciones dando a conocer que sentido o sentidos debieron emplear en cada una. Se realizaran actividades como por ejemplo oler distintas comidas con los ojos cerrados e intentar distinguirlas, escuchar diferentes ruidos de animales y melodías, tocar diferentes tipos de texturas y objetos, etc.

Por último, se invitará a los participantes a que sucesivamente y de forma voluntaria, realicen mediante mímica acciones de oler, ver, tocar saborear, o escuchar para que el resto de los compañeros adivinen de qué acción se trata y que sentido se esta utilizando. Como cierre de dicha actividad el coordinador realizará una breve reflexión rescatando la importancia de todos los sentidos.

Materiales necesarios:

Panel con las partes del rostro con abrojos. Durante el encuentro un espejo individual será entregado a cada uno de los participantes. Por razones de seguridad no podrán conservarlo. Panel con diferentes texturas. Radio grabador, música y grabaciones de diferentes sonidos.

Tercer Encuentro: *Percepción y reconocimiento del propio cuerpo y el de los demás.*

Objetivo

- Fomentar la percepción y el reconocimiento de las diferentes partes del cuerpo e identidad propia.

Objetivo específico:

- Afianzar la percepción y el reconocimiento del propio cuerpo (grandes y pequeños segmentos corporales)
- Fortalecer el reconocimiento del cuerpo ajeno y los límites corporales.

Profesional a cargo: psicólogo (Coordinador) y auxiliares (enfermeros u otros recursos humanos destinados por el hospital.)

Lugar: Espacio otorgado por la Institución.

Duración estimada: Esta actividad se desarrollara en encuentros, de una duración estimada de 40 minutos, ya que puede ser fluctuante dada las características de la población y del nivel del vínculo instaurado entre el equipo coordinador (psicólogo y auxiliares) y los participantes.

Actividades:

Se iniciará el encuentro introduciendo como elemento el espejo, de un tamaño suficiente para poder observarse de cuerpo entero. Cada uno de los participantes, respetando su turno, deberá acercarse al espejo y observarse unos minutos.

Una vez que la totalidad del grupo haya llevado a cabo la acción el coordinador interrogará acerca de las utilidades de un espejo, qué pudieron ver en él, qué partes del

cuerpo conocen, cuántos ojos tenemos, cuántas orejas tenemos, como una manera de introducir la temática.

A continuación, el coordinador propondrá señalar las partes del cuerpo: los brazos, las piernas, las manos, los pies. Pedir a uno de los participantes que en forma voluntaria sea modelo para poder señalar en él cada una de las articulaciones superiores: hombros, codos y muñecas. Luego, deberán junto con un compañero observarse al espejo. El coordinador irá guiándolos con el objetivo de que puedan observar en que se parecen y en que se diferencian con los demás: ¿Todos tenemos dos manos, dos ojos, dos piernas? ¿Tienen la misma altura, el mismo color de piel, el mismo tamaño de pies y manos?, etc.

Una vez finalizada esta actividad, se presentará un panel en tamaño real, en el cual a modo de rompecabezas, gradualmente junto con el coordinador y los auxiliares irán adhiriendo las diferentes partes que componen el cuerpo.

A continuación se les brindará un retazo de tela que ellos deberán colocar en diferentes partes de su cuerpo. Posteriormente se colocará música, proponiéndoles a los participantes que coloquen la tela en alguna parte del cuerpo que les permita bailar. De acuerdo a lo que surja de cada uno de ellos, se incentivará que ubiquen la tela en otras partes del cuerpo.

Materiales necesarios: tela, música, espejo, panel de esquema corporal, radio grabador.

Segunda Etapa: Habilidades de Autonomía Personal.

Objetivos:

- Fomentar el desarrollo de hábitos básicos de la vida cotidiana, mediante actividades relacionadas con el auto cuidado.
- Posibilitar la adquisición gradual de mayores niveles de autonomía en el desarrollo integral de la personalidad.
- Lograr a partir del desarrollo de hábitos y de mayor autonomía el surgimiento de la subjetividad de cada paciente.

La segunda etapa se estructuró en tres niveles, a saber: Higiene, Alimentación y Vestimenta, cada uno de ellos se trabajará en diferentes encuentros. Cabe destacar que mediante esta propuesta se aspira a que los sujetos puedan realizar por si mismos actividades que implica la vida cotidiana; considerando que llevar a cabo las mismas permite el logro de mayor autonomía.

El primer nivel consta de dos encuentros; en los cuales se plantea como principal objetivo que los participantes adquieran diferentes nociones relacionadas al autocuidado y gradualmente hábitos referidos al aseo personal.

En el segundo nivel se aspira a que los participantes pongan en práctica acciones tendientes a mejorar los hábitos alimenticios así como también encuentren tareas posibles de llevar a cabo dentro de su rutina diaria.

En los encuentros del tercer nivel lo que se intenta es que los sujetos logren adquirir mayor independencia y autonomía en actividades relacionadas a la vestimenta, para luego reconocer la diversidad de posibilidades al momento de vestirse.

HIGIENE

Primer Encuentro: *Lavado de Cara y Manos.*

Objetivo:

- Desarrollar habilidades de autocuidado relacionadas con el aseo personal.

Objetivos específicos:

- Promover en los participantes hábitos de higiene.
- Promover en los participantes el reconocimiento de las diferencias entre limpio- sucio, olor agradable- desagradable, estimulando la adquisición de estos conceptos.

Profesional a cargo: psicólogo (Coordinador) y auxiliares (enfermeros u otros recursos humanos destinados por el hospital.)

Lugar: Espacio otorgado por la Institución.

Duración estimada: Esta actividad se desarrollara en encuentros, de una duración estimada de 50 minutos.

Actividad:

En el inicio de esta actividad se trabajarán las nociones de limpio-sucio, mostrando imágenes con elementos que dichas características.

Luego, se presentaran dos recipientes: uno con agua barrosa (representante de lo sucio) y otro con agua (simulando lo limpio). Cada participante, respetando su turno, deberá introducir cada una de sus manos en ambos recipientes. Una vez finalizado el ejercicio, el coordinador les preguntará que pudieron observar, si ambas manos se encuentran iguales. Posteriormente, con las respuestas obtenidas el coordinador hará una breve reflexión intentando que el grupo comience a reconocer las nociones de limpio - sucio.

A continuación, siguiendo con la temática planteada, el coordinador planteará distintos interrogantes: ¿Para qué utilizamos las manos? ¿Qué actividades podemos hacer con ellas? ¿Cuándo debemos higienizarlas? ¿Dónde lo hacemos? .

Las respuestas que vayan surgiendo le permitirán al coordinador obtener información referida a los hábitos de higiene que poseen los participantes permitiendo a su vez identificar que aspectos deberán ser reforzados.

El coordinador presentará imágenes que aludan a los momentos del día en que es necesario higienizarse las manos: un plato de comida y dos manos, un inodoro y dos manos, etc.

La idea es que sean los mismos participantes los que mediante las imágenes vayan asociando y adquiriendo gradualmente la información brindada. Una vez finalizada la tarea, las imágenes serán colocadas en un lugar visible a modo de recordatorio de lo trabajado.

Luego, el coordinador les presentará una caja con los elementos básicos para llevar a cabo el lavado de cara y manos: jabón y toalla. Los participantes uno a uno irán observando y manipulando los elementos que contiene la caja. Paralelamente, el coordinador indagará acerca de la utilidad de los diferentes objetos y en que lugar podemos encontrarlos.

Se darán instrucciones verbales acerca de las acciones pertinentes para llevar a cabo dicha conducta. El encargado del grupo realizará las acciones al mismo tiempo que las verbaliza. Los ítems presentados a continuación serán acompañados por sus respectivas imágenes.

1. Se arremanga
2. Introduce las manos en un recipiente con agua
3. Toma un jabón
4. Entrelaza las manos con jabón
5. Deja el jabón
6. Se enjuaga
7. Se inclina sobre el lavatorio
8. Se lleva las manos hacia la cara con agua
9. Se limpia la zona de los ojos, boca y nariz
10. Se enjuaga nuevamente las manos

11. Toma la toalla
12. Se seca cara y manos.

Una vez finalizada la actividad, los participantes conjuntamente con el coordinador armaran la secuencia, y la misma será ubicada junto con las imágenes antes trabajadas. La idea es que una vez que se posibilite la adquisición de la habilidad, la misma se realice en el baño.

Materiales necesarios: Los materiales necesarios para llevar a cabo esta actividad serán: jabón, recipiente c/ agua, toalla; los mismos se entregaran a los participantes de manera individual, y quedaran en su poder.

Segundo Encuentro : *Conceptos básicos de la higiene dental*

Objetivo:

- Trabajar conceptos básicos referentes a la limpieza dental.
- Lograr la adquisición de hábitos correctos de higiene dental.

Personal a cargo: Odontólogo, Psicólogo (coordinador) y auxiliares.

Lugar: Espacio otorgado por la Institución.

Duración estimada: Esta actividad se desarrollara en encuentros, de una duración estimada de 50 minutos.

Actividades

Este encuentro estará a cargo del coordinador y un odontólogo. Como inicio del mismo, se invitará a los participantes que frente al espejo se focalicen en la boca. El coordinador les preguntará que tenemos en la boca indicándoles que la abran, saquen la lengua, se observen. Posteriormente, se realizaran preguntas orientadas a la utilidad que poseen los dientes, cuantos creen que tenemos, de que manera podemos cuidarlos. Luego se desarrollará una actividad para trabajar sobre la sensibilidad del área bucal, otorgándoles a los participantes un cepillo de dientes para que exploren su cavidad bucal.

Una vez introducidos en la temática se brindará información verbal y visual referida a elementos necesarios para llevar a cabo una limpieza dental adecuadamente. Se pondrá a disposición de los sujetos los diferentes elementos en dimensiones grandes, para su manipulación.

Posteriormente, el coordinador dará las instrucciones verbales, llevando a cabo cada uno de las acciones, sirviendo como modelo a los participantes.

- 1- Toma el tubo de pasta dentífrica.
- 2- Lo abre y lo coloca sobre el lavatorio
- 3- Agarra el cepillo de dientes
- 4- Pone pasta sobre el cepillo de dientes
- 5- Deja el tubo sobre el lavatorio
- 6- Se lleva el cepillo a la boca
- 7- Se cepilla los dientes por la parte exterior
- 8- Se cepilla las coronas dentales
- 9- Se cepilla los dientes por la parte inferior
- 10- Deja el cepillo en el lavatorio
- 11- Abre la canilla y llena un vaso de agua
- 12- Se enjuaga la boca
- 13- Limpia el cepillo y lo guarda en su lugar
- 14- Cierra la canilla
- 15- Tapa el tubo de pasta y lo coloca en su lugar
- 16- Se seca las manos y cara
- 17- Coloca la toalla en su sitio.

Una vez terminada la demostración, el coordinador indicará a los internos que realicen la actividad al mismo tiempo que él, de esta manera se lleva a cabo el ensayo de la conducta. A su vez, los internos estarán divididos en grupos de 7 a 10 personas supervisados por miembros del equipo. De esta manera el coordinador repetirá toda la serie nuevamente hasta que todos los internos hayan terminado de cepillarse los dientes.

Para finalizar dicho encuentro el odontólogo realizará a los participantes un control de placa dental, con sustancia reveladora de placa (plac- dent), contándose las superficies teñidas. Luego, se les tomara una fotografía a cada uno de su cara y sonrisa colocando las mismas en un lugar estratégico a la vista de todos, en el mismo se diagramaran los días de la semana y cada uno que cumpla con la actividad se le concederá un sticker (calcomanía). Al cabo de dos semanas se volverá a tomar una foto y se comparara con la anterior. Esto permitirá una clave visual para los internos, con el fin de incentivar a los sujetos a la realización de la tarea. Lo que se intenta es el logro

progresivo de esta habilidad por lo tanto una vez adquirida se procederá a retirar este dispositivo.

Así mismo se les entregará una caja resistente solicitando a la psicopedagoga a cargo del taller de pintura que trabaja actualmente en la institución que los participantes decoren su caja de elementos personales, en la que incluirán todos los elementos que han ido adquiriendo a lo largo de los distintos encuentros de higiene.

Una vez terminados los encuentros el odontólogo será convocado nuevamente y llevará a cabo un control de placa dental, como un sistema de evaluación de la eficacia del programa.

Materiales necesarios:

- 1- Cepillo de dientes
- 2- Pasta dentífrica
- 3- Hilo dental
- 4- Espejo
- 5- Toalla

VESTIMENTA

Primer Encuentro: *Praxias de Vestimenta*

Objetivo:

- Promover actividades que le posibilite a los participantes adquirir una mayor independencia y autonomía en cuanto a la praxia de vestimenta.

Personal a cargo: Psicólogo (coordinador); psicomotricista.

Lugar: Espacio otorgado por la Institución.

Duración estimada: Esta actividad se desarrollara en encuentros, de una duración estimada de 40 minutos.

Actividades

Este encuentro tiene como objetivo principal que los participantes adquieran gradualmente diferentes recursos para cuidar su imagen. A su vez, se intentará brindar herramientas para que los sujetos perciban la importancia que tiene vestirse y la diferencia entre estar desnudos y descuidados.

En este encuentro se convocara al Psicomotricista quien desde su rol, evaluara y brindara pautas sobre las coordinaciones implicadas en dichas praxia.

Posteriormente se les presentará paneles con diferentes tipos de botones y cierres; con el objetivo de que los participen logre conocer y reconocer los pasos descriptos.

MANEJO DE CIERRES

- 1-llevar la mano hasta el cierre
- 2- tomar la presilla del cierre
- 3- Agarrar el extremo opuesto donde se encuentra el cierre

4- llevar el cierre hacia el extremo.

ABROCHAR BOTONES

- 1- Tomar el botón con una mano
- 2- Tomar el ojal con la otra mano
- 3- Acércalos e introducir la mitad del botón en el ojal
- 4- Empujar hasta que se introduzca por completo en el ojal

A continuación se les pedirá a los participante, que de a uno por ves, lleven a cabo las acciones trabajada anteriormente.

Materiales necesarios:

Campera con cierres, saco con botones grandes, elementos pre-diseñados para practicar que utilizan las Terapeutas Ocupacionales.

Segundo Encuentro: *Diversidad en la Vestimenta*

Objetivo:

- Incentivar a que los individuos experimenten la diversidad de posibilidades de vestimenta que se tienen frente a una misma actividad de la vida cotidiana, reconociendo la manera más adecuada.
- Integrar los conceptos trabajados en los encuentros anteriores e incentivar a los sujetos a llevar a cabo la conducta de vestirse.

Personal a cargo: Psicólogo(coordinador); psicomotricista.

Lugar: Espacio otorgado por la Institución.

Duración estimada: Esta actividad se desarrollara en encuentros, de una duración estimada de 60 minutos.

Actividades

En un primer momento se realizarán intervenciones acerca de qué tipo de prendas conocen y utilizan en su vida diaria.

A continuación se trabajará con prendas que se utilizan para la realización de diferentes tareas. Ej.: hacer gimnasia, dormir, trabajar, etc. Progresivamente, se tratará de incentivar a los sujetos a que participen con sus impresiones acerca de diversas épocas del año y estados climáticos en relación a las prendas más adecuadas.

Con el objetivo de trabajar expresiones como “Tengo frío” o “Tengo calor” para que los usen de forma correcta, el coordinador les preguntara qué suelen sentir cuando tienen frío o calor: se suda, la ropa se pega al cuerpo, se pone la piel de gallina, se tiritita. Luego, se mostraran fotos o dibujos con personas vestidas de forma diferente preguntando si creen que esas personas tienen frío o calor por el tipo de ropa que llevan, el tiempo que hace o la actividad que están realizando.

Como otra tarea, el coordinador les otorgara una caja con diferentes prendas que los participantes deberán seleccionar de acuerdo al clima de ese día. Luego, se les irán mostrando diferentes prendas utilizadas para llevar a cabo distintas actividades. Cada participante deberá ubicar las prendas en las columnas correspondientes a las diferentes actividades, por ejemplo: una foto de una cama, un pijama.

Finalmente, tomando como modelo un maniquí conjuntamente participantes y coordinador lo vestirán siempre teniendo en cuenta hacerlo en un mismo orden.

Materiales necesarios:

Diferentes prendas de vestir, paneles con pictogramas que posibiliten la contextualización de diferentes situaciones. Maniquí, y diferentes prendas de vestir.

ALIMENTACIÓN

Primer Encuentro: *Hábitos de Alimentación*

Objetivo:

- Adquirir hábitos básicos para una alimentación cotidiana.(uso de utensilios, correcta postura)

Profesional a cargo: psicólogo (coordinador).

Lugar: Comedor de las salas.

Duración estimada: Esta actividad se desarrollara en encuentros, de una duración estimada de 60 minutos.

Actividades

En este encuentro el coordinador comenzará interrogando a los participantes que sensaciones experimentan cuando tienen hambre: ¿les duele la panza? , ¿les hace ruido? Y por el contrario que sensaciones experimentan cuando comen demasiado. Una vez introducidos en la temática de la comida, el coordinador hará reflexiones en relación a la importancia de la buena alimentación, y una correcta forma de hacerlo, es decir: una adecuada posición postural, presionar los utensilios correctamente y utilizar cada uno para la función que cumple así como también la coordinación de movimientos. En esta instancia se incentivará a los participantes a llevar a cabo hábitos trabajados en encuentros anteriores como lo son: lavado de manos antes de las comidas e higiene dental después de las mismas, como una manera de reforzarlos.

Posteriormente el coordinador llevará a cabo la secuencia descrita:

- Sentarse derecho frente la mesa

- Colocarse la servilleta sobre las piernas
- Utilizar el vaso para beber.
- Utilizar el tenedor y cuchara para llevarse la comida a la boca.
- Utilizar el cuchillo para cortar la comida.

Finalmente el coordinador pedirá a los participantes que realicen la secuencia y paralelamente le dará instrucciones verbales. Este encuentro se llevara a cabo antes de el horario estipulado por la institución para el almuerzo, y durante el mismo en el caso que sea necesario otorgará ayuda física o en otros caso adecuación de los utensilios a las necesidades de los pacientes.

Materiales necesarios:

Utensilios. Se proveerán cucharas, tenedor y cuchillos plásticos y seguros para evitar accidentes.

Segundo Encuentro : *Poner la mesa*

Objetivo:

- Lograr una ocupación que conlleve responsabilidad dentro de su rutina.

Profesional a cargo: Psicólogo (coordinador).

Lugar: Comedor de las salas.

Duración estimada: Esta actividad se desarrollara en encuentros, de una duración estimada de 30 minutos.

Actividades:

Se pretenderá que los sujetos puedan poner la mesa en la institución, con el fin de que ellos se aprendan las habilidades necesarias, importante, y útil de su rutina diaria. En este encuentro se les mostrará un mantel que contendrá impresos los diferentes utensilios necesarios para llevar a cabo la conducta de comer. El coordinador realizará todos los pasos, solicitando a los participantes que observen las conductas y escuchen la serie de pasos que serán expresados verbalmente.

- 1- Poner el mantel sobre la mesa.
- 2- Una vez estirado colocar un plato sobre el mismo
- 3- En la parte superior del plato colocar un vaso
- 4- Al costado del plato los cubiertos.
- 5- Colocar las servilletas
- 6- Colocar las bebidas

Luego el coordinador interrogará a los participantes con el fin de conocer si alguien colabora en esta actividad cotidiana con el personal encargado de la institución, en el caso de que alguno de los sujetos posea la habilidad, se le pedirá que realice la secuencia y se pautará una forma de organización en el grupo que posibilite que aquellos sujetos que tienen la habilidad más desarrollada colaboren con sus otros

compañeros en la consecución de la tarea. Una vez incorporado los conceptos básicos y si el grupo lo permite el ejercicio puede incorporar algún tipo de comida.

Materiales necesarios:

Mantel con pictogramas, utensilios, bandeja..

Tercera Etapa: Habilidades Sociales

Objetivos:

- Desarrollar habilidades de comunicación verbal para funcionar en un grupo.
- Proporcionar modelos de conducta considerado adecuado en una situación concreta.
- Promover actividades que posibiliten la interacción de los internos con la comunidad.

En la siguiente etapa el primer encuentro estará destinado a que los participantes experimenten un acercamiento a las distintas emociones, cuya expresión se vienen trabajando desde el comienzo del programa, esto seguramente posibilitará que las emociones puedan ser reconocidas con mayor espontaneidad.

En el segundo encuentro se desarrollarán técnicas con el fin de otorgar pautas de conducta socialmente reconocidas que a su vez afiancen la convivencia de los sujetos del grupo y su seguridad personal para presentarse ante otros.

Por último, se planean actividades que permitan a los sujetos interactuar en la institución con sus pares y en otros espacios sociales promoviendo salidas, eventos institucionales.

Primer Encuentro : *Reconocimiento de las distintas emociones*

Objetivo:

- Acercamiento al reconocimiento de distintas emociones y su particularidad en la manifestación.

Profesional a cargo: Psicólogo (Coordinador).

Duración: Esta actividad se desarrollara en encuentros, de una duración estimada de 50 minutos.

Lugar: Comedor de las salas.

Actividades:

El encuentro se iniciará con una técnica breve de relajación guiada donde el coordinador brinde lineamientos para trabajar la respiración, explorar las distintas partes del cuerpo centrándose en cada una de ellas. La propuesta es que se cree un clima de tranquilidad que permita que cada sujeto se conecte consigo mismo, con sus sensaciones y emociones, intentando disminuir posibles estados de tensión.

Luego, el coordinador les preguntará como se fueron sintiendo, que partes del cuerpo sintieron más tensas, etc. Se reflexionará acerca de las sensaciones que recibe nuestro cuerpo por ejemplo: cuando se hace mucho ejercicio (se cansan las piernas, sudamos...) y cuando se tiene sueño (se cierran los ojos, no se tiene ganas de hacer nada...).

Finalmente, se les presentarán figuras con rostros representativos de diferentes emociones, tristeza, alegría, enojo, preocupación. Los participantes deberán distinguir que emoción representa cada figura. A continuación, se llevará a cabo una actividad en la que algún miembro deberá representar frente al grupo alguna emoción que sus compañeros deberán adivinar.

Materiales necesarios: Figuras de rostros que representen diferentes emociones.

Segundo Encuentro : *Comunicación*

Objetivo:

- Otorgar pautas de conducta para establecer relaciones funcionales a determinadas circunstancias y contextos.

Profesional a cargo: Psicólogo (coordinador), Profesor de teatro y auxiliares.

Duración: Esta actividad se desarrollara en encuentros, de una duración estimada de 50 minutos.

Lugar: Comedor de las salas.

Actividades:

El coordinador comenzará hablando de la importancia del saludar a los compañeros, mirarse a la cara, solicitando la participación de un voluntario mostrará la habilidad que queremos que adquiera el sujeto. Es importante que la conducta esperada sea modelada y no tan solo explicada a fin que los participantes estén en condiciones de incorporar estas habilidades sociales. En el caso de que alguno de los participantes tenga mayor dominio de la habilidad se estimulará a que manifieste dicha conducta a sus pares, incentivando a que ellos muestren de qué forma se sienten más cómodos al momento de saludar a alguien. Por ejemplo: “ Buenos días! ¿Como estás?” Se les pedirá a los participantes que caminen y en el momento indicado que el coordinador dé la señal de parar (un aplauso), con el compañero más cercano establezca un contacto visual y realicen un saludo. Para realizar esta actividad es necesaria la presencia del Psicólogo, profesor de teatro y auxiliares para guiar a los participantes mientras interactúan.

Se expresará verbalmente que cada uno es dueño de su cuerpo por lo tanto en el momento de acercarse a otra persona es necesario respetar el espacio del otro. El profesor de teatro mediante ejercicios trabajará con los participantes en relación espacio propio, ajeno y compartido.

Luego proponiendo la técnica del “role and play” se le dará la consigna a un participante para personificar a un sujeto en distintas situaciones contento, pensativo, ocupado, etc. Al finalizar el encuentro se les dará un reforzador de tipo social halagos, palmadas, así como también se pueden otorgar reforzador tangibles como premios sorpresas.

Tercer Encuentro: *Actividades orientadas a la Resocialización*

Objetivo:

- Festejar cumpleaños, asistir a eventos de la comunidad e intercambiar con sujetos asistentes a otras instituciones.

Profesional a cargo: psicólogo (coordinador).

Duración: se establecerá en función de cada actividad.

Lugar: Comedor de las salas.

Actividades:

El coordinador armará con los participantes un calendario donde se diagramarán los días del mes para poner una foto en la fecha de cumpleaños de cada participante, esto facilitará que el grupo recuerde que ese día hay que saludar al compañero, cantar el cumpleaños y organizar un festejo. El día anterior a la fecha se invitará a los participantes a elaborar una tarjeta como forma de agasajar al cumpleañosero. En el mismo calendario se pondrán las fechas importantes de la comunidad con asistencia a festejos, desfiles y se pueden incluir salidas formativas y de recreación (paseos por la ciudad, picnic en el parque, salidas al cine, etc.)

Así mismo se fomentará la realización de eventos institucionales donde los internos puedan relacionarse con sujetos de otras instituciones organizando en conjunto con otra institución actividades recreativas, juegos, deportes, etc.

Materiales necesarios:

Traslado (medio de transporte) y seguro de cada interno y de los acompañantes. .

Síntesis del Programa de Aplicación

Primera Etapa	Encuentro	Actividad	Duración Estimada	Recursos Humanos	Recursos Materiales
	I	Presentación del coordinador y los integrantes del grupo	45 minutos	Coordinador	Espacio físico. Cuadrados de cartulina, lápices de colores, cobertor plastificado, letras con pegamento.
	II	Percepción y reconocimiento del rostro propio y ajeno	60 minutos	Coordinador y auxiliares.	Espacio Físico. Panel con las partes del rostro, espejo individual, panel con diferentes texturas, radio grabador, música y grabaciones con diferentes sonidos.
	II	Percepción y reconocimiento del propio cuerpo y el de los demás	60 minutos	Coordinador y auxiliares.	Espacio físico. Tela música, panel esquema corporal, radio grabador.

Segunda Etapa	Encuentro	Actividad	Duración Estimada	Recursos Humanos	Recursos Materiales
Higiene	I	Lavado de cara y manos(*)	50 minutos.	Coordinador y auxiliares.	Espacio físico. Jabón, recipiente c/ agua, toalla.
Higiene	II	Conceptos básicos de la higiene dental (*)	60 minutos.	Coordinador, Odontólogo y auxiliares	Espacio físico, cepillo de dientes, pasta dentífrica, hilo dental, espejo toalla.
Vestimenta	I	Praxias de vestimenta	40 minutos	Coordinador y Psicomotricista	Campera con cierres, saco con botones, elementos prediseñados que son utilizados para terapias ocupacionales.
Vestimenta	II	Diversidad en la	60	Coordinador y	Diferentes prendas de

		vestimenta	minutos	Psicomotricista	vestir, paneles con pictogramas. Maniquí.
Alimentación	I	Hábitos de Alimentación	60 minutos	Coordinador	Utensillos, seguros para evitar accidentes.
Alimentación	II	Poner la mesa (**)	40 minutos	Coordinador	Mantel con pictogramas, utensillos, bandeja
Tercera etapa	Encuentro	Actividad	Duración Estimada	Recursos Humanos	Recursos Materiales
	I	Reconocimiento y expresión de las distintas emociones	50 minutos	Coordinador	Figuras con rostros que representes diversas emociones.
	II	Comunicación	50 minutos	Coordinador, profesor de teatro, y auxiliares.	
	III	Actividades orientadas a la resocialización	Según la actividad propuesta	Coordinador y personal auxiliar.	Traslado, seguro.

*Se determina que estas actividades serán reforzadas en cada encuentro que lo requiera, como por ejemplo en el caso de Alimentación.

** Esta actividad se complementará con la anterior, a modo de refuerzo y vinculación, es decir a la hora del almuerzo se pone la mesa y luego se llevará a cabo el hábito alimenticio.

EVALUACION DE IMPACTO.

Todo programa de aplicación profesional conlleva una instancia de evaluación para lo cual se decide conformar una grilla de observación (ver anexo 3) la cual se aplicará en el primer y último encuentro de cada etapa, en los cuales se tomarán en cuenta variables que se trabajen mediante actividades concretas como así también información relacionada a grados de atención, modalidad de respuestas, actitudes, uso de lo verbal y paraverbal.

La modalidad de observación tiene su fundamento en la conformación de una línea base, donde en primer lugar se observara la presencia o no de habilidades que posea el paciente para luego evaluarlas. Una vez instrumentalizado el PAP se aplicara nuevamente la grilla de observación para obtener parámetros de evolución en la adquisición de las habilidades entrenadas y así verificar la validez y utilidad del proyecto.

Es aquí donde se corroborará el impacto del programa, los resultados tendrán no solamente una lectura cuantitativa, sino que además, se complementará con un análisis cualitativo del cómo el sujeto lleva a cabo las actividades propuestas.

Observación	Momento	Variable
Observación Etapa I	Primer encuentro y último Encuentro de la Primera Etapa	Comunicación Relaciones Sociales
Observación Etapa II	Primer encuentro y último Encuentro de la Segunda Etapa	Higiene y cuidado personal. Vestimenta. Alimentación

Observación Etapa III	Primer encuentro y último Encuentro de la Tercera Etapa	Resolución de conflictos interpersonales. Reconocimiento y expresión de sentimientos. Modelación de conductas.
Observación Final	A la finalización del programa	Comunicación Relaciones Sociales. Higiene y cuidado personal. Vestimenta. Alimentación Resolución de conflictos interpersonales. Reconocimiento y expresión de sentimientos. Modelación de conductas

REFLEXIONES FINALES

La sociedad que desconoce lo diferente, intenta negar la parte de la realidad que no puede aceptar hasta el punto de creer que efectivamente ha desaparecido. En el proceso muchos valores se ponen en juego. En este contexto sociocultural se prioriza el concepto de utilidad y belleza. Y bajo esos parámetros muchos objetos quedan fuera de foco. Lo que es peor muchos sujetos dejan de ser considerados individuos dignos de ser integrados, a lo cotidiano, a la realidad del día a día.

Cuando en una familia nace un niño con retraso mental, o cuando es peor un par de años más tarde esa familia descubre que ese niño posee alguna patología se produce un vacío. No hay suficientes instituciones capaces de apoyar a la familia y de hacer posible la inserción a la sociedad de este individuo, con lo cual en la mayoría de los casos los mismos terminan con una suerte de abandono en instituciones públicas. No es posible continuar haciendo individuos olvidándonos que si bien sus capacidades son diferentes, no son inexistentes.

Es necesario comenzar a ver las múltiples habilidades en vez de las discapacidades, y de esta manera comenzar a cambiar la vida de una persona, una familia, una institución a la vez. Para el logro de este objetivo es importante dejar de vivir en una sociedad fragmentada para comenzar a formar una integrada por todos los individuos que realmente la conforman con sus muy distintas capacidades .

Si bien este proyecto conformaría un primera instancia que pretende que los internos logren adquirir una funcionalidad subjetiva y social incluso dentro de la misma institución distinta a la que tienen. Que un interno logre hacerse cargo de por ejemplo cuidar los autos de la playa de estacionamiento a cambio de unas monedas para comprarse algo en el kiosco es muy diferente a que se abalancen contra la gente que ingresa a la institución y le pidan una moneda que la obtienen porque los otros terminan asustados.

De acuerdo a lo observado en el Complejo Asistencial Regional Bell Ville, vale pensar que muchas de las tareas básicas realizadas por enfermeros o personal altamente capacitado podrían ser compartidas por estos internos. Si esto se lograra, quizás se ocuparía parte de su prolongado tiempo libre elevándose su autoestima y su bienestar, creándose espacios ocupacionales. La sociedad pareciera estar muy lejos de alcanzar

esta meta, este trabajo intenta aportar un hilo de luz, que podrá despertar quizás nuevas inquietudes.

Bibliografía

- AAMR. (1997) Retraso mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo. Versión española de Miguel A. Verdugo y Cristina Jenaro. Edit. Alianza. Madrid. 1997. Pág. 14-21.
- Barrionuevo, H (2005) Ministerio de Salud y Ambiente. Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria. Salud Mental y Discapacidad Mental en las Obras Sociales Nacionales. Documento recuperado el 8/10/08
[WWW.insal.gov.ar/htm/site/salud-investigado/pdf/libros/2005/barrionuevo.](http://www.insal.gov.ar/htm/site/salud-investigado/pdf/libros/2005/barrionuevo)
- Boluarte, A; Mendez, J y Martell, R.(2006) Programa de entrenamiento en habilidades sociales para jóvenes con retraso mental leve y moderado. *Mosaico Cient.* [Versión electrónica]., vol.3, no.1 Documento recuperado 25 /06/08, p.34-42. (<http://www.scielo.org.pe/scielo.php>).
- CIE-10: Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Edit. Meditor. Madrid. 1992.
- Delfino, Viviana.(2007). ¿Cómo se presenta la atención de la salud Mental del Adulto Síndrome de Down en las Instituciones donde asiste?. Tesis de Maestría en psicología Clínica, Universidad Siglo XXI. Córdoba. Argentina.
- Del Prette, Z A. P, Del Prette, A.(2002) Psicología de las Habilidades Sociales: Terapia y Educación. México: Edit El Manual Moderno.
- DSM-IV. (2002) Cuarta Edición del Manual Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Edit. Masson.. Pág. 45-46, 49-50
- García Fernández, José M.; Berruezo Adelantado, Pedro Pablo y otros.(2007) Discapacidad intelectual: desarrollo, comunicación e intervención. Madrid: Edit. Ciencia de la educación preescolar y especial.

- Ley 24.901- De prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a Favor de las Personas con Discapacidad(documento recuperado el 5/9/08).
www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/45000-49999/47677/norma.htm
- Ley 22.431- Sistema de Protección integral de los Discapacitados. (Documento recuperado el 6/10/08) www.redconfluir.org.ar/juridico/leyes/l22431_1.htm
- Ley 24.147- Talleres protegidos de Producción y Grupos laborales protegidos para Trabajadores Discapacitados. Documento recuperado el 6/10/08
www.redconfluir.org.ar/juridico/leyes/l24147_6.htm
- Robles, G. (2003) “La reclusión de la cronicidad y el efecto de invalidación asistida”.[Versión electrónica] (Documento recuperado el 26/3/08).
(www.topia.com.ar/articulos/0804-robles.htm - 24k)
- Schalock Robert L (1999) III Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad. Universidad de Salamanca, España.18-20
- Verdugo, M. A. (1994)El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental: la nueva definición de la AAMR. Madrid: Edit. Siglo Cero. Pág. 5-24
- Verdugo,M.A.(1995) Personas con discapacidad perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras. España: Edit. Siglo Veintiuno.
- Verdugo, M. A.(1999) Avances conceptuales y del futuro inmediato: Revisión de la definición de 1992 de la AAMR. Madrid: Edit. Siglo cero.
- Verdugo, M. A., Martín M.(2002) Autodeterminación y calidad de vida en Salud Mental: dos conceptos emergentes. Salud mental, agosto, año/vol. 25, número 004. Instituto nacional de psiquiatría ramón de la Fuente. Distrito federal, México. Pp. 68-77

- *Proyecto de Ley Nacional de Salud Mental.* Revista de Psicología y Ciencias Humanas. Año XI N°38. 2008

Anexos

ANEXO I: Pauta Para Entrevista con Informantes Claves.

1. Reseña Histórica de la creación y evolución de la institución.
2. Reseña histórica sobre el creación del área de Salud Mental.
3. Cantidad de pacientes que se encuentran internados y tipos de patologías que sufren.
4. Tipos de tratamientos que brinda la institución.
5. Descripción del equipo de profesionales, actividades y roles en la institución.
6. Respecto de los internos de Retraso Mental:
 - 6.1. Tratamientos específicos.
 - 6.2. Actividades recreativas.
 - 6.3. Necesidades específicas de los pacientes
7. Necesidades de la institución y/o profesionales en el área de Salud Mental.

ANEXO II: Cuestionario Aplicado a los Profesionales de la Institución

CUESTIONARIO SOBRE ACTIVIDADES

Este cuestionario está orientado a recabar información relacionada a las actividades que realizan los internos en el Complejo Regional Asistencial Bell Ville, como así también información sobre opiniones de los profesionales que trabajan con ellos.-

Toda la información que se recabe en este cuestionario es anónima y confidencial, y no se revelará ningún contenido del mismo.-

Cuando sea Necesario marque con una cruz (X) o complete en el espacio designado.-
Ante cualquier duda consulte con el responsable de la aplicación del cuestionario.-

Edad			
Sexo	F		
	M		
Antigüedad en la Institución			
Profesión			
Pabellón Designado:			

1	¿Se realizan actualmente actividades?				
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 5px;">Si</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">No</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table>	Si		No	
Si					
No					

En caso de que la respuesta anterior haya sido afirmativa por favor continuar con las preguntas 1.1. y 1.2. En caso contrario seguir en la pregunta 2

1,1,	¿Cuáles?
1,2,	¿Con qué pacientes?

2	¿Cree importante que se realicen actividades con los internos?	
	Si	
	No	

3	En caso de que se realicen actividades terapéuticas ¿ cuál considera que serían las áreas más beneficiadas? Califique del 1 al 10 de acuerdo con la importancia que Ud. le otorga a cada área.-.	
	ÁREAS	PUNTAJE

ÁREAS	PUNTAJE
Resocialización	
Actividades básicas cotidianas	
Relaciones interpersonales	
Destreza física	
Ocupación del tiempo libre	
Necesidad de medicación	

4	¿Cuáles de las siguientes actividades considera que serían posibles de aplicar y resultarían beneficiosas?	

Teatro	
Juegos al aire libre	
Pintura	
Títeres	
Expresión Corporal	
Danza	
Deportes	
Otras. ¿Cuáles?	

5	¿Estaría dispuesto a colaborar en las actividades?	
	Si	
	No	

En caso de que la respuesta anterior haya sido afirmativa por favor continuar con la pregunta 5,1.
En caso contrario continuar en la pregunta 6.-

5,1	En cuáles de las siguientes actividades colaboraría usted?	
	Teatro	
	Juegos al aire libre	
	Pintura	
	Títeres	
	Expresión Corporal	
	Danza	
	Deportes	
	Otras. ¿Cuáles?	

6	El espacio siguiente está destinado para que usted pueda hacer comentarios relacionados a las preguntas antes realizadas. En el mismo podrá opinar sobre actividades actuales o sugerir actividades que podrían realizarse en un futuro con los internos y que estén orientadas a mejorar la calidad de vida de los mismos dentro de la institución.-
---	---

AGRADECEMOS SU COLABORACIÓN

ANEXO III: Grilla de observación.

Nombre del Coordinador del grupo:

Nombre del Observador:

Fecha:

Institución:

	Primera Etapa			P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7
Comunicación:										
a. Participa activamente de una conversación iniciada por un desconocido										
b. Participa activamente de conversación iniciada por un conocido										
c. Inicia conversación con otro										
d. Mantiene conversación con otro sujeto del grupo										
e. Invita a un sujeto del grupo a comenzar una actividad										
Relaciones Sociales										
a. Sujeto responde cuando otro inicia una actividad										
b. Sujeto inicia interacción con otros sujetos del grupo										
c. Sujeto es capaz de mantener interacción con otros sujetos del grupo										
d. Sujeto invita a otro sujeto a participar										
e. Sujeto demuestra afinidad hacia otros sujetos del grupo										

Higiene y cuidado personal		Segunda etapa																	
a. Sujeto observa cuando otros realizan actividades de aseo personal.																			
b. Sujeto es capaz de llevar a cabo algunas partes de su aseo personal.																			
c. Sujeto es capaz de realizar actividades de aseo personal independientemente.																			
d. Sujeto es capaz de identificar la utilidad de objetos p/ tarea de aseo.																			
e. Sujeto identifica algunas partes del proceso de higiene personal.																			
f. Sujeto puede describir partes de la rutina de aseo personal.																			
g. Sujeto es capaz de asistir a otros individuos en tarea de aseo personal.																			
Vestimenta																			
a. Sujeto tiene manejo de los cierres de su vestimenta																			
b. Sujeto es capaz de abrocharse los botones que conlleva la ropa																			
c. Sujeto distingue el tipo de vestimenta que debe utilizar para cada ocasión																			
d. Sujeto posee independencia en cuanto a la praxia de vestimenta																			
Alimentación																			
a. Sujeto reconoce los utensillos para llevar a cabo la acción de comer																			
b. Sujeto utiliza los utensillos de acuerdo a la función de los mismos																			
c. Sujeto es capaz de obtener la postura correcta para dicha acción																			
d. Sujeto es capaz de cooperar y ayudar a otros individuos en la tarea de poner la mesa																			
e. Sujeto es capaz de llevar a cabo la acción de poner la mesa.																			
Resolviendo conflictos interpersonales																			
a. Ante un conflicto, sujeto responde gritando o con violencia física																			

