Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü **http://kimelu.mdp.edu.ar/**

Licenciatura en Terapia Ocupacional Tesis de Terapia Ocupacional

2012

Sistematización de una experiencia de campo : implementación del taller de ritmos latinos como recurso terapéutico en el centro de promoción social

Mortore, María Victoria

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/764

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

TO
Inv. 4079

"SISTEMATIZACIÓN DE UNA EXPERIENCIA DE CAMPO. IMPLEMENTACIÓN DEL TALLER DE RITMOS LATINOS COMO RECURSO TERAPÉUTICO EN EL CENTRO DE PROMOCIÓN SOCIAL"

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

TESIS DE GRADO PRESENTADA EN LA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL PARA
OPTAR AL TITULO DE LICENCIADA EN TERAPIA OCUPACIONAL

Mortore, Maria Victoria

Sabino, Fanny Esther

MAR DEL PLATA. PCIA DE BUENOS AIRES. ARGENTINA.

ABRIL 2012

Directora:

Tolomio, Verónica Andrea

Licenciada en Terapia Ocupacional

U.N.M.D.P.

Diplomada en Políticas en Salud Mental y Derechos Humanos

U.N.M.D.P.

Asesoría Metodológica:

Asignatura Taller de Trabajo Final.

Dpto. Pedagógico de Lic. en Terapia Ocupacional. FCS y SS

U.N.M.D.P.

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.
Inventario 4079
Signatura top
Vol
Ejemplar 1
Universidad Nacional de Mar del Plata
27 SEP 2012

Tesistas:

Mortore, María Victoria

DNI: 25.957.120

U.N.M.D.P.

Sabino, Fanny Esther

DNI: 92.525.063

U.N.M.D.P.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Lic. Verónica Andrea Tolomio, nuestra Directora, por brindarnos su conocimiento y dedicación para poder concluir esta última etapa de formación como futuras Terapistas Ocupacionales.

A la Lic. Silvana Beatriz Lopizzo, Directora del Centro de Promoción Social, por permitirnos llevar adelante este proyecto en la institución.

A los profesionales y personal de la institución por su apoyo y colaboración.

A los integrantes del taller por participar de esta experiencia y permitirnos aprender juntos.

A todas las personas que también hicieron posible la realización de nuestro trabajo final.

A todos ellos, Muchas Gracias!!

DEDICATORIAS

A mis padres, por todo el esfuerzo que realizaron para brindarme la oportunidad de estudiar.

A mi marido Diego, por acompañarme y ayudarme tanto, porque gracias a su apoyo fue posible terminar con este sueño.

A mis hijos Bautista y Luján, por la paciencia que me tuvieron y el tiempo que les quité estudiando.

A mi hermana Natalia, que siempre confió en que terminaría.

A mi amiga y compañera de tesis Fanny, por compartir conmigo todos estos años de estudio y experiencias de vida, gracias por tu amistad incondicional y por hacer posible la culminación de esta etapa.

A todos los amigos que conocí en la facultad, por hacer que esos años fueran hermosos e inolvidables.

A Dios, por darme la fortaleza para seguir avanzando en este camino y por todo...

Victoria.

Mi mayor agradecimiento es a Victoria, amiga y compañera de tesis y de toda la carrera, con quién compartimos interminables tardes de estudio, mates y largas charlas terapéuticas. Gracias por tu apoyo constante; sin vos, no lo hubiera logrado. Gracias Vicky! Por fin llegamos!

A mamá, que siempre estuvo a mi lado, testigo de mi esfuerzo, dándome palabras de aliento para que no baje los brazos. Gracias ma! Te quiero mucho!

Papá, me hubiera gustado que estés y poder abrazarte. Te llevo en el corazón.

A mi hermano Víctor, que lo quiero mucho.

A todos mis amigos, por compartir conmigo cada momento, tanto las alegrías como las tristezas, confiando en que llegaría hasta el final. Gracias por estar siempre y bancarme en tantas!

A Dios, por haber puesto en mi camino tanta gente maravillosa, sin la cual no hubiera podido llegar hasta acá.

Gracias a todos por formar parte de esto!

Fanny.

INDICE

Introducción..... **8**

Estado actual de la cuestión..... **10**

Marco Teórico

Capítulo I

Características de la Institución..... **22**

Capítulo II

Trastorno Mental Severo..... **27**

Esquizofrenia..... **30**

Retraso Mental..... **37**

Capítulo III

Cuerpo, Corporalidad y Corporeidad..... **44**

Esquema e Imagen Corporal..... **47**

Corporeidad en el Trastorno Mental Severo..... **54**

Capítulo IV

Terapia ocupacional: Definición, Fundamento Filosófico, Ocupación Y Actividad..... **60**

Historia y Evolución del baile. Antecedentes de las Técnicas Corporales como Recurso Terapéutico..... **67**

Implementación del Taller de Ritmos Latinos: Articulación Teórico - Práctica..... **72**

Aspectos Metodológicos

1. Objetivos del Proyecto de Sistematización de la Experiencia de Campo..... 78

2. Tipo de Trabajo..... 79

3. Localización..... 79

4. Período..... 79

5. Participantes..... 79

6. Objetivos del Taller de Ritmos Latinos..... 80

7. Abordaje, Modalidad y Frecuencia..... 82

8. Cronograma de Actividades..... 83

9. Recursos Físicos, Materiales y Humanos..... 84

10. Recursos Económicos..... 85

11. Tipo de Registro y Evaluación..... 86

12. Análisis de los datos..... 90

Presentación de los Resultados

1. Análisis e interpretación de los datos..... 92

2. Descripción de la experiencia..... 108

3. Conclusiones..... 115

Bibliografía..... 123

Anexos..... 129

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de sistematización surge a partir de la experiencia de práctica clínica realizada por una de las tesistas en el Centro de Promoción Social, con el grupo de personas que asistía al dispositivo de los Talleres Integrados. A los mismos concurren adultos con trastorno mental severo, teniendo en general una permanencia de varios años en éste centro. Esta institución tiene por objetivo promover la prevención, tratamiento y rehabilitación integral de personas con padecimientos psíquicos.

Luego de analizar en forma conjunta las características propias de esta población a fin de realizar nuestra tesis de grado, pudimos identificar dificultades individuales y grupales en cuanto a la corporeidad, las relaciones vinculares y la integración social.

Surgió entonces la necesidad de buscar una actividad desde Terapia Ocupacional que pudiera captar el interés y la motivación de este grupo de personas para abordar la problemática encontrada. Por tal motivo, teniendo en cuenta lo placentero y recreativo del baile y la música es que decidimos implementar el Taller de Ritmos Latinos como recurso terapéutico; porque evaluamos que es una actividad significativa e integradora que nos permite favorecer los componentes del desempeño ocupacional comprometidos.

Mediante esta sistematización donde teoría y práctica confluyen, se pretende realizar un aporte creativo, integrador y reflexivo de otras formas de implementación de actividades grupales para el Terapista Ocupacional que busca nuevos recursos terapéuticos.

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

En la búsqueda bibliográfica realizada a través de diversas fuentes, como Internet, en Lilacs y Medline, y en Tesis de grado de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata, no se encontraron experiencias similares a la aplicación de los ritmos latinos como recurso terapéutico desde Terapia Ocupacional. Si bien la mayoría de los trabajos encontrados se suscitan en otras áreas, Ej.: Danzaterapia y Musicoterapia, aportan datos pertinentes con una relación directa o indirecta con nuestra investigación, por lo que se los ha considerado en el presente trabajo.

En el año 1991, el T.O Cecchi, N. y la T.O Donati, M. en su tesis *"Expresión Corporal, nuestro camino hacia la imagen corporal"* realizaron un trabajo sobre la implementación de la expresión corporal desde T.O para favorecer la percepción de la propia imagen corporal en niños de 9 y 10 años. Trabajaron con 47 niños de ambos sexos sin patología del Instituto Pío XII, perteneciente al Patronato de la Infancia, de la ciudad de Mar del Plata. En el primer encuentro se tomó un pre-test sobre la percepción de la imagen corporal: el dibujo de la figura humana. Luego de concluidos los encuentros, se realizó un post-test, con el objeto de observar y analizar los dibujos de la figura humana, y detectar si se produjeron o no, modificaciones. Después de haber completado la experiencia, comprobaron que la actividad expresión corporal constituye un medio para el enriquecimiento de la Imagen Corporal, dado que propone entre otras cosas: el desarrollo de la capacidad de percibir el aparato sensorio motor, la posibilidad de conocer el espacio corporal propio y externo y la utilización del

cuerpo a través del movimiento, que sirve como canal de comunicación y expresión de respuestas creadoras. Hallaron también que la implementación de técnicas corporales desde T.O, permite determinar el valor de la actividad, siendo a la vez un medio y un lugar generador de formas de expresión, comunicación y aprendizaje a la vez que facilita la percepción de la propia imagen corporal.

En febrero de 1996, la Lic. En T.O, Cristina Cuello, realiza un trabajo de investigación denominado *"Expresión Corporal en niños ciegos"* en la Escuela de Ciegos Nº 504 de la ciudad de Mar del Plata. La muestra estaba conformada por 11 niños y niñas de entre 6 y 7 años de edad. En este trabajo se utilizó la expresión corporal como medio terapéutico en un abordaje interdisciplinario: terapista ocupacional, reeducadora fonética y profesora de música. Se llegó a la conclusión que a través de este abordaje los niños lograron mejorar la postura, realizar patrones de movimientos adecuados y controlados, utilizar sus capacidades sensoperceptivas y diferentes tipos de comunicación (verbal, no verbal) entre otros. La autora señala la importancia de incluir la actividad corporal en la etapa de jardín de infantes y en los primeros años, dentro de la educación sistematizada de niños ciegos.

Las Lic. En T.O López, J.; Mastromarino, M. y Romero, C. presentaron su Tesis de grado en el año 1996 denominada: *"Psicosis e imagen corporal"*. Realizaron su trabajo de investigación en la Clínica Psicopatológica del Mar de la ciudad de Mar del Plata. El universo de estudio estaba compuesto por personas adultas institucionalizadas con diagnóstico de psicosis crónica. Las

mismas fueron abordadas a través de la estimulación psicomotríz, durante un período de cinco meses, con una frecuencia de 3 veces por semana. Para su evaluación se utilizó el test del dibujo de la figura humana comparando un primer dibujo realizado antes de comenzar con la actividad con un segundo dibujo realizado luego de finalizar la experiencia. Al término del trabajo de campo obtuvieron como resultado que la estimulación psicomotríz en tanto técnica implementada desde el espacio de T.O, contribuye a la integración de la estructura de la imagen corporal de pacientes psicóticos.

Murow, E. y Unikel, C. presentan en el año 1997, su trabajo *"La musicoterapia y la terapia de expresión corporal en la rehabilitación del paciente con esquizofrenia crónica".* Este programa se llevó a cabo en el Instituto Mexicano de Psiquiatría a lo largo de 14 meses, con un grupo de 33 pacientes entre 18 y 40 años de edad con diagnóstico de esquizofrenia crónica. Se empleó la expresión corporal y la musicoterapia como técnicas terapéuticas dentro de un programa de intervenciones terapéuticas múltiples, que incluía psicoterapia individual y de grupo, intervención psicosocial, y un bloque de terapias de actividades el cual estaba constituido por terapia recreativa, expresión corporal, musicoterapia y clase de dibujo, abarcando un total de 7 horas y media a la semana. Los objetivos trabajados fueron mejorar el autoconcepto de los pacientes, sus habilidades de socialización y la forma en como empleaban su tiempo libre. Fueron evaluados antes y después del tratamiento con un instrumento creado para evaluar a los pacientes esquizofrénicos en programas de musicoterapia y/o terapias de actividades. Al analizar las puntuaciones individuales para cada una de las escalas del

instrumento, los pacientes mostraron cambios en sus habilidades de socialización, interacción con otras personas y ocupación del tiempo libre. Llegaron a la conclusión que los pacientes se beneficiaron de este programa de intervenciones terapéuticas múltiples.

Los autores Ríos Quirós, L. y Martínez Villanueva, C. realizaron en el año [200-] una investigación titulada *"Manifestaciones Expresivas en la Discapacidad Psíquica: Bailes de Salón "*. La experiencia fue llevada a cabo en el Centro Ocupacional de Espinardo de la ciudad de Murcia, España. En la realización de este proyecto participaron un total de 14 personas con discapacidad psíquica, seleccionadas de forma aleatoria. El objetivo de este trabajo fue buscar un acercamiento a la actividad física a través de los contenidos recreativos y expresivos que ofrece la práctica de bailes de salón y ritmos latinos, mediante la utilización del baile como instrumento pedagógico para el desarrollo de las actividades de expresión corporal .Se trabajó de forma individual y grupal, adaptando los pasos, giros y figuras a las características del grupo. Los resultados obtenidos fueron altamente positivos, ya que se facilitó el conocimiento de diferentes formas de manifestaciones expresivas, se observó un mantenimiento en el desarrollo de las capacidades físicas básicas y mejoras en el equilibrio y coordinación, y también se logró la participación e interacción social del grupo a todos los niveles.

La Lic. en T. O Tolomio, V. realiza en la ciudad de Mar del plata en el año 2002 su Tesis "*La murga como recurso terapéutico. Sistematización de una Experiencia de Campo en el ámbito de la Educación Especial*". El proyecto se

llevó a cabo en la escuela especial Nº 514 a través del abordaje grupal utilizando la modalidad de taller, con una frecuencia de tres veces por semana, una hora cada vez, en co-coordinación con el área de música. La muestra se conformó por 35 niños de ambos sexos con diagnóstico de Retardo Mental Leve o Moderado. Se propuso analizar la murga como una actividad que se podía aplicar desde Terapia Ocupacional, en donde se trabajaran simultáneamente objetivos terapéuticos y educativos. Estos eran desarrollar y/o mejorar los diversos componentes del desempeño ocupacional (físicos, psicológicos, sociales y cognitivos) y favorecer la integración social de los alumnos de la institución. Los resultados demostraron que la murga como recurso terapéutico permite trabajar todos los elementos y componentes de la psicomotricidad, y afianzar el trabajo de integración e inserción que la escuela venía realizando.

En el año 2003 se publica un trabajo de investigación denominado *"La experiencia musical como factor curativo en la musicoterapia con pacientes con esquizofrenia crónica"*, realizado por Murow, E. y Sánchez, J. El objetivo de este estudio era examinar el empleo de la musicoterapia en la percepción de bienestar, según las respuestas de un grupo de pacientes con esquizofrenia durante y como consecuencia del tratamiento con musicoterapia. Otro propósito fue describir como evolucionaba la percepción del empleo y de la utilidad de la experiencia musical como recurso terapéutico y su relación con los cambios en los síntomas negativos de la enfermedad. La muestra estuvo conformada por quince personas con diagnóstico de esquizofrenia en fase crónica de varios tipos, que formaban parte de un Programa de Rehabilitación

Integral de Pacientes con Esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, en la ciudad de México. El total de los encuentros fue de cuarenta llevándose a cabo dos veces por semana con una duración de una hora. Se emplearon técnicas de improvisación musical clínica, teniendo por objeto mejorar la comunicación verbal y no verbal, brindar un medio a la autoexpresión, fomentar la interacción interpersonal, desarrollar habilidades para la interacción grupal, brindar estimulación sensorial y desarrollar la creatividad. Para evaluar tanto el bienestar del paciente a lo largo del tratamiento como su percepción de la experiencia en el trabajo con la música, se desarrollo una breve forma de registro que era llenado por los pacientes al principio y final de cada sesión. También se les aplicó la escala de síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia (PANSS). Los resultados obtenidos mostraron la mejoría en la sensación de bienestar y su asociación con la mejoría en los síntomas negativos a lo largo del tratamiento.

En el mes de mayo del año 2006, las Lic. En T.O Hojsgaard, C. y Otero, S. realizan un trabajo de investigación llamado *"Actividades Corporales Expresivas en Retraso Mental Severo".* Este se llevó a cabo en el Centro Educativo Terapéutico "Casa del Sol" de la ciudad de Mar del Plata. La muestra se conformó por 8 jóvenes con retraso mental severo con una edad promedio de 19 años. Todos ellos presentaban en mayor o menor medida lenguaje receptivo y solo 3 lenguaje expresivo. El abordaje se realizó a través de la modalidad de taller, en el transcurso del cual se implementaron diferentes técnicas de expresión corporal y psicomotricidad. Se concluye que el taller de actividades corporales expresivas como técnica implementada desde Terapia

Ocupacional permitió generar un cambio favorable en el conocimiento del esquema corporal.

En el año 2007, Salas, S. y Calderón, publican el artículo *"Psicoterapia del movimiento: herramienta terapéutica con pacientes esquizofrénicos"*, el cual se desprende del estudio realizado por Salas y Arce como tesis de graduación para optar por el grado de Licenciatura en Psicología, de la Universidad de Costa Rica. En esta investigación se puso a prueba la psicoterapia del movimiento, modelo terapéutico diseñado por ellas cuya característica principal es la utilización del cuerpo como herramienta de trabajo. Se indagó los efectos de un programa de tratamiento estructurado según este modelo sobre la comunicación de emociones en adolescentes entre 14 y 18 años de edad, diagnosticados con esquizofrenia, que asistían al Hospital Nacional Psiquiátrico. La intervención terapéutica fue de tres meses, con una sesión grupal por semana de una hora cada una. Uno de los alcances más importantes que obtuvieron fue lograr que se produjeran cambios a nivel comunicativo y se mantuvieran tres meses y medio después de finalizado el tratamiento, impidiendo así que el dilema esquizofrénico se volviera a apropiar por completo del paciente y beneficiándolo en cuanto a sus procesos comunicativos. Concluyen que la psicoterapia del movimiento es una herramienta terapéutica, cuyo principal canal de abordaje del conflicto es el cuerpo, siendo éste el medio de expresión de la transformación y al mismo tiempo su instrumento.

En junio de 2009 en Cádiz, España, López Araque B. publica en la revista del Centro de Investigación Flamenco un artículo titulado *"Beneficios de la práctica del baile flamenco en la vejez"*. En éste se exponen diferentes argumentos sobre como el flamenco puede contribuir a que se disfrute durante la vejez de mayor salud y bienestar. Este baile interacciona positivamente en el proceso de envejecimiento ya que mantiene la flexibilidad y musculatura de la articulación escápulohumeral mediante el braceo, permite luchar contra el proceso de la osteoporosis del cuello del fémur en acciones como el zapateo, y trabajar también de forma natural en el fortalecimiento de la musculatura del cuádriceps que tan rápidamente se pierde a esta edad por desuso. A los beneficios mencionados debe sumarse la motivación psicológica que se logra por el uso de la música, lo que interacciona directamente en el estado de ánimo. Facilita también las relaciones interpersonales, aspecto que a veces queda muy descuidado en personas mayores, además de la importancia del valor social que tiene la práctica del baile flamenco para este país. Por todo lo expuesto la autora concluye que el baile flamenco es una herramienta que permite aumentar la calidad de vida orgánica y espiritual durante el transcurso de la vejez.

De las Heras Monastero, B. en el año 2009, presenta un proyecto de investigación "*El flamenco como vehículo de salud y participación social para personas con trastorno mental",* el cual se estaba llevando a cabo en ese momento, motivo por el que no contamos con las conclusiones pertinentes. Este se desarrollaba de manera conjunta entre el Museo del Baile Flamenco, las Comunidades Terapéuticas del área sanitaria Virgen del Rocío y la

Asociación de Autoestima Flamenca. Era un programa educativo terapéutico aplicado según el calendario escolar, de septiembre a junio inclusive, con sesiones de una hora y media de duración, una vez a la semana, a los usuarios que formaban parte del programa de Terapia Ocupacional de la Comunidad Terapéutica del área sanitaria Virgen del Rocío. Se trataba de un proyecto de intervención psicosocial que tenia por objetivo conocer en que medida el baile flamenco, incidía en el bienestar físico y psicológico de personas que padecían un trastorno mental, a la vez que se constituía como un mecanismo de participación social de personas con gran riesgo de exclusión. Estaba dirigido a la integración social del participante, a la concientización de las posibilidades y limitaciones de su cuerpo, a la canalización de sus emociones y pensamientos encontrando un equilibrio desde un trabajo integral (cognitivo, físico, relacional y emocional). Por ello se trabajaron aspectos corporales, expresivos, rítmicos y dancísticos buscando el bienestar y la mejora de los síntomas del usuario.

En el año 2009, Hackney, M. y Eahart, G. publicaron su trabajo *"Baile de Tango intensivo, de corta duración, para el mal de Parkinson: un estudio piloto no controlado"*. El propósito de este estudio era determinar la aceptabilidad y la viabilidad de un programa intensivo de lecciones de Tango para personas afectadas con mal de Parkinson de grado leve o moderado, y estudiar el efecto provocado en su movilidad funcional. Participaron de este programa 14 personas con diagnóstico de Parkinson idiopático, durante dos semanas, cinco días a la semana, con clases de 1 hora y media cada una. Estas estaban a cargo de un instructor experimentado y bailarín profesional de bailes de salón. Cada encuentro comenzaba con ejercicios de respiración, de alineación

postural y de miembros inferiores, preparando así a los participantes para acciones motoras más complejas. Seguidamente se enseñaba algún paso característico del tango, trabajándolo en parejas, y por último se lo sumaba a los aprendidos en clases anteriores, brindándoles así una mayor combinación de pasos para bailar. Las parejas eran conformadas siempre por una persona con Parkinson y una que no tuviera este mal, trabajando con cambios de rol, para que ambas aprendieran a llevar y ser llevados en el baile. Evaluaron el balanceo, la marcha y la movilidad funcional de los participantes al comienzo y al final del programa y concluyeron que las lecciones de Tango realizadas intensivamente en un período corto de tiempo resultaban beneficiosas, mejorando la estabilidad postural, reduciendo las dificultades de la marcha y mejorando la movilidad funcional.

Los autores Tomazin, S. y Sliwa, A. publicaron en el año 2010 en la Revista Científica del Colegio de Kinesiólogos de la Provincia de Buenos Aires, el trabajo *"Correcciones en los ejes posturales en pacientes tratados con Tangoterapia Postural"*. El estudio se efectuó con 21 personas, entre 18 y 79 años de edad, de ambos sexos, que realizaron Tangoterapia Postural durante 10 sesiones con una frecuencia semanal de 90 minutos. Los participantes presentaban dolores crónicos en su columna con alteración de sus ejes posturales. El equipo de trabajo fue conformado por una kinesióloga y un profesor de tango, que utilizaron durante el transcurso de los encuentros ejercicios globales, sensoperceptivos, de equilibrio progresivo, flexibilidad y fortalecimiento de la faja abdominal, incluyendo distintas variantes de pasos de tango. Los Autores llegaron a la conclusión que la Tangoterapia Postural tiene

un efecto correctivo de los ejes de la postura, y una marcada disminución de los dolores cervicales, mareos, cefaleas y lumbalgias; destacando así una estrecha relación entre la alteración de los ejes posturales y los mencionados síntomas.

MARCO TEORICO

CAPÍTULO I

CARACTERÍSTICAS DE LA INSTITUCIÓN

El Centro de Promoción Social es un Centro de Día que se encuentra ubicado en la calle Valencia 6455 de la ciudad de Mar del Plata. Nació en el año 1997 con la finalidad de dar respuesta a un grupo de personas con padecimientos psíquicos crónicos, que se atendían en el Servicio de Salud Mental del Hospital Interzonal General de Agudos "Oscar Alende", que además se caracterizaban por no tener satisfechas sus necesidades básicas, falta de una red de contención social, con frecuencias periódicas de re-internaciones.

Surgió entonces un proyecto desde el área de Servicio Social del hospital que dio lugar a la Asociación Civil sin fines de Lucro llamada A.I.Pe. (Asociación Integradora de Personas con Padecimientos Psíquicos). El Centro de Promoción Social se originó por un convenio firmado entre Hospital Interzonal, A.I.Pe. y Cáritas Diocesana (quién deja de formar parte del mismo en junio del 2001).

El marco teórico de esta institución proviene de la rehabilitación psicosocial, definido por Rodríguez, A. como "aquel proceso cuya meta global es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible"[1]. Otro de los lineamientos en los que se basa proviene de la terapia sistémica, entendida ésta como un modelo de psicoterapia que se aplica para el tratamiento de trastornos y enfermedades

[1] Rodríguez A. (coord.) (1997) Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Editorial Pirámide.

psíquicas concebidas como expresión de las alteraciones en las interacciones, estilos relacionales y patrones comunicacionales de un grupo social comprendido como un sistema. Lo que resulta decisivo es que el énfasis esté puesto en la dinámica de los procesos comunicacionales, en las interacciones entre los miembros del sistema y entre los subsistemas que lo componen.

Conformación del Centro de Día:

El CPS está conformado por el Centro de Día y el Hogar Transitorio. Definimos al Centro de Día como un ámbito de contención afectiva y desenvolvimiento personal, donde se desarrollan e internalizan pautas de convivencia y socialización (hábitos relacionados con las actividades de la vida cotidiana, capacitación laboral y expresión artística). Este se encuentra conformado por IV Etapas de evolución progresiva y dos grupos de Talleres Integrados.

La principal población del centro son personas con internaciones psiquiátricas prolongadas, recurrentes y en situación de riesgo social, los llamados "pacientes crónicos" que han sido excluidos no sólo del ámbito familiar, sino del resto de los contextos sociales.

Actualmente concurren al mismo 120 personas, de las cuales 28 acuden al dispositivo de Talleres Integrados.

A continuación vamos a describir el dispositivo de Talleres Integrados, ya que con esta población hemos realizado nuestra experiencia.

Talleres Integrados:

Este dispositivo se forma a partir del requerimiento de un espacio de contención para un grupo de personas que no podían sostener el avance por las distintas etapas propuestas desde la institución. El equipo de profesionales que trabaja con este grupo está conformado por: un coordinador, dos T.O, un psicólogo, un psiquiatra, un trabajador social, un A.T. y los profesores de teatro, música, informática, yoga y plástica.

Los objetivos que se plantean son los siguientes:

Objetivos Generales:

- Favorecer la implementación de un tratamiento de rehabilitación integral en relación a los lineamientos institucionales propuestos.
- Coordinar las acciones entre la dirección, el quipo profesional y los usuarios del programa, tendientes a cumplimentar los objetivos de tratamiento.

Objetivos Específicos:

- Facilitar las acciones del equipo interdisciplinario en relación a las estrategias de tratamiento tanto grupal como individual.
- Supervisar el desempeño de los usuarios en cada una de las actividades propuestas en la etapa correspondiente.
- Establecer redes de abordaje institucional, interinstitucionales y comunitarias tendientes a favorecer el logro de los objetivos propuestos.

Las actividades que se realizan en este taller están divididas en cuatro áreas que a su vez se subdividen en talleres:

A. Área Formación Laboral, Estimulación Cognitiva y Comunicacional.

Taller de: -Formación Laboral

- Estimulación Cognitiva
- Informática
- Asamblea de organización semanal

B- Área Artística y Corporal.

Taller de: - Yoga-gimnasia terapéutica

- Música
- Plástica
- Teatro

C- Área Psicoterapéutica y Psicofarmacológica.

Taller de: - Medicación

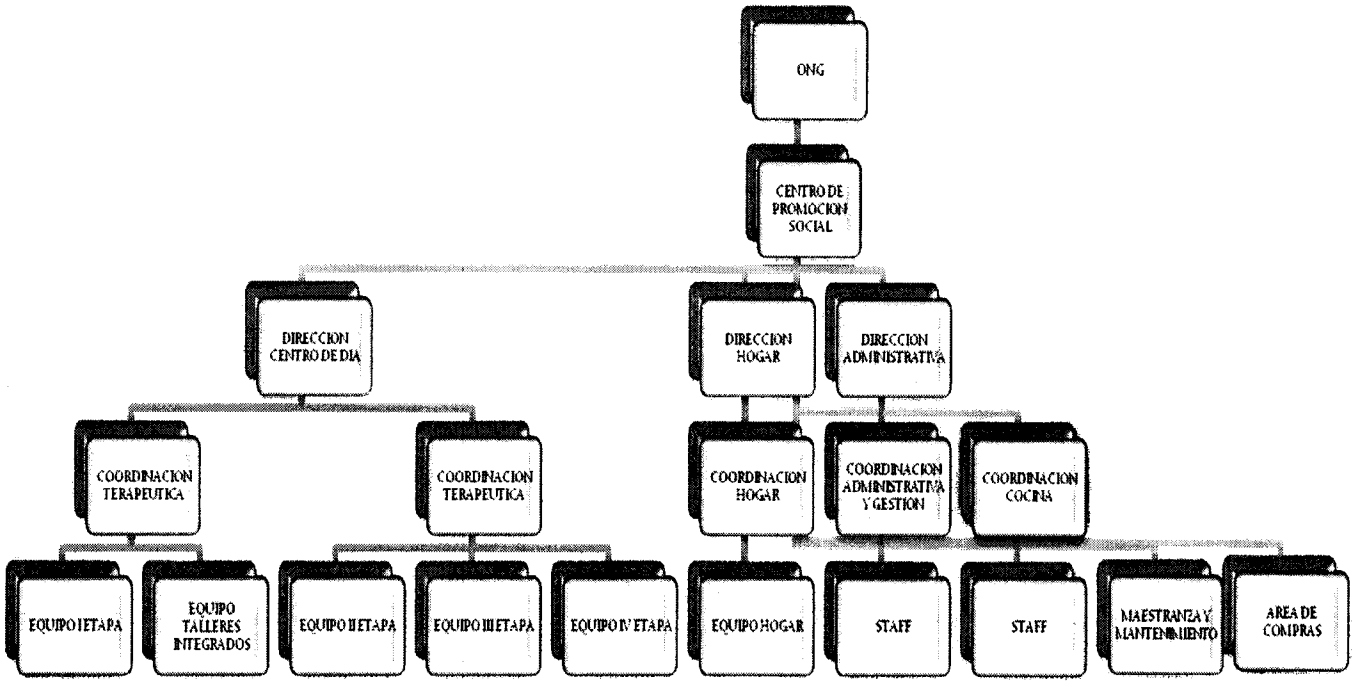
- Reflexión

D- Área Inserción Socio Comunitaria. Recreativa Terapéutica.

Taller de: - Actividad deportiva

- Actividad recreativa terapéutica

Organigrama del Centro de Promoción Social



CAPÍTULO II

TRASTORNO MENTAL SEVERO

Describiremos a continuación el concepto de ***Trastorno Mental Severo*** utilizado en la actualidad por la Organización Mundial de la Salud y la Oficina Panamericana de la Salud. Si bien este término incluye varios trastornos, desarrollaremos el concepto de Esquizofrenia descripto en el DSM-IV, y también abordaremos la definición y clasificación de Retraso Mental por ser éstas las patologías de base que presentaban las personas con los cuales hemos llevado a cabo nuestra experiencia.

El término Enfermedad Mental Crónica es utilizado para definir a un extenso grupo de personas que padecen de alguna enfermedad mental severa de larga duración. En el ámbito de la salud mental la palabra cronicidad tiene connotaciones negativas y estigmatizantes, razón por la cual las diversas disciplinas que abordan a las personas con enfermedades mentales crónicas desde una perspectiva integradora y psicosocial, han acordado la utilización del concepto de ***Trastorno Mental Severo***, para referirse a los trastornos mentales graves de duración prolongada y que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social.

La definición más representativa y que ha alcanzado un mayor consenso es la que emitió el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU en 1987 (NIMH, 1987): ***"un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos***

sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social"[2] que incluye tres dimensiones: diagnóstico clínico, duración del trastorno (cronicidad) y el nivel de discapacidad social, familiar y laboral de la persona afectada.

1. Diagnóstico: Incluye a los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos) y algunos trastornos de la personalidad. Se refiere a las personas que cumplan los criterios diagnósticos de por lo menos una de las siguientes categorías diagnósticas de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (OMS, 1992): Trastornos esquizofrénicos (F20), Trastornos esquizotípicos (F21), Trastornos delirantes persistentes (F22), Trastornos delirantes inducidos (F24), Trastornos esquizoafectivos (F25), Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28 y 29), Trastorno bipolar (F31), Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3), Trastornos depresivos graves recurrentes (F33.3).

Quedan excluidos los pacientes que presentan psicosis orgánicas y las que aparecen por encima de los 65 años.

2. Duración de la enfermedad y del tratamiento: Tiempo superior a los dos años o más, o deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos 6 meses (abandono de roles sociales y riesgo de cronificación) aunque remitan los síntomas. Esto implica una utilización continuada o muy frecuente de distintos tipos de recursos sanitarios y sociales.

3. Presencia de Discapacidad: La existencia de una disfunción moderada o severa del funcionamiento global, medido a través del GAF (Global Assesment of Functioning APA, 1987), que indica una afectación de moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar. El funcionamiento premórbido y el ajuste social tras los primeros episodios resulta ser uno de los mejores

[2]Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. 2010. [PDF] <http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_453_TMG_ICS_resum.pdf> [20 junio 2001]

predictores de la evolución a largo plazo. En general estas personas presentan en mayor o menor medida déficit en algunas o en varias de las siguientes grandes áreas que deben ser tenidas en cuenta a la hora de valorar la severidad de la pérdida de desempeño social (Blanco, A. y Pastor, A. 1997):

- Autocuidados (falta de higiene personal, deficiente manejo de su entorno, hábitos de vida no saludables, etc.)
- Autonomía (deficiente manejo del dinero, falta de autonomía en el manejo de transportes, dependencia económica y mal desempeño laboral.)
- Autocontrol (incapacidad de manejo de situaciones de estrés, falta de competencia personal, etc.)
- Relaciones interpersonales (falta de red social, inadecuado manejo de situaciones sociales, déficit en habilidades sociales.)
- Ocio y tiempo libre (aislamiento, incapacidad de manejar el ocio, incapacidad de disfrutar, falta de motivación e interés.)
- Funcionamiento cognitivo (dificultades de atención, percepción, concentración y procesamiento de información.)

Teniendo en cuanta lo mencionado en la introducción de este capítulo, desarrollaremos a continuación los conceptos de *Esquizofrenia* y *Retraso Mental.*

ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, llamados positivos y negativos, que han estado presentes una parte significativa de tiempo, durante al menos 1 mes y con algunos signos del trastorno que han persistido durante un período continuo de por lo menos 6 meses. La edad media de comienzo para el primer episodio es a mitad de la tercera década de la vida en los hombres y al final de ésta en las mujeres. El inicio puede ser brusco o insidioso, pero la mayoría de los individuos muestran algún tipo de fase prodrómica; el curso y la evolución de la enfermedad es variable, con exacerbaciones y remisiones en algunas personas, mientras que otras permanecen crónicamente enfermas.

La fase prodrómica se pone de manifiesto por el gradual cambio de conducta que surge en el individuo, pudiendo presentarse en esta etapa: aislamiento social, pérdida de interés en los estudios o el trabajo, deterioro de la higiene y el aseo, comportamiento extraño y explosiones de ira. Posteriormente, surgen los síntomas de la fase activa, estos implican una amplia gama de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad, la motivación y la atención. Ningún síntoma aislado es patognomónico de la esquizofrenia, el diagnóstico implica el reconocimiento de varios signos y síntomas asociados a una marcada disfunción social o laboral.

Los síntomas positivos manifiestan un exceso o distorsión de las funciones normales, mientras que los síntomas negativos reflejan una disminución o pérdida de las mismas. Los síntomas positivos incluyen las ideas delirantes, las alucinaciones, el lenguaje desorganizado, y el comportamiento gravemente desorganizado o catatónico. Los síntomas negativos comprenden el aplanamiento afectivo, la alogia y la abulia.

Las ideas delirantes "son creencias erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o las experiencias. Su contenido puede incluir diversos temas (p. ej., de persecución, de autorreferencia, somáticos, religiosos o grandiosos)"[3]. También se pueden presentar ideas delirantes "extrañas" (típicas de la esquizofrenia) de carácter improbables e incomprensibles y que no derivan de las experiencias corrientes de la vida.

Las alucinaciones se pueden presentar en cualquier modalidad sensorial (auditivas, visuales, olfativas, gustativas y táctiles), siendo las más características de este cuadro las auditivas. Éstas son experimentadas como voces, conocidas o desconocidas, que son percibidas como distintas de los pensamientos de la propia persona, pudiendo variar el contenido de las mismas.

El lenguaje puede presentar diversas formas de desorganización; la persona puede *perder el hilo*, saltando de un tema a otro, perdiendo las asociaciones; las respuestas pueden no tener relación alguna con las preguntas; y en algunas ocasiones puede estar gravemente desorganizado, siendo casi incomprensible (incoherencia o ensalada de palabras).

[3] Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM IV. Barcelona: Masson, 2000. p.281

El comportamiento gravemente desorganizado puede manifestarse de diferentes formas. "Cabe observar problemas en cualquier forma de comportamiento dirigido a un fin, ocasionando dificultades en la realización de actividades de la vida cotidiana como organizar las comidas o mantener la higiene. El sujeto puede presentarse exageradamente despeinado, vestir de una forma poco corriente (p. Ej., llevando varios abrigos, bufandas y guantes en un día caluroso) o presentar un comportamiento sexual claramente inapropiado (p. Ej., masturbarse en público), o una agitación impredecible e inmotivada (p. Ej., gritar o insultar)"[4]. También puede observarse en algunos casos comportamientos motores catatónicos.

El aplanamiento afectivo es frecuente y está caracterizado por la inmovilidad y falta de respuesta en la expresión facial del individuo, contacto visual pobre y reducción del lenguaje corporal. Si bien, por momentos, una persona con aplanamiento afectivo puede sonreír y mostrarse cálida, la mayoría del tiempo su expresividad emocional está claramente disminuida.

La alogia (pobreza del habla) se manifiesta por contestaciones breves, concisas y vacías. El individuo parece tener una disminución de los pensamientos que se refleja en un descenso de la fluidez y la productividad del habla. Por su parte la abulia se caracteriza por una incapacidad para iniciar y persistir en actividades dirigidas a un fin; la persona puede permanecer sentada durante mucho tiempo y mostrar una falta de interés para participar en el trabajo o en las actividades sociales.

"A pesar de su ubicuidad en la esquizofrenia, los síntomas negativos pueden ser difíciles de evaluar porque ocurren en continuidad con la normalidad, son

[4] Ibid., p. 282

inespecíficos y pueden ser debidos a varios otros factores (p. ej., ser consecuencia de los síntomas positivos, efectos secundarios de la medicación, un trastorno del estado de ánimo, hipoestimulación ambiental o desmoralización)"[5]; no considerándose en estos casos verdaderos síntomas negativos. La mejor prueba para establecer su presencia es su persistencia durante un período de tiempo considerable, a pesar de los esfuerzos para resolver cada una de las causas descriptas anteriormente. Los síntomas negativos persistentes, se denominan síntomas deficitarios.

"La esquizofrenia implica una disfunción en una o más de las principales áreas de actividad (p. ej., las relaciones interpersonales, el trabajo, los estudios, o el cuidado de uno mismo).Típicamente, el funcionamiento es claramente inferior al que se habría alcanzado antes del inicio de los síntomas"[6]. Muchas de las personas con esquizofrenia son incapaces de mantener un trabajo durante períodos prolongados de tiempo, la mayoría no se casan y tienen contactos sociales limitados.

Características descriptivas y trastornos asociados

El sujeto con esquizofrenia puede presentar afecto inapropiado (como sonrisa o risa en ausencia de estímulos), la anhedonía es frecuente y se caracteriza por una pérdida del interés o de placer. Se pueden presentar alteraciones en el sueño (dormir durante el día y actividad o intranquilidad nocturna).El individuo puede manifestar una falta de interés en alimentarse o rechazar los alimentos como consecuencia de sus ideas delirantes. Con frecuencia se observan alteraciones de la actividad psicomotora (alteración de

[5] Ibid.
[6] Ibid., p.283

la marcha, balanceo o inmovilidad apática). Las dificultades para concentrarse son evidentes debido a la preocupación por estímulos internos, lo que trae aparejado problemas en la focalización de la atención o distraibilidad. Si bien las funciones intelectuales básicas se consideran indemnes, es frecuente que se presenten indicadores de disfunción cognoscitiva. El individuo puede estar confuso o desorientado, y la falta de conciencia de enfermedad es habitual. También se pueden presentar anormalidades motoras (muecas, posturas o manierismos raros, comportamientos rituales o estereotipados). "Los sujetos con esquizofrenia son alguna veces físicamente torpes y pueden presentar signos neurológicos menores como confusión derecha/izquierda, coordinación pobre o movimientos en espejo"[7].

Subtipos de esquizofrenia

Los subtipos de esquizofrenia están definidos por la sintomatología predominante en el momento de la evaluación, basado en el cuadro clínico que ha motivado la misma o el ingreso más recientes y, por tanto, puede cambiar con el tiempo.

-Tipo paranoide:

La característica principal de este tipo de esquizofrenia consiste en la presencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas, con una conservación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad. Las ideas delirantes son principalmente de persecución y de grandeza, pero también pueden presentarse ideas delirantes con otra temática, como celos, religiosidad o somatización. Los síntomas asociados comprenden ansiedad, ira, retraimiento

[7] Ibid., p.286

y tendencia a discutir. La persona puede presentar un aire de superioridad y condescendencia, falta de naturalidad o vehemencia extrema en las interacciones interpersonales. Los temas persecutorios pueden impulsar al sujeto al comportamiento suicida, y la combinación de las ideas delirantes de persecución y de grandeza con las reacciones de ira pueden impulsarlo a la violencia. El inicio de este tipo de esquizofrenia tiende a ser más tardío, y sus características distintivas pueden ser más estables en el tiempo. Habitualmente, es mínimo o nulo el deterioro en las pruebas neuropsicológicas y en los tests cognoscitivos, lo que lleva a que el pronóstico para el tipo paranoide sea considerablemente mejor que para otros tipos de esquizofrenia, especialmente en lo que respecta a lo laboral y en la capacidad para llevar una vida independiente.

- Tipo desorganizado:

Su característica principal es el lenguaje y el comportamiento desorganizado y la afectividad aplanada o inapropiada. El lenguaje desorganizado puede ir acompañado de tonterías y risas que no tienen una clara conexión con el contenido del discurso. El comportamiento desorganizado (p. ej., falta de orientación hacia un objetivo) puede llevar a una importante dificultad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. Las ideas delirantes y alucinaciones, si las hay, son fragmentadas y no están organizadas en torno a un tema coherente. Se presentan muecas, manierismos y otras rarezas del comportamiento como características asociadas. Las pruebas neuropsicológicas y tests cognoscitivos demuestran el deterioro del rendimiento que acontece. Este subtipo presenta un inicio temprano e insidioso y un curso continuo sin remisiones significativas. Puede asociarse a una personalidad

premórbida, empobrecida. Históricamente, y en otros sistemas clasificatorios, este tipo se denomina *hebefrénico.*

- Tipo catatónico:

La característica principal de este tipo, es una marcada alteración psicomotora que puede variar desde la inmovilidad (catalepsia, flexibilidad cérea o estupor) a una actividad motora excesiva, carente de propósito y sin estar influenciada por estímulos externos. Puede haber negativismo extremo que se manifiesta por el mantenimiento de una postura rígida en contra de cualquier intento de ser movido o por la resistencia a todas las órdenes que se den. Puede adoptar posturas raras o inapropiadas, o realizar muecas llamativas. Otras características serían las estereotipias, manierismos, la obediencia automática, la imitación burlona, la ecolalia (repetición patológica o aparentemente sin sentido, de una palabra o frase que acaba de decir otra persona) y la ecopraxia (imitación repetitiva de los movimientos de otra persona). Durante el estupor o la agitación catatónica graves, la persona puede causarse daño a sí mismo o a otras personas.

-Tipo indiferenciado:

Se diagnostica como indiferenciado cuando se presentan las principales características de la esquizofrenia, como ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, y síntomas negativos, como por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia, pero no cumplen los criterios para los tipos paranoide, desorganizado o catatónico.

- Tipo residual:

Esta clasificación se utiliza cuando ha habido al menos un episodio de esquizofrenia, pero en el cuadro clínico actual no se presentan síntomas psicóticos positivos o están atenuados, pero si se halla la presencia de síntomas negativos (p. ej., afectividad aplanada, pobreza del lenguaje o abulia). Su curso puede ser limitado en el tiempo y representar una transición entre un episodio florido y la remisión completa. No obstante, también puede persistir durante muchos años, con o sin manifestaciones agudas.

RETRASO MENTAL

Definición, clasificación y causas:

El retraso mental ha tenido diversas denominaciones a lo largo de la historia, hasta el siglo XVIII predominó el término idiotismo, para hacer referencia a las personas que presentaban un rendimiento intelectual inferior a la media de la población y una serie de trastornos deficitarios. Desde entonces se sucedieron diferentes nombres: anormalidad, debilidad mental, subnormalidad, etc.

Más tarde el psiquiatra alemán E. Kraepelin introduce la palabra oligofrenia (poca-inteligencia) para designar a los estados propios de enfermedades congénitas. Es J.E.D. Esquirol, en el siglo XIX, quien comienza a utilizar el término retraso mental, el cual toma mas fuerza a partir de 1905 cuando aparecen los trabajos de A. Binet y T. Simon quienes crean la llamada Escala Métrica de la Inteligencia. Ellos a través del método de los test observan que los niños con retardo mental tienen una edad mental inferior a su edad

cronológica, considerándolo por tanto, como un "retraso" de sus capacidades intelectuales.

Actualmente el término retardo mental se utiliza para conceptuar a los trastornos que se caracterizan por déficit de la capacidad intelectual y funcional. Consiste en una adquisición lenta e incompleta de las habilidades cognitivas durante el desarrollo de la personalidad, que conduce a presentar dificultades en el aprendizaje, el trabajo útil y en la capacidad de adaptarse a las exigencias cotidianas del entorno social. Las diferentes clasificaciones internacionales proponen al retraso mental desde un punto de vista pluridimensional comprendiendo a éste desde su aspecto biológico, psicológico, pedagógico, familiar y social.

La Asociación Americana del Retraso Mental conceptualiza el trastorno de la siguiente manera: ***"El retraso mental hace referencia a las limitaciones sustanciales en el desenvolvimiento corriente. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que tiene lugar junto a limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas posibles: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo. El retraso mental se manifiesta antes de los 18 años"***[8]

Por su parte el CIE10 expresa : ***" El Retraso Mental es un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas***

[8] Retraso Mental. En: Diccionario de Psiquiatría y Psicología Forense. Buenos Aires: Polemos, 2006. p. 502- 503.

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"[9]

Para un diagnóstico definitivo debe estar presente el deterioro del rendimiento intelectual, que conlleva a una disminución de la capacidad de adaptarse a las exigencias diarias del entorno social normal.

El retraso mental por otra parte puede acompañarse de cualquier otro trastorno somático o mental siendo su prevalencia en esta población mayor que en la población general. Se suele reconocer que la debilidad de la inteligencia da lugar a un descenso del umbral de reactividad que favorece la eclosión de episodios delirantes, maníacos, etc. Los casos de esquizofrenia que asientan sobre un terreno de retraso mental reciben la denominación de esquizofrenia injertada o superpuesta, siendo desde el punto de vista clínico, cuadros constituidos por delirios pobres, creencias y supersticiones ingenuas.

Se pueden establecer diferentes clasificaciones del retraso mental, tanto la Organización Mundial de la Salud como la Asociación Americana del Retraso Mental, toman las medidas psicométricas, utilizando el C.I. (Coeficiente Intelectual) para clasificarlo, dicho coeficiente es el resultado de dividir la Edad Mental entre la Edad Cronológica y multiplicarlo por cien.

Clasificación del retraso mental según el coeficiente intelectual:

Retardo Mental Leve: C.I. 69-50

Retardo Mental Moderado: C.I. 49-35

Retardo Mental Severo: C.I. 34-20

---

[9]Organización Mundial de la Salud. Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Madrid: Meditor, 1992. p.277

Retardo Mental Profundo: C.I. inferior a 20

La etiología del retraso mental puede deberse a una gran cantidad de factores y sólo en el 25% de los casos se encuentra una causa específica. El origen de las mismas puede producirse en el período prenatal, perinatal, o postnatal.

Período prenatal:

A-Trastornos Hereditarios

1- Anomalías por gen único:

Son raras pero cuando se producen cursan con patología asociada o severa. Según la herencia pueden ser: autosómicos dominantes o autosómicos recesivos, errores innatos del metabolismo y síndromes de anticipación génica por aproximación o triplete.

2- Anomalías Cromosómicas:

La causa puede ser estructural o numérica, es estructural cuando falta un fragmento (delecciones) y numérica cuando se añade material genético complementario como el caso de las trisomías.

B- Alteraciones tempranas del desarrollo embrionario

1- Toxicas:

Exposición a teratógenos, radiaciones, fármacos, etc. Se destaca en este grupo los embarazos de madres consumidoras de sustancias (opiáceos, cocaína, anfetaminas, etc.) y el síndrome alcohólico fetal.

2- Infecciones maternas:

Las más conocidas como causantes de alteraciones en el feto son la toxoplasmosis, la rubéola y las enfermedades de transmisión sexual.

***Período perinatal*:**

Aquellas ocasionadas durante el parto por falta de oxigeno al cerebro, las complicaciones derivadas con problemas de reanimación, las dificultades respiratorias y las infecciones que pueda adquirir el recién nacido.

***Período postnatal*:**

1- Enfermedades adquiridas en la infancia:

Se encuentran en este grupo las meningitis, encefalitis, y los traumatismos craneoencefálicos.

2- Las Socio ambientales:

Existen circunstancias ambientales y psicosociales como el abandono y carencia de estímulos, pobreza, desnutrición, madres adolescentes, padres con bajo coeficiente intelectual, en un entorno multiproblemático, que influyen y actúan en la constitución de la inteligencia del sujeto.

Características del Retraso Mental de grado leve y del Retraso Mental de grado moderado.

A-Retraso Mental Leve:

En la mayoría de los casos no hay una etiología orgánica debiéndose a factores constitucionales y socioculturales. Si bien no presentan dificultades en el área motriz, aparece con frecuencia lo que se denomina torpeza motora. En cuanto a sus capacidades cognitivas se caracteriza por poseer un ritmo más lento en la adquisición de los conocimientos que el niño normal, y su evolución

se detiene en el nivel de las operaciones concretas, por lo que se observan disminuidas su capacidad de comprensión, pobreza en el razonamiento y falta de autocrítica. En las actividades escolares muchos tienen problemas específicos de lectura y escritura, logrando alcanzar contenidos aproximados de un sexto o séptimo año de la escuela primaria básica.

Adquieren tarde el lenguaje, pero la mayoría alcanza la capacidad de expresarse en la actividad cotidiana y de mantener una conversación. Tienen capacidad para desarrollar una independencia completa para el cuidado de su persona (comer, lavarse, vestirse, controlar los esfínteres, etc.), para actividades practicas, y para las propias de la vida domestica.

Con los adecuados soportes pueden llegar a la Formación Profesional y desempeñar trabajos que requieren aptitudes de tipo práctico, como los trabajos manuales.

En cuanto a aspectos de la personalidad suelen ser obstinados, tercos, con grados variables de inestabilidad emocional, y falta de persistencia en la realización de una actividad. Presentan mayor sensibilidad frente al fracaso y una baja tolerancia a la frustración, lo que se traduce en un bajo nivel de autoestima. Aparecen mayores dificultades para adaptarse a situaciones nuevas o extrañas, necesitando muchas veces contención bajo estados de fuerte tensión.

B-Retraso Mental Moderado:

La etiología de este tipo de retraso suele ser orgánica por lo que pueden presentar además déficits somáticos y neurológicos. Se cree que el origen es por anomalías genéticas y cromosómicas, encefalopatías, epilepsia y trastornos generalizados del desarrollo. Las diferentes deficiencias en el curso

evolutivo se hacen presentes desde la infancia. En su capacidad motora presentan un retraso generalizado del área, caracterizándose por su heterocronía, donde coexisten diferentes conductas psicomotrices.

Su capacidad intelectual es intuitiva y practica, pueden adquirir conocimientos pero se reducen a mecanismos simples, memorizados, con escasa capacidad para comprender los significados y establecer relaciones entre lo aprendido. Su pensamiento se encuentra dominado por el egocentrismo, encontrándose en un nivel preoperatorio. El desarrollo del lenguaje es variable y va desde la capacidad para tomar parte en una conversación sencilla hasta presentar serios problemas de pronunciación. Algunos pueden expresarse difícilmente por escrito, mientras otros tienen una ausencia total de la capacidad para escribir. Pueden llegar a adquirir hábitos elementales de cuidado personal que les permitan cierta independencia, pero necesitaran supervisión en otras muchas facetas. La afectividad es muy lábil, presentando cambios bruscos del estado del humor, pudiendo pasar de la búsqueda afectiva a los comportamientos provocadores y agresivos. Manifiestan sus sentimientos de forma exagerada por falta de control o autodominio.

De adultos suelen ser capaces de realizar trabajos prácticos sencillos si las tareas están cuidadosamente estructuradas y se los guía de un modo adecuado. Rara vez pueden conseguir una vida completamente independiente en la edad adulta, pero la mayoría de ellos alcanza un desarrollo normal de su capacidad social para relacionarse con los demás y para participar en actividades sociales simples.

CAPÍTULO III

CUERPO, CORPORALIDAD Y CORPOREIDAD

El ***cuerpo*** puede ser definido como un concepto polisémico, ya que admite tantos significados y formas de pensarlo como ciencias que se abocan a su estudio. Comúnmente el hombre es dividido, separado en duplicidades: *cuerpo-mente, cuerpo-alma*, dando origen así a las diversas disciplinas que se dedican a la investigación en detalle de una condición, una categoría, un aspecto de lo humano. De esta forma cada una presenta de manera distintiva una propuesta y un encuadre de trabajo, como también un modo de comprender las problemáticas que en él se plantean. A todos los profesionales les interesa "curar" el cuerpo desde la interpretación que le dan a éste, produciéndose así un abordaje parcializado del mismo. Desde la medicina el cuerpo es esencialmente biológico y cada especialista busca reconocer la disfunción que manifiesta cada síntoma. La psicología por su parte lo define como la expresión de la subjetividad, la intersubjetividad y la transubjetividad, mientras que para las terapias corporales éste es comprendido como el que nos brinda la posibilidad de movimiento así como una fuente de expresión y creatividad.

Por otra parte la ***corporalidad*** es definida por Marta Castañar Balcells y Oleguer Camerino Foguet como el ***"conocimiento del propio cuerpo, a la simbiosis de aspectos mecánicos y fisiológicos, como algo cambiante que se inscribe en las coordenadas de espacio y tiempo, también cambiantes. Esta noción toma al propio cuerpo de acuerdo con***

conceptos de esquema corporal, imagen corporal, cuerpo propio y conciencia corporal"[10].

Desde esta concepción lo corporal queda habitualmente encuadrado en el cuerpo y su movimiento, en funcionamientos de sistemas y órganos, en movimientos de aparatos y palancas.

En el presente trabajo al hablar de cuerpo queremos hacerlo desde un punto de vista holístico, es decir, integrador, incluyente, que considere en forma conjunta a todas las dimensiones que lo componen, por este motivo vamos a utilizar el concepto de ***corporeidad*** porque éste expresa una idea múltiple, plural, compleja y diversa de una unidad indivisible, que es cada ser humano.

Para Alicia Grasso: ***"La corporeidad es la integración permanente de múltiples factores que constituyen una única entidad. Factores psíquico, físico, espiritual, motriz, afectivo, social e intelectual constituyentes de la entidad original, única, sorprendente y exclusiva que es el ser humano: Soy yo y todo aquello en lo que me corporizo, todo lo que me identifica. Nuestra corporeidad está presente aún cuando nosotros no lo estamos físicamente: un elemento de nuestra corporeidad como una carta escrita con nuestra letra, un reloj pulsera usado cotidianamente, el gesto de arquear una ceja que heredó un hijo, la frase de cariño que nos distingue, una foto o película con nuestra imagen, nos Corporizan en el otro aun después de muertos"*** [11]

Nacemos con un cuerpo que desde el momento del nacimiento se adapta, transforma y conforma como corporeidad, a través del movimiento, la acción y

[10] Grasso A. y Erramouspe B. Construyendo Identidad Corporal. Buenos Ares: Ediciones Novedades Educativas, 2005. p. 27.
[11] Grasso Alicia. La palabra corporeidad en el diccionario de educación física. [PDF] PORTALDEPORTIVO.CL. Año 1, N°4, enero 2008 http://www.portaldeportivo.cl/ [1 agosto, 2011]

la percepción sensorial y cenestésica, así como también por el contacto con los otros que permiten que el cuerpo se invada de pensamiento y emotividad, siendo de esta manera una construcción social continua y cotidiana. ***"Todo este proceso se va desarrollando a lo largo de toda nuestra vida, de manera que vamos cambiando y conociéndonos dependiendo de la imagen corporal que tenemos de nosotros mismos y de la imagen que nos hacemos al interpretar el mundo exterior. Este proceso acaba con la muerte: es entonces cuando dejamos nuestra corporeidad, para acabar siendo un cuerpo"***[12].

Factores que conforman la corporeidad:

- Movilidad funcional: movimientos, lateralidad, coordinación general, cruce de la línea media, integración bilateral, etc.
- Gestos y postura: miradas, saludos, forma de caminar y de adoptar las distintas posiciones.
- Imagen y esquema corporal.
- Pensamientos, sentimientos y emociones.
- Comunicación: estilo de lenguaje y grafismo.
- Apariencia: ropa y accesorios elegidos.
- Hábitos de alimentación, orden, e higiene.
- Enfermedades, etc.

[12] Dr. Jesús Paredes Ortiz. Desde la corporeidad a la cultura. [En línea] Efdeportes.com Revista Digital. Julio 2003. Año 9 N° 62 http://www.efdeportes.com/ [4 agosto, 2011]

De esta forma ***"el concepto de corporeidad es entendido como una compleja trama en la que se entrecruzan diferentes dimensiones constitutivas de la identidad de cada persona"***[13]. Se puede entonces observar que en cada situación de la vida (actividades de la vida diaria, trabajo, ocio, recreación, etc.) un individuo actúa manifestando su unidad corporal, la cual está conformada por la interrelación de los múltiples aspectos que le confieren un estilo propio y característico de ser. Los gestos de una persona, sus pensamientos, posturas que adopta, vestimentas que utiliza, expresan su historia, refieren a su origen, su posición social, a que grupos y clases pertenece; manifiestan una herencia familiar y cultural, que le confieren una identidad personal y corporal única. Ésta conformación es dinámica, está en constante movimiento, ya que no se es el mismo en todo momento de la vida, cuando se está sano, o enfermo, con o sin familia, con recursos económicos, o en ausencia de ellos.

A continuación desarrollaremos dos de los factores que integran la corporeidad, por ser de suma importancia en nuestro trabajo de investigación y estar relacionados con el tema que nos ocupa, ellos son: ***el Esquema*** y ***la Imagen corporal***.

En un principio, Henry Head definió con el nombre de ***"modelo postural"***, a lo que hoy se conoce como esquema corporal. El concepto surgió de la neurología y se basaba en la descripción de las funciones de recepción, registro y formación de engramas a nivel cortical de la información que era suministrada por los órganos relacionados con la postura o posiciones del cuerpo. De esta manera la propioceptividad, la vista, la sensibilidad táctil,

[13] Grasso A. y Erramouspe B. Op. Cit. Contratapa.

térmica, dolorosa y la visceroceptividad formaban una parte importante de las informaciones que colaboraban en la formación del modelo postural; resultando así un patrón combinado de imágenes visuales y motrices, sobre las que se instalaban todos los cambios posturales.

Siguiendo esta misma línea Julio B. De Quirós y Orlando L. Schrager definen al esquema corporal como:***"la recepción, registro y memoria, en los más altos niveles cerebrales, de las acciones neuromusculares y aferencias hápticas provenientes de todos los tejidos y partes corporales que contribuyen a mantener una posición en situaciones estáticas y/o dinámicas"***[14]. El termino háptica hace referencia a las aferencias propioceptivas, kinestésicas y táctiles.

Para P. Schilder en un principio las nociones de esquema e imagen corporal eran consideradas como equivalentes, diciendo al respecto: ***"el esquema corporal es la imagen tridimensional que todo el mundo tiene de sí mismo, y podemos llamar a esta imagen, imagen corporal"***[15], pero con el transcurso de los años éstos términos se fueron separando.

Por otra parte para Le Boulch el esquema corporal es ***"el conocimiento inmediato y continuo que nosotros tenemos de nuestro cuerpo, en estado estático o en movimiento, en relación con sus diferentes partes y sobre todo en relación con el espacio y los objetos que nos rodean"***[16].

---

[14]Quirós, J. y Schrager, O. Lenguaje, aprendizaje y psicomotricidad. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1987. p. 212

[15] Schilder, P. La imagen y apariencia del cuerpo humano. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1983. p.15

[16] Fernández Pradas, D. El esquema corporal en niños y niñas. [PDF] Revista digital, Innovación y experiencias educativas. enero 2009 N° 14
http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_14/DAVID_FERNANDEZ [1 septiembre, 2011]

Por todo lo anteriormente citado podemos decir que el esquema corporal es la representación mental tridimensional que cada uno posee de su cuerpo, resultado de la codificación y organización de la información que se recibe sensorialmente. No solo hace referencia a la vivencia de la totalidad del cuerpo en el espacio, sino también, de los distintos segmentos que lo integran y de sus funciones. Es el mismo para todos los individuos de la especie humana en circunstancias más o menos iguales, susceptible de ser medido y de ser comparado con otro, como sucede cuando se utilizan las tablas de medición Standard. La persona se identifica con la forma de su cuerpo, su superficie y frente a un desafío sabrá si es factible o no hacerlo por el conocimiento que tiene de si mismo: peso, talla, largo de sus piernas, fuerza, etc., que se ponen en juego para desencadenar y direccionar los movimientos.

La organización del esquema corporal implica:

- Percepción y control del propio cuerpo.
- Equilibrio postural económico.
- Lateralidad bien definida y afirmada.
- Independencia de los segmentos con respecto al tronco y unos respecto de otros.

Según Vayer el esquema corporal se elabora al ritmo del desarrollo y la maduración nerviosa, de la evolución sensoriomotriz, y en interacción con otros, y su constitución se funda en dos leyes psicofisiológicas:

- Ley céfalo-caudal: según la cual el desarrollo se extiende a través del cuerpo desde la cabeza a los pies.

- Ley próximo-distal: en la cual el desarrollo procede del centro a la periferia, es decir parte del eje del cuerpo hasta los extremos de los miembros.

Algunos autores como, Ajuriaguerra, Wallon y Le Boulch, entre otros, distinguen varias etapas en la conformación del esquema corporal, que dependen de la maduración neurológica como también de las experiencias que el niño tenga. La construcción del mismo comienza con el nacimiento o incluso antes, alcanzando su pleno desarrollo entre los 11 y 12 años de edad.

Este proceso es dinámico, ya que evoluciona en tiempo y espacio, pudiendo cambiar durante el transcurso de alguna enfermedad; su representación mental es preconciente, haciéndose conciente por ejemplo con el dolor, o la picazón de alguna parte del cuerpo ya que no estamos permanentemente pensando en él. Gracias a la adecuada estructuración del esquema el sujeto puede desarrollar su personalidad, su experiencia con el mundo externo y con los objetos, siendo la inadecuación en la conformación del mismo la causante de los problemas perceptivos, motrices y sociales.

Por su parte la noción de ***imagen corporal*** presupone una extensión y una profundidad conceptual que no tiene el término de esquema corporal.

P. Schilder como explicamos anteriormente introduce en este concepto la dimensión psicológica, sin dejar de lado los aportes neurológicos, señalando que los procesos que colaboran en la conformación de la imagen corporal no se reducen tan sólo a la percepción, sino que tienen también un desarrollo en el campo libidinal y afectivo. Para este autor la imagen corporal es ***"la***

representación metal de nuestro propio cuerpo"[17], y su conformación nunca es definitiva, acerca de esto dice ***"...esta en continua construcción y autodestrucción, se conjuga experiencia pasada y actual..."***[18].

Para L. Bender la imagen corporal de Schilder comprende una Gestalt biológica y una Gestalt en continua modificación. La Gestalt biológica tiene una parte constitucional y tipológica y otra parte evolutiva; mientras que la Gestalt en permanente modificación corresponde a las impresiones sensoriales y motrices, pero también a factores sociales y libidinosos. De esta manera la imagen corporal es comprendida como la resultante de una nueva Gestalt única, integrada y personal para cada individuo y no como la suma de todos los factores mencionados.

Julio B. De Quirós y Orlando L. Schrager definen a la imagen corporal como: ***"una noción referida a las sensaciones, informaciones y experiencias con carácter afectivo – emocional que son dadas por el cuerpo mismo (aferencias sensoriales, hápticas, emocionales o por influencia social)"***[19].

Por lo ya expuesto se puede comprender que el concepto de imagen corporal es más abarcativo que el de esquema, porque la imagen no se construye solamente con la información sensoperceptiva recibida, sino que involucra también al conjunto de experiencias que vive el ser humano desde su nacimiento en el campo libidinal y afectivo. Esta construcción se funda no solo en la historia individual del sujeto, sino también en sus relaciones con los otros, ya que la imagen corporal se construye sobre la base de contactos sociales. Cobra importancia así los vínculos emocionales de cada persona, donde se

[17] Schilder, P. Op. Cit. P.15
[18] Ibíd.
[19] Quirós, J. y Schrager, O. Op. Cit. P.212

ponen en juego un intercambio dialéctico de palabras, caricias, acciones, etc., que le darán a cada individuo una manera particular, única e inconciente de conformar su propia imagen del cuerpo.

"La imagen del cuerpo es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales, interhumanas, repetitivamente vividas a través de las sensaciones erógenas electivas, arcaicas o actuales"[20].

En estudios más recientes, Cash, Pruzinsky y Thompson refieren que la imagen corporal se compone de varias variables:

- Aspectos perceptivos: es la precisión con que se percibe el tamaño, peso y forma del cuerpo, en su totalidad o sus partes.
- Aspectos cognitivos-afectivos: actitudes, sentimientos, pensamientos, valoraciones que despierta el cuerpo. Desde el punto de vista emocional la imagen corporal incorpora experiencias de placer, displacer, disgusto, etc.
- Aspectos conductuales: conductas que se derivan de la percepción y de los sentimientos asociados con el cuerpo. Puede ser exhibición, evitación, etc.

Estas variables se interrelacionan y se conforma de esta manera una vivencia del propio cuerpo e imagen de uno mismo como un todo. Pero esta estructura está en permanente cambio, no es un fenómeno estático, así en las diferentes etapas de la vida se va interiorizando una determinada vivencia del cuerpo.

La imagen corporal se caracteriza por manifestarse en dos dimensiones: el ancho y el largo, por eso se dice que en relación al lugar que ocupa en el

[20] Dolto, F. La imagen inconciente del cuerpo. Barcelona: Editorial Paidós, 1990. p.21

espacio es bidimensional, no pudiendo ser medida o cuantificada. Puede ser representada por medio de un dibujo, una fotografía o bien una imagen mental como cuando soñamos.

La imagen del cuerpo es portada por el esquema corporal y está entrecruzada con el mismo, si bien ambos conceptos se diferencian, también se correlacionan. Es frecuente observar como en una misma persona coexisten un esquema corporal inválido junto a una imagen corporal sana, y viceversa.

Para finalizar mencionaremos que todo contacto con los demás se realiza en el espacio a través del esquema corporal, pero la forma en que se da esta relación se vincula con la imagen corporal.

LA CORPOREIDAD EN EL TRASTORNO MENTAL SEVERO

Las personas con trastorno mental severo presentan variadas alteraciones en relación a su corporeidad, comprometiendo a cada uno de los factores que la componen, los cuales ya fueron mencionados en el presente trabajo. A continuación describiremos las principales alteraciones de la corporeidad que se presentan en esta población agrupando a varios de sus componentes bajo el término de psicomotricidad, como es utilizado en la semiología psiquiátrica.

Trastornos de la psicomotricidad:

Según Ricardo Capponi, en su libro *Psicopatología y semiología psiquiátrica,* se pueden clasificar a estos trastornos en:

"1. Trastornos de la psicomotricidad que aparecen como conductas y actitudes básicas del paciente.

2. Trastornos de la psicomotricidad que se manifiestan en relación a los demás.

3. Trastornos de la psicomotricidad que configuran grupos clínicos específicos"[21].

1- Trastornos de la psicomotricidad que aparecen como conductas y actitudes básicas del paciente.

- Inhibición psicomotriz: es la incapacidad total o parcial de expresar y/o ejecutar a través de la motricidad, los deseos, impulsos, órdenes, temores e iniciativas. Habitualmente se acompaña con lentificación del pensamiento (bradipsiquia).

[21] Capponi, M. R. Psicopatología y Semiología Psiquiátrica. Chile: Editorial Universitaria, 2006. p. 99

- Hipomimia: se caracteriza por la pobreza y escasez de movimientos faciales, manteniendo una misma expresión o modificándola levemente. Esta inexpresividad puede manifestar indiferencia, lejanía, apatía o profunda tristeza.
- Hipocinesia: es el compromiso en la expresividad corporal. Habitualmente se presentan juntas las hipomimia y la hipocinecia. La persona no gesticula para acompañar el lenguaje verbal, ni hace movimientos espontáneos habituales durante ciertas situaciones.
- Exaltación psicomotriz: consiste en un aumento de la actividad motriz y expresiva, acompañado frecuentemente de mayor velocidad en los procesos del pensamiento (taquipsiquia). El individuo no permanece inmóvil ni un instante, y se presenta constantemente haciendo algo o hablando.
- Fatiga: en este trastorno la persona a menudo inicia una actividad con motivación, competencia y buen rendimiento, pero a medida que transcurre el tiempo se va agotando con mucha rapidez, con lo cual baja su desempeño, interés y capacidad para proseguir con su tarea.
- Abulia: consiste en una inactividad producto no del desinterés como en la apatía, sino de la falta de movimiento generado por la voluntad, que lleva a romper la inercia y realizar el acto o conducta.
- Acciones impulsivas: son las acciones que se realizan sin estar mediatizadas por la voluntad. Se imponen sin que pueda controlarlas el paciente, y sin siquiera alcanzar a luchar con ellas como en las compulsiones.
- Hipersexualidad: se trata de una exaltación del impulso sexual, que se manifiesta como una hiperactividad en relación a todo aquello que adquiere un carácter sexual para la persona. Se lo ve seductor, su mirada es lasciva, realiza

frecuentes chistes y alusiones a temas sexuales, y busca exageradamente el contacto físico.

- Hiposexualidad: es la inhibición o disminución del impulso sexual, que se traduce en una apatía, evitación e hipoactividad en relación a todo aquello que tiene un carácter sexual para el sujeto.

- Bizarrería: Las conductas bizarras son extrañas, de mal gusto e inoportunas, fuera de lugar, inesperadas y habitualmente grotescas. Esta bizarrería también se puede expresar en el lenguaje rebuscado, afectado, amanerado e inoportuno.

- Inhabilidad motora: la persona presenta una reducción de las destrezas que se requieren para llevar a cabo algunas actividades, con dificultad o incapacidad para realizar tareas muchas veces simples.

- Apraxia: trastorno de la psicomotricidad donde el individuo no puede llevar a cabo movimientos previamente aprendidos.

- Perseveración motora: la persona tiende a repetir una acción recientemente realizada, sin poder desprenderse con facilidad o soltura de los actos previos consumados, los que se repiten e interfieren con las nuevas solicitudes de acción.

- Temblores: consiste en la presencia de movimientos oscilatorios regulares, involuntarios y rítmicos, que aparecen en un segmento corporal. Son contracciones alternantes de músculos agonistas y antagonistas. Se localizan preferentemente en extremidades, pero pueden aparecer en cabeza, cara, lengua y rara vez en el tronco.

- Distonías agudas: son contracciones musculares sostenidas, que provocan posturas muy incómodas y anómalas, comprometiendo fundamentalmente la

musculatura de la boca (apertura involuntaria y protrusión de la lengua), de los ojos (trastornos del movimiento de giro, mirada fija), de la nuca (tortícolis e inclinación hacia atrás de la cabeza).

Asimismo se pueden incluir trastornos tales como parkinsonismo, boca de conejo, akaticia, mioclonías, coreoatetosis, ataxia y diskinesia tardía, por estar presente con mucha frecuencia en pacientes psicóticos tratados con psicofármacos.

De a cuerdo a la población en la que se llevó a cabo la investigación también tendremos en cuenta el déficit motor que presentan las personas que han tenido un diagnostico inicial de retraso mental. En tales casos además de los trastornos ya mencionados, se presentan alteraciones en el esquema corporal, (déficit en la estructuración espacio - tiempo, torpeza motora, trastornos del equilibrio y dificultad en el reconocimiento de la lateralidad), dificultades en las destrezas manipulativas, alteraciones en la coordinación motriz, déficit en la atención, etc.

2- Trastornos de la psicomotricidad que se manifiestan en relación a los demás.

Describimos a continuación aquellos trastornos de la psicomotricidad que surgen en la persona en su relación con el otro.

- Facilitación del contacto: el individuo se relaciona con una excesiva cercanía física, sin guardar la adecuada distancia que correspondería a la situación.

Frente a personas o ambientes con los que se encuentra por primera vez, hace comentarios fuera de lugar, tutea, agrede o seduce, dando la impresión al observador de que vive todo con una excesiva familiaridad o confianza.

- Adhesividad: en su relación con los demás, el sujeto tiende a quedarse como pegado al otro, presentando dificultad para desprenderse del vínculo establecido.
- Evitación del contacto: a la inversa de lo anterior, aquí la persona evita relacionarse con los demás, y cuando lo logra, se le ve distante y lejano. A pesar de la solicitud de un contacto más estrecho por parte del otro, no modifica su actitud.
- Negativismo: trastorno de la psicomotricidad en donde los sujetos se oponen a todo cambio o modificación en su estado, posición o actitud, y evitan la aproximación. Si se les habla se van a un rincón; si se les saluda no responden y miran para otro lado.
- Obediencia automática o automatismo al mandato: el individuo obedece con inmediatez y sin mediar reflexión ni decisión instrucciones simples referidas al presente. Es un fenómeno inverso al negativismo.

3- Trastornos de la psicomotricidad que configuran grupos clínicos específicos.

El autor incluye en este punto la serie catatónica y los trastornos de la psicomotricidad por alteración del Impulso de Tipo Compulsivo.

Otro aspecto que se puede observar en la corporeidad de la persona con trastorno mental severo es la falta de autocuidado, produciéndose una actitud negligente con ausencia de conductas higiénicas y de cuidado personal.

El sujeto puede presentarse exageradamente despeinado, vestir de una forma poco corriente, no adecuado a las condiciones climáticas, como por ejemplo llevando varios abrigos, bufandas y guantes en un día caluroso; o utilizando en algunos casos vestimenta sobrecargada, chillona, mal combinada, no apropiada para la ocasión, exagerada o grotescamente insinuante. Esta

bizarrería en las mujeres se puede encontrar también en el uso desmedido de maquillajes y accesorios.

En cuanto a las relaciones interpersonales, se encuentra un déficit en las habilidades sociales, con un inadecuado manejo de las situaciones, llevándolo al aislamiento, situación que se ve agravada debido a las dificultades que presentan en la comunicación, como pobreza del habla, contestaciones breves, concisas y vacías; así como también por la disminución de su expresividad emocional.

La anhedonía es frecuente y se caracteriza por una pérdida del interés o de motivación, lo que lleva a una incapacidad de manejar el ocio y el tiempo libre, con falta de placer y capacidad de disfrute.

Si bien estas son algunas de las características de la corporeidad que se presentan en la persona con trastorno mental severo, esta no se define de la misma manera para todos los individuos, siendo compleja y variada para cada caso en particular, teniendo en cuenta su historia personal, su origen, su posición social, que le confieren una identidad personal y corporal única.

CAPÍTULO IV

TERAPIA OCUPACIONAL

Definición, fundamento filosófico, ocupación y actividad.

La Terapia Ocupacional es una disciplina científica que se nutre de diferentes ciencias como la medicina, la psicología, la antropología, la sociología, la ingeniería, y la pedagogía, entre otras.

Existen muchas definiciones de Terapia Ocupacional, ya que cada asociación profesional, cada escuela de formación, e incluso los propios profesionales ofrecen su aporte para definir a esta disciplina. En este trabajo tomaremos los conceptos más difundidos a nivel nacional e internacional.

La definición dada por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA), dice: ***"Terapia Ocupacional es el uso terapéutico de las actividades de autocuidado, trabajo y juego para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de las tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida"***[22].

Por su parte la Asociación Argentina de Terapistas Ocupacionales en el año 2002, definió a la Terapia Ocupacional como: ***"el estudio, el análisis y la instrumentación de la actividad – ocupación del hombre en relación con las capacidades físicas, psicológicas y de interacción social y cultural, y su utilización como medio de promoción, protección, recuperación y rehabilitación, y la docencia e investigación en el área de la salud"***[23].

---

[22] Polonio López, B; Durante Molina, P. y Noya Arnaiz, B. Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2003. p.17

[23] Asociación Argentina de Terapia Ocupacional. Definiciones de Terapia Ocupacional. <http://www.terapia-ocupacional.org.ar/TO_Definiciones.asp> [20 de septiembre 2011]

Para definir una profesión es necesario examinar la base filosófica de la cual procede, ya que ésta sirve para establecer la naturaleza, las creencias, los propósitos y los principios que guían las acciones prácticas. Diferentes autores coinciden en que existen dos perspectivas filosóficas opuestas que son las que más han influido en el desarrollo de la Terapia Ocupacional, las cuales han sido definidas como metamodelos o paradigmas, y son:

- El Reduccionismo (Atomismo o Mecanicismo): tiene un enfoque objetivo de la realidad concreta; una realidad puede ser descompuesta en componentes observables. El todo puede ser entendido estudiando las partes.
- El Holismo (Organicismo): tiene un punto de vista subjetivo, la realidad es transformable, el mundo es indivisible, los elementos percibidos forman una Gestalt donde cada elemento no puede ser entendido de forma aislada, el todo es mayor que la suma de las partes.

Este último entiende al ser humano como una realidad física, emocional, cognitiva, social y cultural, siendo una característica fundamental de la filosofía de la Terapia Ocupacional desde sus principios. Pero a partir de la década del cuarenta, teniendo en cuenta el contexto histórico de la II Guerra Mundial, surge la tendencia de enfocar los conocimientos de la Terapia Ocupacional hacia los campos de la medicina rehabilitadora, quedando en un segundo plano la concepción inicial de la profesión, la cual estaba centrada en la actividad/trabajo.

De esta forma, podemos analizar que Terapia Ocupacional se transformó en una práctica más específica, y por ende reduccionista. Se empezaron a valorar aspectos más concretos, objetivos, como la amplitud articular medida en

grados, la fuerza muscular, el tono, etc., de manera que fue adquiriendo un enfoque más técnico y tecnológico. ***"El "modelo médico" era catalogado como reduccionista por estar basado en principios mecanicistas, considerando al hombre solamente en su atomismo y mecanismos internos y, en consecuencia, por no abarcar la necesidad del individuo de insertarse en la vida en sociedad a través del trabajo y las relaciones sociales"[24].***

En el área de la psiquiatría "Elizabeth G.Tiffany señala seis escuelas de pensamiento que influenciaron la práctica de la Terapia Ocupacional: 1. *biofísica*; 2. *psicoanalítica* (o intrapsíquica); 3. *sociocultural;* 4. *comportamental*; 5. *fenomenológica;* y 6. *integrativa* (o biopsicosocial). Resalta las ideas básicas y formas de tratamiento de cada una y sus principales impulsores y también los modelos (o perspectivas) de Terapia Ocupacional inspirados en dichas escuelas. Ellos son:

1. *sensorio-integrador*, basado en la escuela de pensamiento de la biofísica;
2. *terapia comportamental*, basado en la escuela de pensamiento del mismo nombre;
3. *desarrollista*, que sufre influencias de las escuelas sociocultural, fenomenológica e integrativa,
4. *psicoanalítico*, influenciado por la escuela de pensamiento intrapsíquico/psicoanalítica;
5. *comportamiento ocupacional*, que se basa en las escuelas sociocultural, fenomenológica e integradora, y

[24] Da Rocha Medeiros, M. Terapia Ocupacional: un enfoque epistemológico y social. Santa Fe, Universidad Nacional del Litorial, 2008. p.57

6. *humanista*, fundamentado en la filosofía existencial y fenomenológica"[25].

Durante los años sesenta y setenta, la Terapia Ocupacional, empezó a resistir el movimiento reduccionista, de forma tal que los profesionales comenzaron a reconocer que la misma, se había corrido de su objetivo original: ***la actividad propositiva y la ocupación***, lo cual iba en contra de los principios filosóficos generales que daban sentido a la profesión.

Como resultado, comenzó nuevamente un cambio en el paradigma, de modo que *se* produjo ***un retorno a la ocupación como centro de la profesión,*** y los conceptos de humanismo, holismo, competencia y ocupación volvieron una vez más, a guiar el quehacer profesional. Este metamodelo o paradigma contemporáneo incluye tres amplios temas: la naturaleza ocupacional de los seres humanos, la disfunción ocupacional y la ocupación como agente terapéutico.

La ocupación puede ser definida como ***"las actividades que comprometen nuestra experiencia vital y pueden ser nombradas en la cultura"[26].***

Por su parte G. Kielhofner define ocupación de la siguiente manera:***"Todo comportamiento que es motivado por un impulso intrínseco y consciente de ser efectivo en el ambiente, con el objeto de cumplir con una serie de roles individuales que son formados por la tradición cultural y aprendidos a través de un proceso de socialización"[27].***

La ocupación humana se refiere, a las acciones que todo ser humano realiza para adaptarse y desarrollarse en relación con él mismo, los otros, los objetos y el medio ambiente; son las cosas ordinarias y familiares que el individuo hace

---

[25] Ibíd. p.29

[26] Larson, E; Wood, W. y Clark F. En: Willard & Spackman. Terapia Ocupacional. 10ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2005. p.15-26

[27] Kielhofner, G. A Model of Human Occupation: Theory and Application. Baltimore: Willams & Wilkins, 1995.

cada día. En Terapia Ocupacional se reconocen tres áreas de ocupación, también llamadas por la Asociación Americana de Terapistas Ocupacionales (AOTA) áreas de ejecución ocupacional; éstas se clasifican en:

- Actividades de la vida diaria. Tareas de automantenimiento.
- Trabajo y actividades productivas.
- Esparcimiento, Juego, Ocio o Tiempo Libre.

Para llevar a cabo las actividades que conforman éstas áreas de ejecución se requiere de la utilización y coordinación de los componentes del desempeño funcional, o componentes de ejecución (AOTA), es decir todo aquello que la ocupación demanda a un individuo para la realización de una actividad de manera satisfactoria tanto para él como para su medio sociocultural. En cuanto a los componentes de ejecución, se pueden dividir en:

- sensoriomotores (sensoriales, neuromusculares y motores).
- integración cognitiva y componentes cognitivos.
- destrezas psicosociales y componentes psicológicos (psicológicos, sociales y autoorganización).

El término ocupación no es equivalente al de actividad. Se puede definir la ***actividad*** como el conjunto de tareas que una persona realiza, y están acordes a su edad, sexo, rol, estatus, etc.; es decir que el concepto de actividad es sinónimo del de hacer.

La actividad es inherente al ser humano, es fundamental para su existencia, necesitamos realizar actividades para sobrevivir y tener una cierta calidad de vida. G. Kielhofner señala que el individuo tiene una tendencia espontánea a ser activo y a explorar su entorno para dominarlo y manejarlo.

En Terapia Ocupacional se utiliza la ***actividad propositiva*** como un medio o recurso terapéutico, siendo ésta la característica distintiva de la profesión. La AOTA define a la ***actividad propositiva*** como: ***"conducta dirigida a un objetivo o tareas que comprende una ocupación"***[28], y agrega al respecto:

"El hombre es un ser activo, cuyo desarrollo está influenciado por el uso de la actividad propositiva. Utilizando su capacidad para la motivación intrínseca, el ser humano es capaz de influir sobre su salud física y psíquica y sobre su entorno físico y social, a través de la actividad propositiva. [...] La Terapia Ocupacional está basada en la creencia de que la actividad propositiva (ocupación), incluyendo sus componentes interpersonales y ambientales, puede utilizarse para prevenir y mejorar la disfunción y para promover el máximo nivel posible de adaptación. La actividad utilizada por un terapeuta ocupacional incluye ambos propósitos, intrínseco a la actividad y terapéutico"[29].

La implementación de la actividad propositiva tiene como objetivo ayudar a las personas a desarrollar nuevas habilidades, a restaurar una capacidad deficitaria, a compensar una discapacidad funcional y a mantener su salud o prevenir la disfunción. Hay un gran número de actividades que se pueden utilizar, pero la elección de las mismas está limitada por los intereses de los usuarios, las metas del tratamiento y los recursos disponibles en cada momento. Antes de indicar una actividad, se realiza un cuidadoso análisis de la misma y se gradúa y adapta para cada caso en particular. El análisis de la actividad ***"es un proceso lógico y simplificador, a través del cual una actividad es minuciosamente examinada y separada en sus componentes***

[28] Polonio López, B; Durante Molina, P. y Noya Arnaiz, B. Op. Cit. P.43
[29] Ibid. , p. 36

simples, estudiando cada uno de ellos. A través de este proceso de análisis de la actividad, el profesional determina las múltiples demandas requeridas para ejecutarla y alcanzar el éxito en el desempeño competente de la misma"[30].

Existen distintos modos y distintos niveles de selección y análisis de la actividad, así como diferentes enfoques y abordajes; pero en líneas generales el Terapistas Ocupacional debe:

- Seleccionar la actividad que sea adecuada a la edad de la persona, sus habilidades, roles, intereses, prioridades, y al propósito terapéutico.
- Adaptar la actividad, modificando uno o varios aspectos de la misma, con objeto de facilitar una ejecución satisfactoria acorde con el objetivo terapéutico propuesto. Puede incluir la modificación del entorno.
- Graduación de la actividad elegida, esto implica cambios en el proceso, en el entorno, en las herramientas o en los materiales, para incrementar o disminuir la demanda de ejecución de la misma.

Para concluir podemos decir que las ocupaciones humanas y las actividades que forman parte de ellas son el núcleo central de la Terapia Ocupacional, y que los profesionales de esta disciplina promueven el desempeño ocupacional adaptativo y competente, a través del uso de la actividad propositiva.

[30] Ibid. , p.149

HISTORIA Y EVOLUCIÓN DEL BAILE.

ANTECEDENTES DE LAS TÉCNICAS CORPORALES

COMO RECURSO TERAPÉUTICO

El movimiento es inherente a todo ser vivo, se establece como una necesidad natural para la supervivencia y una necesidad social para la convivencia, el placer y la reproducción.

Durante los primeros meses de vida, el ser humano que aún desconoce la palabra, utiliza el movimiento corporal para comunicarse con el mundo, convirtiendo el cuerpo en su principal herramienta de expresión. Aprende de esta forma a dominarlo y manejarlo, dándole intencionalidad. Es así que gracias a la motricidad y la sensopercepción, en tanto establece un vínculo con el otro, el individuo comienza a formar su aparato psíquico y adquirir el conocimiento del mundo que lo rodea.

Históricamente también el hombre primitivo utilizaba los movimientos corporales como el medio de comunicación por excelencia, y fue quizá alrededor del fuego donde estos movimientos comenzaron a organizarse como una forma de expresión individual y grupal de todo aquello que no podían explicar, dando origen así a las danzas rituales. Estas en un principio tuvieron carácter religioso y con la evolución de la especie humana, estas danzas tribales, también fueron evolucionado hasta convertirse en formas estéticamente más refinadas.

En el Renacimiento, se crearon grandes obras que comenzaron a otorgarle a la danza valor social, posteriormente nació el ballet y se iniciaron los bailes de salón. A fines del siglo XV, con la llegada de los europeos al continente

americano, se produjo la fusión de tradiciones españolas y portuguesas con la cultura de los pueblos originarios, dando lugar al surgimiento de la música latinoamericana. La mayor influencia en este género se debe a los forzados inmigrantes llegados desde África que trajeron como único equipaje la religión y su música. En el siglo XX surgieron en Nueva York las danzas modernas y aparecieron también la rumba, la salsa y el chachachá inspirados en ritmos latinos y caribeños, y en los años 50, el rock and roll y el Twist. En la década del 70, se originaron las danzas posmodernas en contraposición a las modernas.

La historia, evolución e importancia de la danza continúa hasta nuestros días, ya que como toda forma de arte es impulsora de cambio permitiendo la manifestación de un sujeto. ***"El cuerpo puede exteriorizar todo allí: emoción, rabia, amor, odio, alegría, etc. La corporeidad se purifica, se renueva, se revela sin violencia"***[31].

La utilización del movimiento corporal y de otros recursos del arte como medio terapéutico para el tratamiento de los trastornos tanto físicos, como psicológicos data de tiempos inmemoriales, si bien tuvo su auge después de la Segunda Guerra Mundial. A partir de las alteraciones sufridas en el esquema corporal, a causa de esta guerra, comenzó en el mundo un movimiento que proponía una educación corporal diferente a la educación física tradicional. A esto se le sumó con el paso de los años la imposibilidad de la medicina de dar respuesta a nuevas enfermedades como las autoinmunes, las psicosomáticas, el SIDA y el cáncer; razón por la cual los individuos con nuevas necesidades comenzaron a buscar otras maneras de relacionarse con su cuerpo, otros

[31] Altuve, M. Movimiento & danzas de enlace. **Kiné.** Junio 2011, nº 97 p.20

tratamientos. De esta forma surgieron las llamadas terapias alternativas o complementarias, las Medicinas Blandas y la Holística, y la idea de cuerpo sensible, del cuerpo como construcción social.

Muchas técnicas como la de Alexander, el Método Feldenkrais, etc. parten de esta premisa, apoyándose en la biomecánica y la neurología, con la idea de que el cuerpo puede ser manejado y dirigido de un modo más provechoso si se reeduca desde estas ciencias.

Otros métodos apuntan a la exploración de los contenidos inconcientes del individuo, utilizando los recursos de la música, la plástica y la danza. La aplicación de diferentes propuestas artísticas como medio psicoterapéutico ha sido sustentada sobre bases teóricas diversas. Podemos mencionar las de tipo guestáltico, psicoanalítico, transpersonal-humanista, entre otras, coincidiendo todas en que el arte es un medio de acceso directo a aquello que no se puede expresar con las palabras.

Parece entonces que las primeras técnicas se dedican a la curación y el tratamiento del ***"cuerpo físico",*** mientras que las segundas apuntan a la curación y tratamiento del ***"cuerpo psicológico";*** pero hay un tercer grupo de técnicas que se dirigen a enlazar ***"estos cuerpos".*** Estas últimas, en nuestro país, son las que surgieron bajo el influjo de las ideas renovadoras de la danza, el teatro y la plástica; como la Expresión Corporal, la Gimnasia Conciente, el Psicodrama, la Poética Corporal y la Eutonía.

No podemos dejar de mencionar por su importancia a la psicomotricidad, que nace a principios del siglo XX en Francia, siendo su objeto de estudio la conexión entre lo psíquico y lo motriz, y a la danzaterapia que surge en la década del 40 en Estados Unidos. Esta tiene sus orígenes, en las instituciones

psiquiátricas, cuando el personal de estos centros comienza a reconocer que las clases de danza moderna impartidas a sus pacientes tenían efectos terapéuticos. La Asociación Estadounidense de Danzaterapia la define como ***"el uso terapéutico del movimiento como un proceso que impulsa la integración emocional, cognitiva, social y física del individuo"***[32]. Se basa en el carácter expresivo de la danza y principalmente es una terapia de tipo creativo. Estos componentes facilitan el desarrollo psicosocial, afectivo y cognitivo del individuo.

Actualmente en nuestro país, se encuentra la tangoterapia como una de las alternativas innovadoras dentro de las técnicas terapéuticas que utilizan el movimiento corporal y la música. Esta se basa en la danza contemporánea de orientación expresionista, y los modelos teóricos que la sustentan son: el psicoanálisis, la fenomenología, la psiquiatría, el modelo dialéctico, el psicodrama, la musicoterapia, la terapia ocupacional y el arteterapia.

F. Trossero define a la tangoterapia como: ***"un sistema integrado de elementos propios del tango –es decir, su baile, sus códigos y simbolismos-, que sobre la base de promover vivencias motivadoras, nos acerca al conocimiento del psiquismo profundo, permitiendo elaboraciones diagnósticas, terapéuticas y de investigación"***[33].

Por lo expuesto a lo largo de este capitulo, vamos a concluir diciendo que en el campo de lo corporal coexisten técnicas y disciplinas muy diferentes que se multiplican día a día, sostenidas en concepciones diferentes del sujeto y por lo tanto del cuerpo; pero que en su gran mayoría [...]***"son utilizadas para motivar la expresión de emociones y desarrollar la psicomotricidad, para***

[32] Salas, S; Calderón. *"Psicoterapia del movimiento: herramienta terapéutica con pacientes esquizofrénicos"*. **Actualidades en Psicología.** 2007. Vol. 21, nº 108. p.101
[33] Trossero, F. Tangoterapia. Buenos Aires: Ediciones Continente. 2010. p.21

obtener efectos terapéuticos y profilácticos, en la medida en que es posible producir cambios en la relación del individuo consigo mismo y con los otros, por medio de la aceptación del propio cuerpo, la integración y el cambio del esquema corporal y la capacidad de vincularse; el goce por el juego, la afirmación creativa, la exteriorización de los afectos y la aceptación del colectivo, la adquisición de seguridad, de mayor autoestima, y la construcción de recursos internos a partir del conocimiento de sí mismo, de sus límites y sus posibilidades"[34].

[34] Salas, S; Calderón. Op. Cit. p.102

IMPLEMENTACION DEL TALLER DE RITMOS LATINOS:

ARTICULACION TEÓRICO – PRÁCTICA

Los destinatarios de la actividad implementada fueron personas adultas con Trastorno Mental Severo que asistieron al Centro de Promoción Social, el cual basa su filosofía de intervención en la rehabilitación psicosocial. Estas personas presentaban un promedio de 10 años de asistencia en esta institución.

La principal problemática que se observaba era el predominio de sintomatología negativa, que se manifestaba a partir de la falta de motivación para involucrarse, iniciar y sostener cualquier tipo de actividad, ya sea de autocuidado, productiva o recreativa. En relación a la corporeidad, se evidenciaba la falta de cuidado personal, las dificultades en relación con su propio cuerpo, la imposibilidad de relación con el cuerpo del otro, el ser tocado o mirado y la inhibición corporal. Desde lo vincular se presentaban alteraciones en las relaciones con los demás, que dificultaban los intercambios grupales y la inclusión social. Estas dificultades observadas, eran el resultante no solo de cuestiones patognomónicas de cada cuadro de base, sino además como consecuencia de los efectos cronificantes de la enfermedad, secundario de los psicofármacos y de la falta de continencia socio- afectivas, entre otros.

Teniendo en cuenta la problemática de esta población es que se empezó a planificar una actividad grupal, integradora y motivadora que permitiera abordar estas dificultades a través de un trabajo corporal.

Como punto de partida, se debía estimular y favorecer no solo los componentes vinculares y sociales (a través de los procesos grupales), sino

que directa e indirectamente abordar aquellas problemáticas individuales, por ejemplo en el área de la corporeidad.

Sabíamos que desde Terapia Ocupacional la implementación de actividades en la modalidad de taller y con grupos de personas con trastorno mental severo, estaba ampliamente explorada y fundamentada, por lo cual la selección de la actividad propositiva era el desafío a enfrentar.

Es así que se pensó en utilizar el baile como recurso terapéutico, ya que bailar genera numerosos beneficios físicos, emocionales y mentales.

La base de la danza es la confluencia de movimiento, equilibrio, ritmo y representación gestual. Es una actividad que requiere sincronización, potencia la coordinación, mejora la agilidad y el equilibrio, favorece la concentración y la memoria. La cabeza y el cuerpo erguido y el paso armonioso mejoran la presencia física, corrigiendo las posturas derivadas de la vida sedentaria. Es una actividad dinámica y divertida y es prácticamente imposible bailar sin sonreír, ya que la música consigue que se expresen sentimientos y proporciona una alegría duradera. Es un momento de distensión en donde la persona se sumerge en el placer sensorial del movimiento, olvidándose de los problemas cotidianos y liberando parte de la tensión que generan. Una de las consecuencias más básicas de bailar es el aumento de la confianza en uno mismo, ya que se logra ejecutar pasos que solían parecer irrepetibles y el cuerpo logra desbloquearse, aumentando el sentimiento de éxito y seguridad.

Además podemos agregar que se puede practicar a cualquier edad; no requiere cualidades físicas especiales ni mucha dedicación; promueve y recupera la comunicación, tanto verbal como corporal; proporciona movilidad muscular y articular, fuerza y resistencia, incrementando la elasticidad en

tendones y músculos; disminuye el colesterol y aumenta la capacidad cardiorrespiratoria; quema calorías, elimina líquidos y toxinas, libera adrenalina y otras endorfinas que favorece la disminución de la ansiedad y la depresión.

Aprovechando estos beneficios del baile en general (descriptos por investigadores sobre esta temática), y sumado a las cualidades propias de la música latina, que contagia alegría, sensualidad y deseos de bailar, es que presentamos los ***Ritmos Latinos*** como un recurso válido para ser trabajado desde Terapia Ocupacional, eligiendo la ***salsa y*** el ***merengue*** por las características mencionadas, y la ***cumbia*** por ser un ritmo popular en nuestro país. Estos ritmos se bailan en pareja, tomados de las manos o abrazados, con movimientos cadenciosos de hombros y caderas. Son ricos en desplazamientos coreográficos, pero en general se pone el acento fundamentalmente en la comunicación corporal que se establece entre la pareja de bailadores.

Esta actividad puede ser graduada, sistematizada y secuenciada, adaptándola a cada participante y al grupo en general, comenzando a trabajar con los elementos más simples, aumentando paulatinamente el grado de complejidad, logrando integrarlos en un producto final, como la puesta en escena de una coreografía con su respectivo vestuario y maquillaje.

Permite realizar un abordaje individual y grupal, favoreciendo las relaciones intrapersonales e interpersonales, ya que permite compartir, intercambiar, expresarse y comunicarse, mejorando los lazos entre sí, permitiéndole a la persona elaborar modelos de interacción social adecuados. Siguiendo los lineamientos del ***Modelo de Desempeño Ocupacional***, podemos afirmar que

compromete a los siguientes ***componentes del desempeño***, a saber: los ***sensitivomotores***, los ***cognitivos*** y los ***psicológicos***:

Componentes Sensitivomotores

- Sensoriales
  - táctil - propioceptivo - vestibular - visual
  - auditivo - esterognosia - cinestesia
  - esquema corporal - posición en el espacio
  - discriminación derecha/izquierda
- *Neuromusculares*
  - grado de movilidad - tono muscular
  - fuerza - control postural
  - alineación postural
- *Motores*
  - coordinación gruesa - lateralidad
  - cruce de la línea media - praxias
  - integración bilateral – control motriz
  - coordinación/destreza motora fina
  - integración visomotriz

Componentes Cognitivos

- capacidad de atención
- iniciación de la actividad
- terminación de la actividad
- memoria
- secuenciación
- aprendizaje

Componentes Psicológicos

- *Psicológicos*
  - intereses, motivación
- *Sociales*
  - ejecución del rol
  - conducta social
  - destrezas interpersonales
  - autoexpresión
- *Autoorganización*
  - organización del tiempo
  - autocontrol

Resumiendo, el baile como actividad presenta una riqueza altamente terapéutica si es coordinada por un Terapista Ocupacional, que analice lo que posibilita y demanda la misma, y como ésta da respuesta a los requerimientos individuales y grupales de las personas con Trastorno Mental Severo.

Plantear actividades grupales con la modalidad de taller, como estrategia desde Terapia Ocupacional es involucrar, desde una perspectiva psicosocial, a todos los actores del proceso terapéutico (paciente, terapista ocupacional, institución, familia, comunidad) en el desarrollo de un proyecto en común. De este modo ofrecer un espacio para "el hacer", proporcionará la apertura para nuevas experiencias enriquecedoras que trasciende un lugar, un espacio y una técnica.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

1. - Objetivos del proyecto de Sistematización de la experiencia de campo

Objetivo General:

- Sistematizar la experiencia de campo llevada a cabo en el Centro de Promoción Social (Centro de Día para personas con padecimientos psíquicos crónicos), en la implementación del Taller de Ritmos Latinos como recurso terapéutico.
- Analizar las potencialidades del baile con ritmos latinos como recurso terapéutico en personas con trastorno mental severo.

Objetivos Específicos:

- Describir los logros obtenidos en los diferentes aspectos de la corporeidad (esquema corporal, estructuración espacio-temporal y su relación con el otro) que se alcanzaron en las personas con trastorno mental severo, a partir de la implementación del Taller de Ritmos Latinos como recurso terapéutico.
- Analizar los procesos intrapersonales y funciones cognitivas (percepción de sí mismo, atención y memoria) que se favorecieron a partir de la experiencia de campo.
- Explorar los aportes del Taller de Ritmos Latinos como facilitador de los procesos interpersonales (manejo de relaciones sociales, comunicación) y de la inclusión socio-comunitaria.

2. – TIPO DE TRABAJO

El presente trabajo se corresponde metodológicamente con la modalidad denominada ***Sistematización de una Experiencia de Campo.***

La sistematización "***es el procedimiento y conjunto de operaciones que ordena, describe, articula y recupera el desarrollo de una experiencia práctica, conectando los datos empíricos que en ella se obtienen con una determinada teoría"***[35].

3. - LOCALIZACIÓN

Centro de Promoción Social (Centro de Día para personas con padecimientos psíquicos crónicos) sito en calle Valencia 6455 de la ciudad de Mar del Plata.

4. - PERÍODO

El Taller de Ritmos Latinos se llevó a cabo desde el mes de marzo al mes de septiembre del año 2010.

5. - PARTICIPANTES

Convocatoria a las 28 personas con Trastorno Mental Severo, que asistían a los Talleres Integrados en el Centro de Promoción Social (Centro de Día para personas con padecimiento psíquico crónico), sito en calle Valencia 6455 de la ciudad de Mar Del Plata.

Los criterios de inclusión para la participación del taller fueron:

- Personas que asistían al Taller Integrado.

[35] Kisnerman, Natalio. ¿Quién le teme a la sistematización? Buenos Aires. Editorial LUMEN-HVMANITAS. 1996. p13

- Cumplir con los requisitos de asistencia y normas de convivencias grupales que se acordaron para el desarrollo del taller.

Como criterios de Exclusión:

- Otras personas del Centro de Promoción Social que no asistían al dispositivo de Talleres Integrados.

6. – OBJETIVOS DEL TALLER DE RITMOS LATINOS

Objetivos Generales:

- Implementar el taller de ritmos latinos como recurso terapéutico con las personas que asistían al Taller Integrado del Centro de Promoción Social.
- Promover a partir de la implementación del taller los diferentes aspectos de la corporeidad.
- Estimular las diferentes funciones cognitivas.
- Favorecer las relaciones interpersonales y el proceso de inclusión socio comunitario.

Objetivos Específicos:

A - Estimular los diferentes aspectos de la corporeidad.

1- De la relación del sujeto con su propio cuerpo (esquema corporal)

- Favorecer el reconocimiento de su propio cuerpo.
- Realizar un repertorio amplio de movimientos.
- Estimular la lateralidad.
- Dominar movimientos voluntarios de cualquier parte del cuerpo.

- Realizar movimientos bilaterales simultáneos tanto en miembros superiores como inferiores.
- Dominar los movimientos bilaterales alternados tanto en miembros superiores como en miembros inferiores.

2- *Del cuerpo y su relación con la estructuración espacio-temporal.*

- Estimular las nociones espaciales de ubicación y dirección de movimiento.
- Aprender a desplazarse y manejarse en el espacio propio y en relación con los demás.
- Incorporar la noción de ritmo.
- Seguir un ritmo grupal.

3- *Del cuerpo en relación con el otro.*

- Promover la aceptación de mirar y de ser mirado por el otro.
- Lograr aceptar tocar y ser tocado por el otro.
- Copiar movimientos a partir de un otro enfrentado.

B - Favorecer los procesos intrapersonales y las funciones cognitivas.

- Desarrollar y/o estimular los procesos psicológicos: atención, memoria, concentración.
- Capacidad para iniciar y sostener la actividad por sí solo.
- Promover la flexibilidad ante los cambios.
- Favorecer la capacidad para disfrutar de la actividad.

C - Facilitar las relaciones interpersonales y la integración socio-comunitaria.

- Promover el respeto hacia el encuadre de trabajo grupal.
- Trabajar dentro de un espacio de respeto y aprendizaje mutuo.
- Promover la aceptación de los pares.
- Adquirir la habilidad de compartir un espacio conjunto.
- Construir una puesta en común de trabajo grupal.
- Promover los intercambios con diferentes grupos sociales.
- Favorecer conductas adecuadas para la integración social.

D - Incorporar a través de la participación en el taller, conceptos referentes a las características de los ritmos latinos.

- Diferenciar distintos ritmos latinos (salsa, merengue, cumbia).
- Incorporar pasos simples y básicos de los ritmos latinos.
- Aprender desplazamientos y coreografías simples.

7. – ABORDAJE, MODALIDAD Y FRECUENCIA

El proyecto se llevó a cabo a través del abordaje grupal, utilizando la modalidad de taller, es decir que teoría y práctica fueron inseparables durante el transcurso de cada encuentro. Los mismos se dictaron con una frecuencia de un encuentro semanal con una duración de una hora cada uno.

DIA	HORARIO	ACTIVIDADES	RESPONSABLES
Martes	15:30 a 16:30 hs.	Ejercicios de caldeamiento. Baile. Cierre de cada encuentro.	Post. practicantes de T. O. Supervisión de las T. O.

8. – CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

1 Primera Etapa:

- Apertura del taller.
- Iniciación al movimiento corporal a través de distintos ritmos latinos y juegos.
- Internalización de los ritmos latinos (merengue, salsa y cumbia).
- Aprendizaje de pasos básicos de baile.

2 Segunda Etapa:

- Desarrollo de las habilidades de baile.
- Salida a un salón de baile.
- Planificación conjunta con los concurrentes de la puesta en escena de una coreografía final.

3 Tercera Etapa:

- Ensayo conjunto de la coreografía final.
- Presentación de la producción artística, con la finalidad de compartir y socializar la experiencia con los demás miembros de la institución, familiares, amigos y comunidad en general.

9. – RECURSOS FÍSICOS, MATERIALES y HUMANOS

Actividad	Recursos Físicos	Recursos Materiales	Recursos Humanos
Caldeamiento: Iniciación al movimiento corporal a través de juegos.	Lugar de ensayo: salón verde del CPS	CD con músicas variadas y distintos elementos como telas, globos, etc.	Post - practicantes de T. O.
Música: Aprendizaje de ritmos latinos.	Lugar de ensayo: salón verde del CPS	Instrumentos de percusión, CD con ritmos latinos.	Post - practicantes de T. O.
Baile: Utilización de pasos de bailes latinos.	Lugar de ensayo: salón verde del CPS	CD con ritmos latinos.	Post - practicantes de T. O.
Vestuario: Ropa, accesorios, maquillajes y otros.	Lugar de ensayo: salón verde del CPS	Telas, ropa, vinchas, lentejuelas, pegamento, maní, bolsas de nylon y maquillajes.	T.O. de la institución, Post - practicantes de T. O. y profesora de plástica
Cierre de los encuentros: Intercambio entre los concurrentes y las pasantes de T. O. sobre lo acontecido en el encuentro.	Lugar de ensayo: salón verde del CPS		Post - practicantes de T. O.

10. – RECURSOS ECONÓMICOS

Rubro	Financiamiento	Monto
Honorarios de las dos T.O del grupo.	Centro de Promoción Social	1 hora por semana, 4 horas al mes durante 6 meses, son un total de 24hs., a $30 la hora Total $ 720 cada profesional.
Honorarios de la profesora de plástica.	Centro de Promoción Social	$30 por hora, siendo un total de 2 hs. en todo el desarrollo del taller Total $60
Insumos específicos (telas y globos).	A cargo de las post- practicantes de T. O	$13
Compra de telas y accesorios de vestuario.	A cargo de las post- practicantes de T. O	$73
Viáticos	A cargo de las post- practicantes de T. O	$172,80

El total de los gastos en la implementación del Taller de Ritmos Latinos fue de $1.758,80 (pesos mil setecientos cincuenta y ocho con ochenta centavos).

11. – TIPO DE REGISTRO Y EVALUACIÓN

a- Registros:

- Cuaderno de campo, en el que se registraron las fechas de los encuentros, las actividades realizadas y la cantidad de participantes.
- Registros fílmicos y fotográficos.

b- Evaluación:

- Continua:

Reuniones luego de cada encuentro entre las post – practicantes de T.O.

Supervisión de T. O.

- Final:

Implementación de la ficha de campo para evaluar logros del taller.

Aclaración:

La ficha de registro de campo, se diseñó siguiendo el modelo de la Escala de Likert, con el fin de evaluar los niveles de logro de cada uno de los participantes del taller, para luego poder ser presentado como producto final o logro alcanzado por el grupo. En la misma se consideró cinco niveles posibles, del 1 al 5, en orden decreciente, asignándole una cualidad a cada nivel. Estos niveles no arrojaron categorías de análisis cuantificables, sino que permitieron identificar el tipo de logro alcanzado.

De esta manera quedó conformada la grilla para cada nivel:

TABLA DE SIGNIFICACION DE LOS NIVELES DE LOGRO

Nivel	Cualidad	Significado
1	**SIEMPRE**	El participante siempre alcanza a lograr el ítem evaluado correctamente.
2	**SIEMPRE CON INDICACION**	El participante logra alcanzar siempre el ítem evaluado de forma correcta, necesitando para ello la indicación de los coordinadores.
3	**PARCIALMENTE**	El participante logra de forma parcial, por sí solo, el ítem evaluado correctamente.
4	**PARCIALMENTE CON INDICACION**	El participante a pesar de las indicaciones constantes del coordinador, logra alcanzar el ítem parcialmente.
5	**NUNCA**	El participante nunca logra alcanzar de modo correcto el ítem.

Ficha de registro de campo de los ítems de logros a evaluar del taller de Ritmos Latinos:

Datos del participante

Edad: Sexo:

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	DIMENSIÓN DE LA VARIABLE	INDICADORES	NIVEL DE LOGRO				
			1	2	3	4	5
1.- Estimular los diferentes aspectos de la corporeidad	**A – De la relación de la persona con su propio cuerpo (esquema corporal)**	1. Reconoce las diferentes partes de su cuerpo. 2. Realiza un repertorio amplio de movimientos. 3. Presenta noción de derecha-izquierda 4. Realiza movimientos voluntarios de cualquier parte del cuerpo. 5. Domina los movimientos bilaterales simultáneos en MMSS y MMII. 6. Domina los movimientos bilaterales alternados en MMSS y MMII.					
	B- Del cuerpo y su relación con la estructuración espacio-temporal	1. Presenta las nociones espaciales de ubicación y dirección del movimiento. 2. Logra desplazarse y manejarse en el espacio propio y en relación con los demás. 3. Incorpora la noción de ritmo. 4. Sigue el ritmo grupal.					
	C- Del cuerpo en relación con el otro	1. Acepta ser mirado. 2. Puede mirar al otro. 3. Acepta ser tocado por otro. 4. Puede tocar al otro. 5. Copia movimientos a partir de otro enfrentado.					

2. Favorecer los procesos intrapersonales y las funciones cognitivas	**Habilidades intrapersonales y funciones cognitivas**	1. Mantiene la atención. 2. Presenta memoria a corto plazo. 3. Presenta memoria a largo plazo. 4. Flexibilidad para aceptar cambios. 5. Es capaz de iniciar y sostener la actividad por sí solo. 6. Presenta capacidad para disfrutar de la actividad.					
3.- Facilitar las relaciones interpersonales y la integración socio-comunitaria	**Habilidades interpersonales e integración socio-comunitaria**	1. Respeta encuadre de trabajo grupal. 2. Puede trabajar dentro de un espacio de respeto y aprendizaje mutuo. 3. Logra compartir un espacio en conjunto. 4. Se relaciona con los pares. 5. Comunica sus pensamientos y opiniones. 6. Capacidad de puesta en común. 7. Presenta intereses sociales y culturales. 8. Puede realizar intercambios con diferentes grupos sociales. 9. Muestra conductas adecuadas para la integración social.					
4. - Incorporar a través de la participación en el taller, conceptos referentes a las características de los ritmos latinos	**Ritmos Latinos: Desarrollo del baile**	1. Diferencia los ritmos trabajados en el taller. 2. Consigue incorporar pasos simples y básicos. 3. Realiza desplazamientos y coreografías simples.					

12.– ANÁLISIS DE LOS DATOS

En el análisis de los datos se utilizó una estadística descriptiva para las variables, que incluyó tablas de contingencia, porcentajes, gráfico sectorial y gráficos de barras.

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Si bien la convocatoria para participar del Taller de Ritmos Latinos estaba dirigida a las 28 personas con Trastorno Mental Severo que asistían al dispositivo de Talleres Integrados en el Centro de Promoción Social de la ciudad de Mar del Plata, entre marzo y septiembre de 2010; la muestra definitiva quedó conformada por 18 integrantes que participaron siempre del mismo, ya que de la población total 4 concurrieron a veces y 6 no participaron nunca. Los integrantes que concurrieron a veces no fueron evaluados por no cumplir con los requisitos de asistencia y permanencia. De estos datos se desprende el siguiente gráfico:

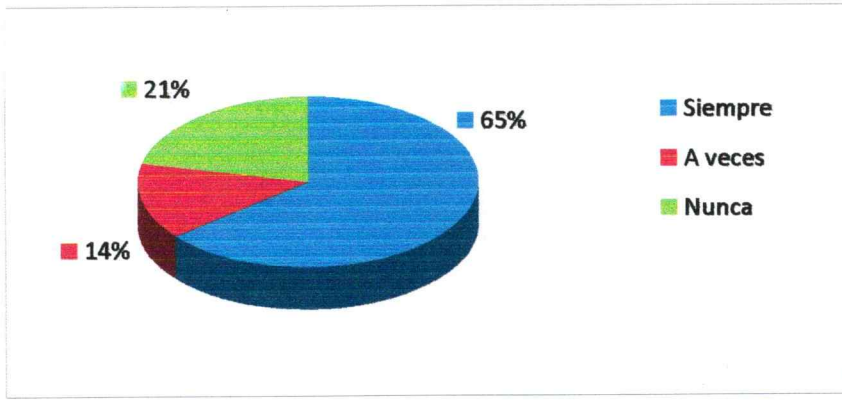


Gráfico Nº 1: Concurrencia de las personas con trastorno mental severo al Taller de Ritmos Latinos realizado en el Centro de Promoción Social de la ciudad de Mar del Plata, entre marzo y septiembre de 2010.

Este gráfico indica que el 64% de los participantes concurrieron siempre al taller, el 22% no participó nunca, ya sea por falta de interés o por estar en la etapa de pre-alta y el 14% restante concurrió a veces, es decir, menos de 5 encuentros de un total de 24 y sin poder sostener la permanencia en los mismos.

A continuación se exponen los gráficos con los niveles de logros alcanzados en el taller de Ritmos Latinos por las personas que siempre participaron del mismo. Los distintos indicadores fueron evaluados mediante la ficha de registro de campo, de acuerdo a las categorías ***siempre*** correspondiente al nivel 1, ***siempre con indicación*** nivel 2, ***parcialmente*** nivel 3, ***parcialmente con indicación*** nivel 4 ***y nunca*** nivel 5.

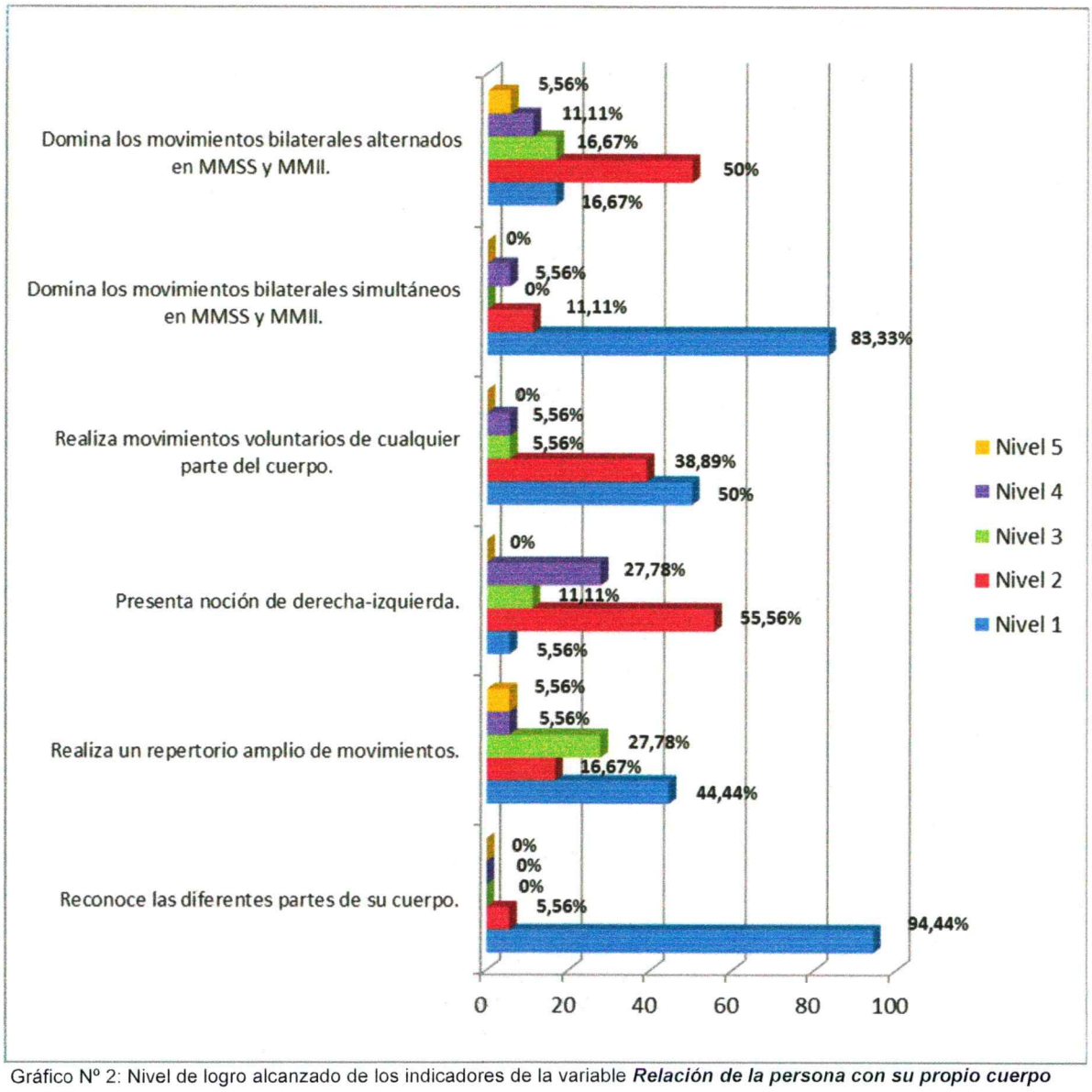


Gráfico Nº 2: Nivel de logro alcanzado de los indicadores de la variable ***Relación de la persona con su propio cuerpo*** en las personas con Trastorno Mental Severo que concurrieron al Taller de Ritmos Latinos del CPS de la ciudad de Mar del Plata, entre marzo y septiembre de 2010.

Los niveles de logros alcanzados de los indicadores de la variable **Relación de la persona con su propio cuerpo** durante el transcurso del taller de Ritmos Latinos son los siguientes: el indicador ***Reconoce las diferentes partes de su cuerpo*** fue alcanzado *siempre* en el 94,44% de los participantes y *siempre con indicación* sólo en el 5,56%. ***Realiza un repertorio amplio de movimientos*** se logró *siempre* en el 44,44% de los integrantes, *parcialmente* en el 27,78%, *siempre con indicación* en el 16,67%, *parcialmente con indicación* y *nunca* en el

5,56% respectivamente. ***Presenta noción de derecha-izquierda*** se observó *siempre con indicación del coordinador* en el 55,56% de los participantes, *parcialmente con indicación* en el 27,78%, *parcialmente* en el 11,11% y sólo el 5,56% lo logró *siempre*. El gráfico indica que el 50% de los participantes *siempre* logró el ítem ***Realiza movimientos voluntarios de cualquier parte del cuerpo,*** el 38,89% *siempre con indicación, el* 5,56% *parcialmente* y el 5,56% lo logró *parcialmente con indicación*. En el indicador ***Domina los movimientos bilaterales simultáneos en MMSS y MMII***, el 83,33% lo alcanzó *siempre*, el 11,11% *siempre con indicación*, y el 5,56% *parcialmente con indicación*. El 50% de los participantes alcanzó *siempre con indicación* el indicador ***Domina los movimientos bilaterales alternados en MMSS y MMII,*** el 16,67% *siempre* y *parcialmente* respectivamente, el 11,11% *parcialmente con indicación* y sólo el 5,56% *nunca*.

Estos ítems se evaluaron teniendo en cuenta principalmente las diferentes partes del cuerpo que estaban más involucradas en esta actividad; es decir los grandes segmentos corporales (brazos, manos, piernas, pies, cabeza y tronco) y las grandes articulaciones (hombros, codos, muñecas, caderas, rodillas y tobillos).

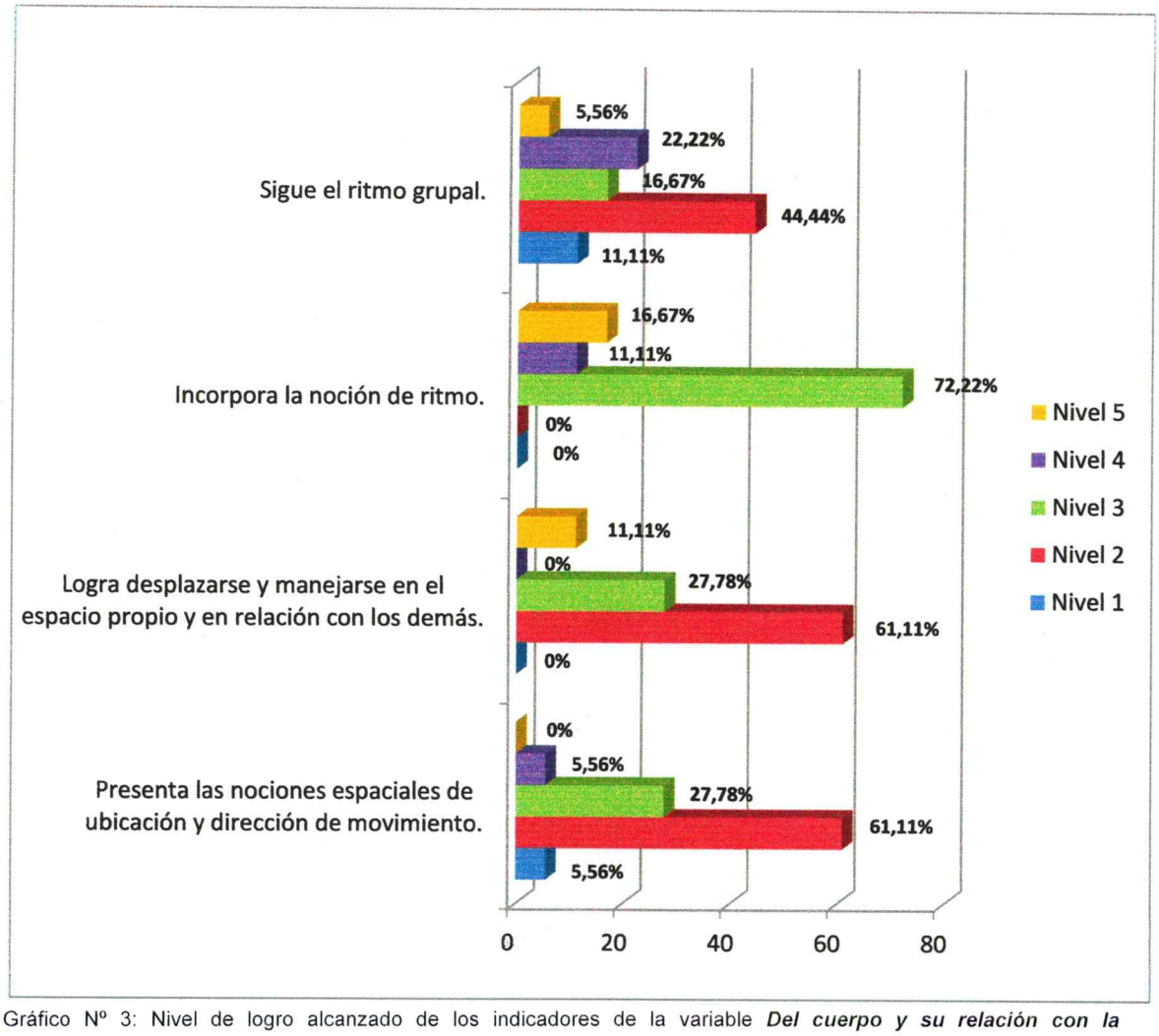


Gráfico Nº 3: Nivel de logro alcanzado de los indicadores de la variable ***Del cuerpo y su relación con la estructuración espacio-temporal*** en las personas con Trastorno Mental Severo que concurrieron al Taller de Ritmos Latinos del CPS de la ciudad de Mar del Plata, entre marzo y septiembre de 2010.

Nivel de logro alcanzado de los indicadores de la variable **Del cuerpo y su relación con la estructuración espacio-temporal**. En el indicador ***Presenta las nociones espaciales de ubicación y dirección de movimiento*** se evaluó el poder reconocer nociones espaciales básicas como arriba, abajo, adelante, atrás, derecha e izquierda, obteniendo los siguientes resultados: el 61,11% de los participantes lo alcanzaron *siempre con indicación*, el 27,78% *parcialmente* y el 5,56% *siempre* y *parcialmente con indicación* respectivamente. El 61,11% alcanzó siempre con indicación el ítem ***Logra desplazarse y manejarse en el espacio propio y en relación con los demás,*** el 27,78% *parcialmente* y

11,11% restante *nunca*. Como se puede evidenciar en estos dos ítems, más de la mitad de los participantes necesitaron de la indicación de los coordinadores para lograr los mismos durante el transcurso del taller. ***Incorpora la noción de ritmo*** fue alcanzado *parcialmente* en el 72,22% de los casos, *nunca* en el 16,67% y *parcialmente con indicación* en el 11,11%; haciéndose evidente la dificultad que presentaron para incorporar la noción rítmica. En el último indicador ***Sigue el ritmo grupal,*** correspondiente a la variable ya mencionada, se puede afirmar que sus participantes presentan diferencias entre sí, mientras el 44,44% lo logró *siempre con indicación*, el 22,22% lo alcanzó *parcialmente con indicación*, el 16,67% *parcialmente*, el 11,11% *siempre* y el 5,56% *nunca.*

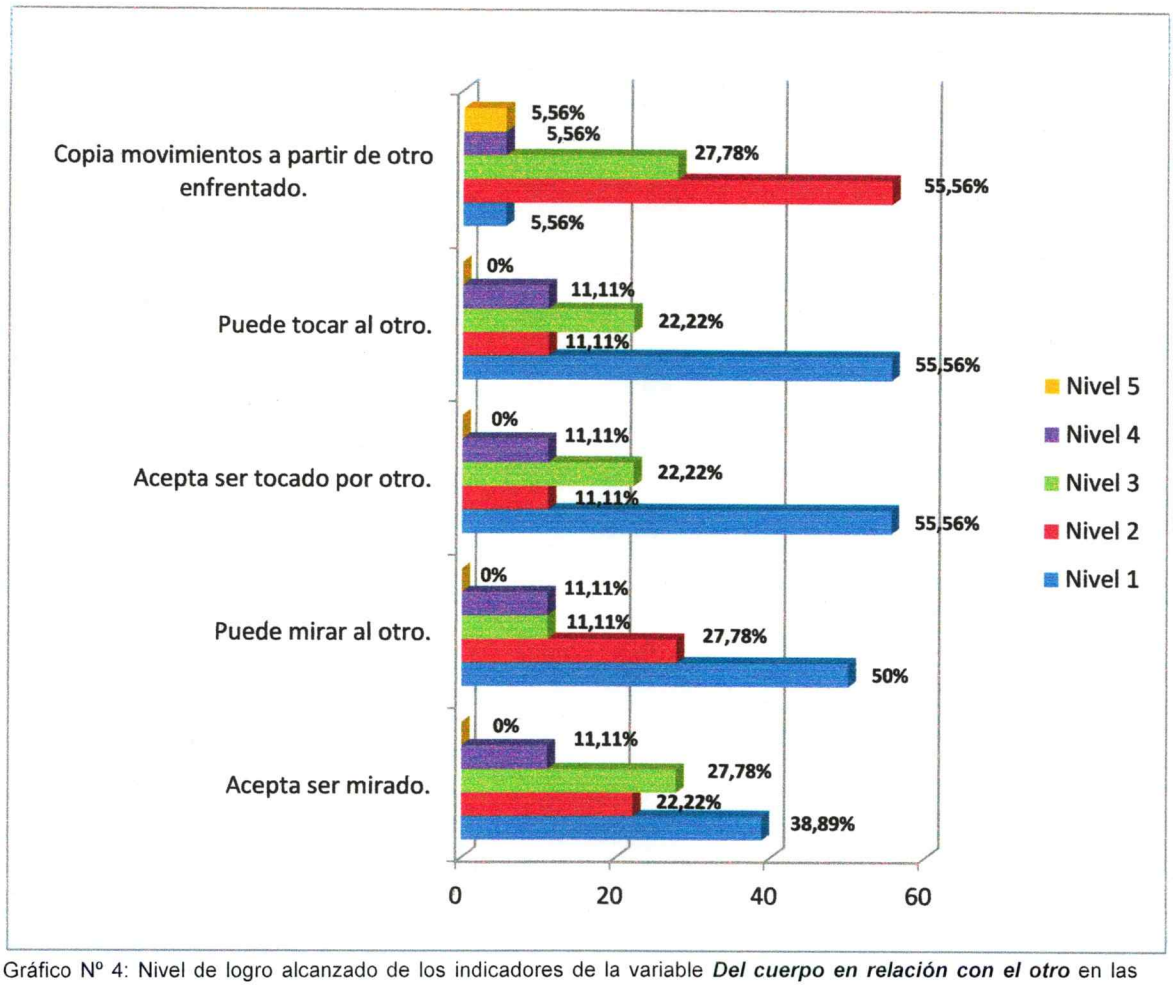


Gráfico Nº 4: Nivel de logro alcanzado de los indicadores de la variable ***Del cuerpo en relación con el otro*** en las personas con Trastorno Mental Severo que concurrieron al Taller de Ritmos Latinos del CPS de la ciudad de Mar del Plata, entre marzo y septiembre de 2010.

Observamos los resultados del nivel de logro alcanzado de los indicadores de la variable **Del cuerpo en relación con el otro**. ***Acepta ser mirado*** lo logró *siempre* el 38,89% de los participantes, *parcialmente* el 27,78%, siempre con indicación el 22,22%, y parcialmente con indicación el 11,11%. El ítem ***puede mirar al otro*** fue alcanzado *siempre* en el 50% de los casos, *siempre con indicación* en el 27,78%, y *parcialmente* y *parcialmente con indicación* lo alcanzó el 11,11% respectivamente. Los resultados obtenidos de estos dos indicadores demuestran que para los participantes era más fácil mirar al otro que aceptar ser mirado. ***Acepta ser tocado por otro*** lo lograron *siempre* el 55,56% de los integrantes del taller, *parcialmente* el 22,22%, y *siempre con*

55,56% de los integrantes del taller, *parcialmente* el 22,22%, y *siempre con indicación* y *parcialmente con indicación* el 11,11% respectivamente. ***Puede tocar al otro*** se observó *siempre* en el 55,56%, *parcialmente* en el 22,22%, y *siempre con indicación* y *parcialmente con indicación* en el 11,11% de los participantes. Como se puede observar los resultados de estos dos indicadores son exactamente iguales, ya que los participantes que aceptaban ser tocados podían tocar al otro, mientras que los que presentaban dificultad para ser tocados también la manifestaban para tocar al compañero. El 55,56% de los participantes realizó *siempre con indicación* el ítem ***copia movimientos a partir de otro enfrentado***, el 27,78% lo realizó *parcialmente*, y el 5,56% *siempre*, *parcialmente con indicación* y *nunca* respectivamente.

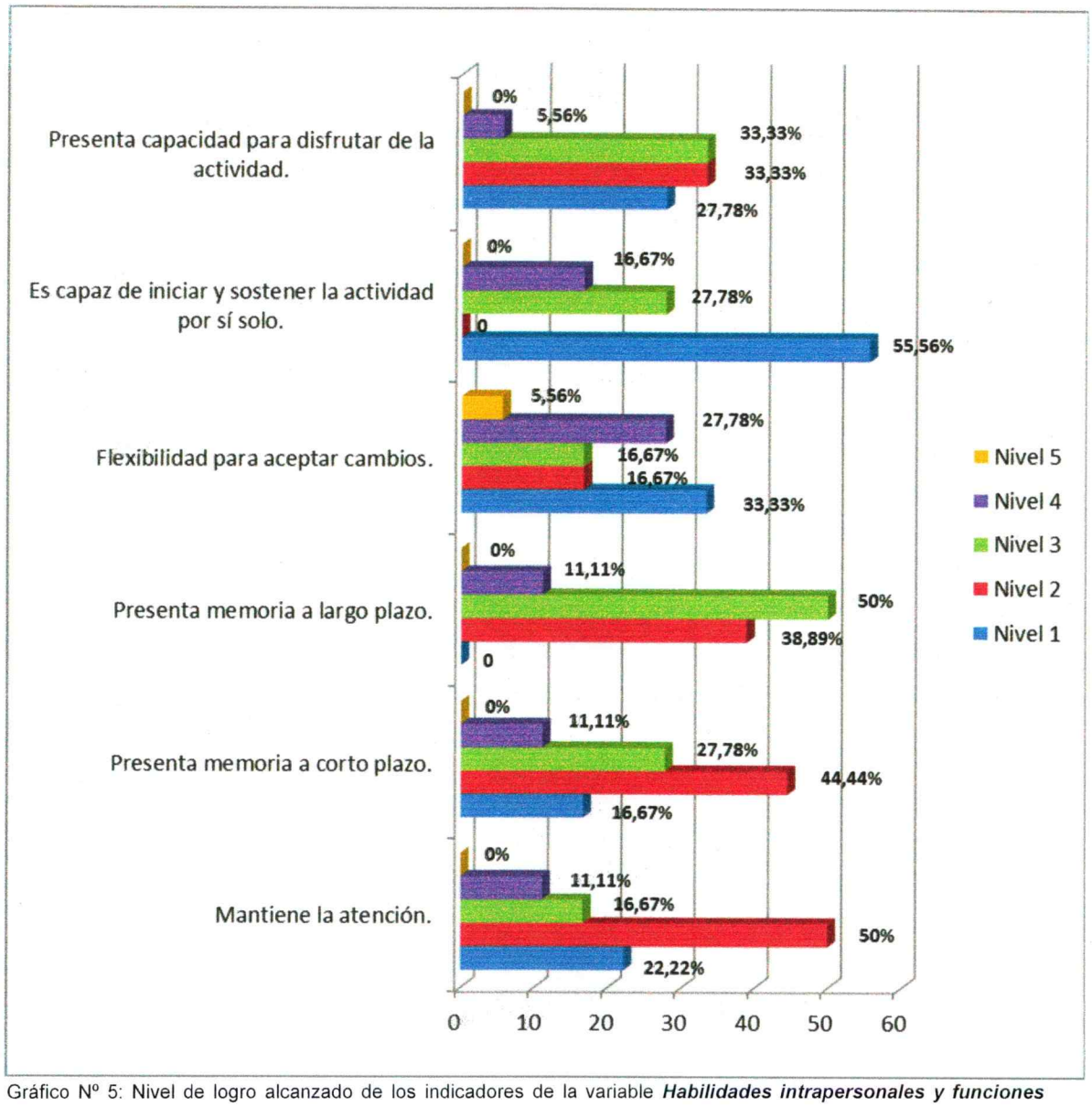


Gráfico Nº 5: Nivel de logro alcanzado de los indicadores de la variable ***Habilidades intrapersonales y funciones cognitivas*** en las personas con Trastorno Mental Severo que concurrieron al Taller de Ritmos Latinos del CPS de la ciudad de Mar del Plata, entre marzo y septiembre de 2010.

En la variable **Habilidades intrapersonales y funciones cognitivas** se observan los siguientes porcentajes en los niveles de logros alcanzados de sus indicadores: ***Mantiene la atención*** fue alcanzado *siempre con indicación* por el 50% de los participantes, *siempre* el 22,22%, *parcialmente* el 16,67% y *parcialmente con indicación* por el 11,11%. ***Presenta memoria a corto plazo*** lo lograron *siempre con indicación* el 44,44%, *parcialmente* el 27,78%, siempre el 16,67% y parcialmente con indicación el 11,11%. El 50% de los participantes

alcanzó *parcialmente* el indicador ***presenta memoria a largo plazo,*** el 38,89% *siempre con indicación* y el 11,11% *parcialmente con indicación.* Estos primeros tres indicadores fueron evaluados a través de la posibilidad de los participantes de mantener la atención mientras se explicaban las consignas, recordarlas durante la actividad y en los encuentros siguientes evocar lo aprendido. ***Flexibilidad para aceptar cambios*** se observó *siempre* en el 33,33%, *parcialmente con indicación* en el 27,78%, *siempre con indicación* y *parcialmente* en el 16,67% respectivamente y *nunca* en el 5,56%. Este indicador se evaluó teniendo en cuenta la capacidad de los participantes para adaptarse a las situaciones que se iban presentando, como cambios de parejas, el ritmo musical trabajado, el cronograma de actividades propuestas, etc. El 55,56% de los participantes alcanzó *siempre* el ítem ***es capaz de iniciar y sostener la actividad por sí solo,*** el 27,78% lo alcanzó *parcialmente* y el 16,67% *parcialmente con indicación.* ***Presenta capacidad para disfrutar de la actividad*** lo logró *siempre con indicación* y *parcialmente* el 33,33% respectivamente, *siempre* el 27,78% y parcialmente con indicación el 5,56%.

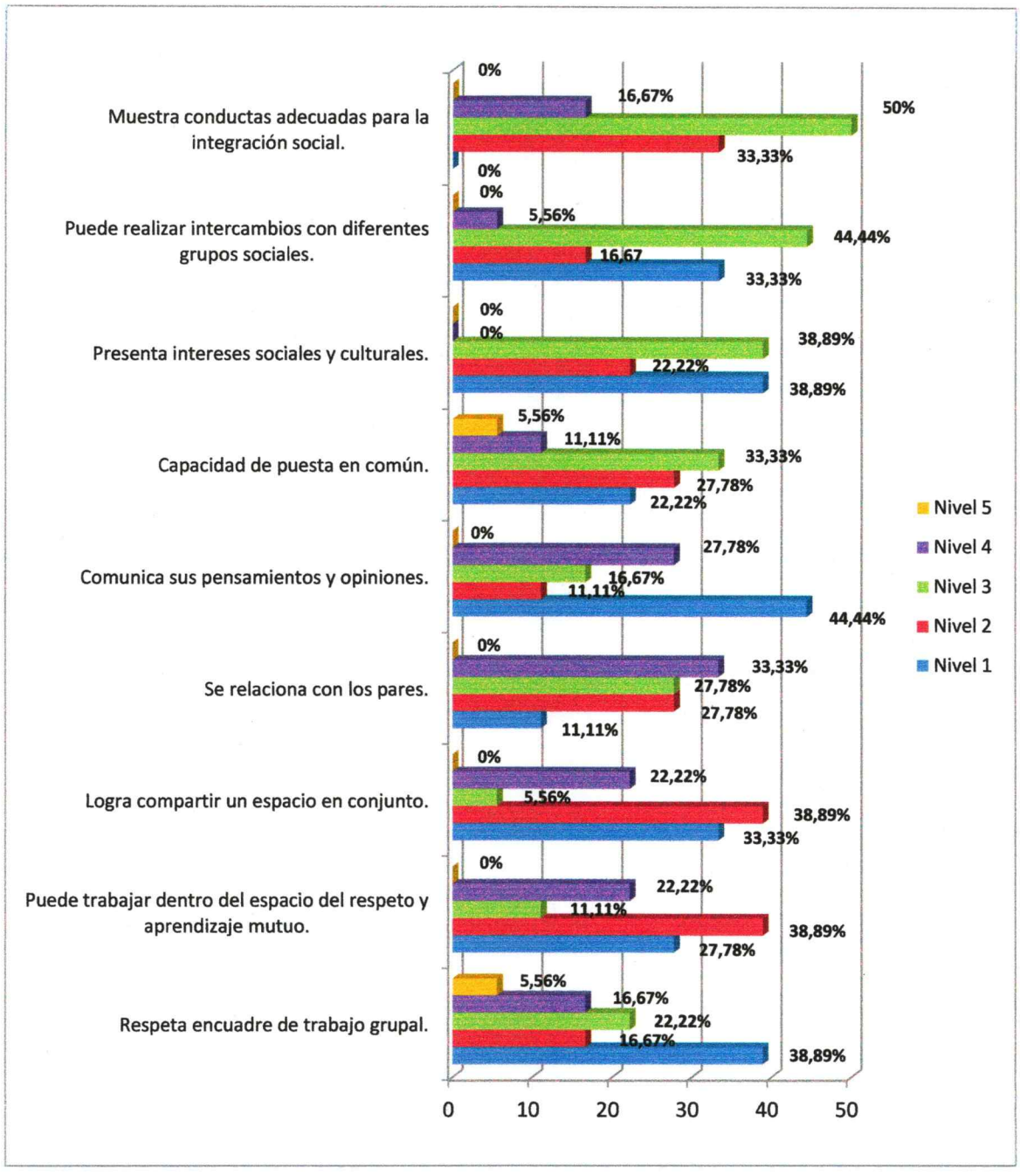


Gráfico Nº 6: Nivel de logro alcanzado de los indicadores de la variable ***Habilidades interpersonales e integración socio-comunitaria*** en las personas con Trastorno Mental Severo que concurrieron al Taller de Ritmos Latinos del CPS de la ciudad de Mar del Plata, entre marzo y septiembre de 2010.

Los porcentajes de los niveles de logros alcanzados en los indicadores de la variable **Habilidades interpersonales e integración socio-comunitaria** son los siguientes: ***respeta encuadre de trabajo grupal,*** fue alcanzado *siempre* por el 38,89% de los participantes, *parcialmente* por el 22,22%, *siempre con*

indicación y *parcialmente con indicación* por el 16,67% respectivamente y *nunca* por el 5,56%. Este ítem fue evaluado teniendo en cuenta el cumplimiento de los participantes con el horario de comienzo del taller y la permanencia en el mismo durante el transcurso de la actividad. ***Puede trabajar dentro de un espacio de respeto y aprendizaje mutuo*** lo lograron *siempre con indicación* el 38,89%, *siempre* el 27,78%, *parcialmente con indicación* el 22,22% y *parcialmente* el 11,11%. El 38,89% alcanzó *siempre con indicación* el ítem ***logra compartir un espacio en conjunto,*** el 33,33% *siempre*, el 22,22% *parcialmente con indicación* y el 5,56% *parcialmente.* En los indicadores anteriores se evaluaron la capacidad de escuchar a las coordinadoras y compañeros con interés, aceptando las diversas opiniones y la posibilidad de compartir con todos los miembros del grupo sin dificultad. ***Se relaciona con los pares*** lo obtuvieron *parcialmente con indicación* el 33,33%, *siempre con indicación* y *parcialmente* el 27,78% respectivamente y *siempre* el 11,11%. ***Comunica sus pensamientos y opiniones*** lo alcanzaron *siempre* el 44,44% de los participantes, *parcialmente con indicación* el 27,78%, parcialmente el 16,67% y siempre con indicación el 11,11%. El 33,33% logró *parcialmente* el ítem ***capacidad de puesta en común***, el 27,78% lo logró *siempre con indicación*, el 22,22% *siempre*, el 11,11% *parcialmente con indicación* y el 5,56% *nunca*. ***Presenta intereses sociales y culturales***, era manifestado *siempre* por el 38,89% de los integrantes, obteniéndose el mismo valor para la categoría *parcialmente* y el 22,22% para *siempre con indicación.* ***Puede realizar intercambios con diferentes grupos sociales*** lo logró *parcialmente* el 44,44%, *siempre* el 33,33%, *siempre con indicación* el 16,67% y *parcialmente con indicación* sólo el 5,56%. El último ítem de ésta variable,

muestra conductas adecuadas para la integración social lo alcanzaron *parcialmente* el 50% de los participantes del taller, el 33,33% *siempre con indicación* y el 16,67 % *parcialmente con indicación*.

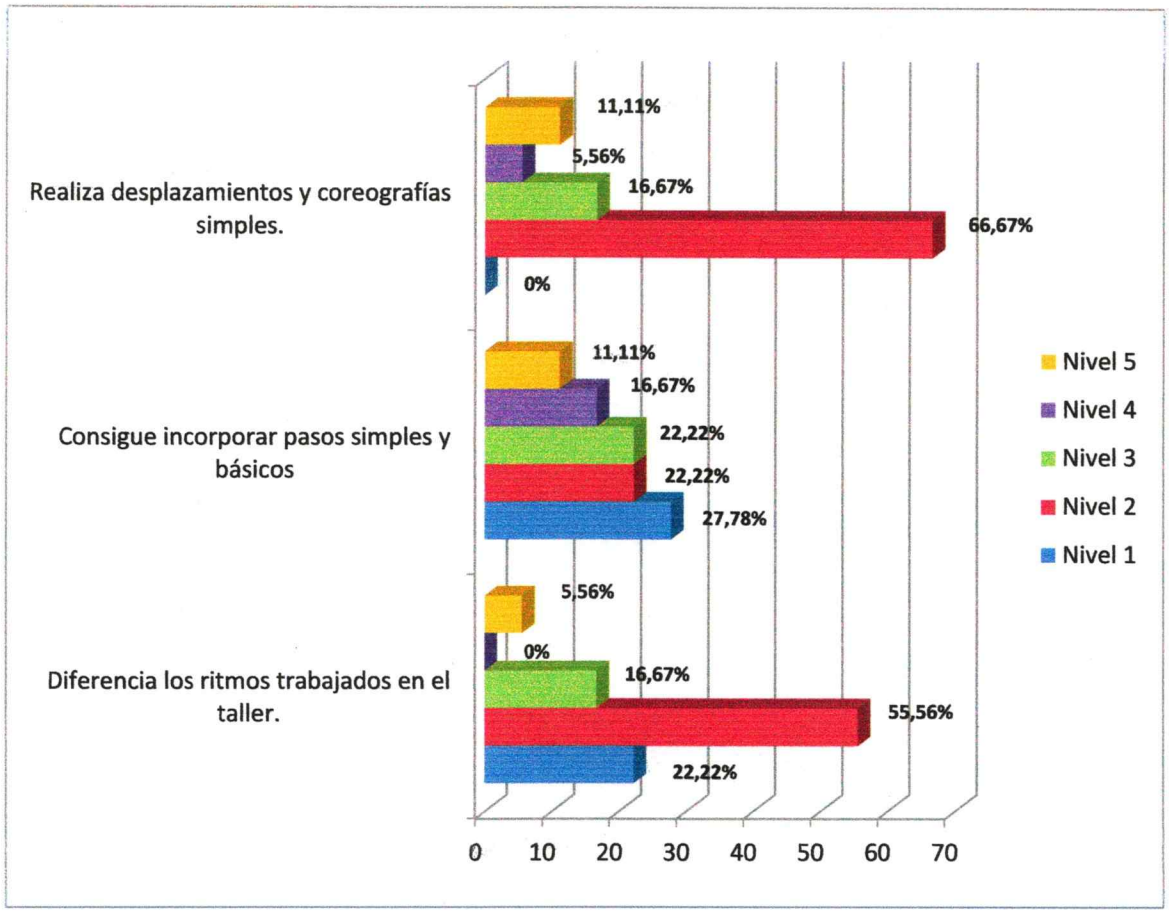


Gráfico Nº 7: Nivel de logro alcanzado de los indicadores de la variable ***Ritmos Latinos: Desarrollo del baile*** en las personas con Trastorno Mental Severo que concurrieron al Taller de Ritmos Latinos del CPS de la ciudad de Mar del Plata, entre marzo y septiembre de 2010.

Los niveles de logros alcanzados en los indicadores de la variable **Ritmos Latinos: Desarrollo del baile** arroja los siguientes porcentajes: el 55,56% de los participantes obtuvo *siempre con indicación* el ítem ***diferencia los ritmos trabajados en el taller,*** el 22,22% *siempre,* el 16,67% *parcialmente* y sólo el 5,56% *nunca*. De los tres ritmos trabajados, el que más reconocían y disfrutaban de bailar era la cumbia, presentando dificultades para reconocer y diferenciar la salsa del merengue. ***Consigue incorporar pasos simples y básicos*** se logró *siempre* en el 27,78% de los casos, *siempre con indicación* y *parcialmente* en el 22,22% respectivamente, *parcialmente con indicación* en el 16,67% y *nunca* en el 11,11%. Muchos ya sabían los pasos de la cumbia y los

realizaban sin dificultades, pero debieron aprender el paso específico de la salsa y el merengue, pudiendo incorporarlo algunos de los participantes con indicaciones o por imitación. ***Realiza desplazamientos y coreografías simples*** se alcanzó *siempre con indicación* por el 66,67% de los participantes, *parcialmente* el 16,67%, *nunca* el 11,11% y *parcialmente con indicación* el 5,56%. Si bien incorporaron las vueltas y movimientos de la coreografía y pudieron realizar la puesta en escena, necesitaron de la indicación de las coordinadoras para su ejecución, recordándoles que debían realizar en cada momento de la coreografía.

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

En este capítulo se hará una síntesis de la experiencia del taller, ya que los cuadernos de campo se encuentran en el anexo del presente trabajo.

La estructura básica de cada encuentro consistió en respetar tres momentos o etapas: uno inicial de apertura o *caldeamiento*, el desarrollo central de la *actividad* y por último el momento del *cierre* o conclusión del mismo.

En el *caldeamiento* se prepararon distintos juegos grupales, con el objetivo de disminuir los estados de tensión para facilitar la interacción grupal y la aceptación del otro; provocar estados más espontáneos y llevar al grupo a un determinado clima y estado de ánimo. A su vez también se buscaba abordar otros aspectos individuales, como por ejemplo favorecer el esquema corporal mediante el reconocimiento de diferentes partes del cuerpo.

Seguidamente se desarrollaban las *actividades* específicas referentes al baile y su aprendizaje, pensadas de forma creciente en cuanto a su complejidad, comenzando con los pasos básicos, siguiendo con desplazamientos y por último distintos tipos de giros. Los ritmos enseñados fueron el merengue y la salsa, dejando la cumbia para finalizar la actividad de forma libre.

Por último en el *cierre*, se compartía la experiencia vivida y se hacían las devoluciones correspondientes.

Después de cada encuentro se realizaban reuniones con el objetivo de analizar el comportamiento de cada integrante, su respuesta frente a la actividad y la interacción entre ellos, para poder adaptar las actividades según las necesidades individuales y grupales. Con el mismo fin, también se realizaban supervisiones con la Directora de Tesis, a demanda.

El cronograma de actividades se desarrolló siguiendo las tres etapas planteadas en el proyecto inicial, lo que permitió la implementación escalonada del mismo. Si bien, en un primer momento el período para llevar a cabo el taller fue marzo- agosto de 2010, éste se extendió hasta septiembre, por depender de gestiones administrativas de la institución para llevar a cabo la muestra final.

Para dar inicio al taller se contó con la participación de un grupo de baile de salsa que luego de presentar dos coreografías, invitaron a bailar a los participantes, generándose de esta forma un clima festivo entre el grupo invitado, los integrantes del CPS y el personal de la institución.

Durante la ***primera etapa***, la actividad estuvo dirigida a fomentar el interés y la motivación de las personas para participar en el taller, como así también afianzar el reconocimiento de las diferentes partes del cuerpo, la lateralidad, la movilización de los distintos segmentos corporales, los desplazamientos y las nociones espaciales. Se buscó además favorecer las relaciones interpersonales, la aceptación del contacto y la mirada del otro, así como también la posibilidad de tocar y mirar al otro. Esto se implementó durante los momentos del caldeamiento y el aprendizaje de los pasos y los ritmos elementales.

En esta etapa se pudo observar dificultad para aceptar a diferentes compañeros de baile cuando se realizaban los cambios de pareja, demostrando preferencia por uno o dos compañeros, lo que generó sentimientos de malestar y enojo (frustración) en algunos de ellos.

Se presentaron inconvenientes importantes para el reconocimiento de la lateralidad, por lo cual se implementó la utilización de un brazalete rojo colocado en el miembro superior derecho de cada participante para facilitarles

esta identificación; también se utilizaron referentes espaciales del salón en que se llevaba a cabo el taller, como la ventana o la pared, para ayudarlos con los desplazamientos hacia la derecha o izquierda.

Otra dificultad que se puso en evidencia fueron las referentes al manejo del espacio propio y en relación con los demás, observándose que al momento de desplazarse y bailar se aproximaban demasiado, llegando a toparse entre ellos. Igualmente queremos señalar que el espacio físico en donde se llevó a cabo el taller, no era lo suficientemente amplio para la cantidad de personas que asistían.

Luego de los primeros encuentros, ante los problemas que surgieron para interpretar las consignas de los juegos propuestos, se debieron plantear actividades menos complejas con indicaciones más simples y cortas.

A medida que avanzó el taller, se pudo evidenciar pequeños cambios en algunos de los participantes, como mayor predisposición para involucrarse a las actividades propuestas. Desde lo corporal, sus expresiones faciales se fueron relajando, apareciendo la sonrisa, la risa y en algunos casos la carcajada.

Comenzó a surgir el deseo, demandaban la música que querían bailar, tanto el ritmo como el tema musical; expresaban interés en realizar una salida grupal a un espacio social diferente, como a una confitería o ir a bailar; y también aparecieron manifestaciones de índole sexual. Algunos de los hombres se interesaron por las chicas del grupo de baile invitado en el primer encuentro, demandando que regresaran a dictar otro taller. En cambio, otros participantes iniciaron un noviazgo a partir de su relación como pareja de baile. Además surgieron propuestas relacionales hacia las coordinadoras del taller. Otros

integrantes comenzaron a relatar y recordar situaciones placenteras vividas con anterioridad.

Como un pequeño grupo permanecía en el taller, pero negándose a bailar, se les propuso utilizar instrumentos musicales de percusión para que acompañaran el ritmo, logrando de esta manera una participación activa.

En ocasiones participaron del taller dos integrantes de otras etapas, las practicantes de terapia ocupacional y las terapistas ocupacionales de la institución, como así también despertó el interés de varios integrantes de la misma (secretarios y personal de maestranza), que se quedaban observando el desarrollo de las actividades. Esta situación se repitió durante las tres etapas.

En la ***segunda etapa*** surgió la invitación para ir a bailar al Centro de Residentes Universitarios (C.R.U.) en un encuentro social con distintas instituciones. Desde el taller se buscó motivarlos para que participen y se planearon las estrategias para ir hasta la sede del encuentro y regresar a sus hogares. Los integrantes que acudieron a esta salida participaron activamente de la misma, invitando a bailar tanto a sus compañeros como a otras personas, demostrando alegría y estar disfrutando del momento.

En esta etapa se trabajó para afianzar las habilidades del baile, haciendo hincapié en el aprendizaje de los pasos básicos, en los desplazamientos y los distintos tipos de giros. Al hacerse más estructurada la actividad, con mayores demandas cognitivas, con más tiempos de espera por ser un trabajo personalizado con cada pareja, se hizo más evidente la dificultad de algunos de los participantes para sostener el encuadre, abandonando el taller en ese momento y volviendo a ingresar al final para bailar cumbia.

Se comenzó a planificar la coreografía final, buscando que los integrantes sean los protagonistas en la organización de la misma; de esta manera fueron ellos los que eligieron realizar un baile en pareja, con quién deseaban bailar, el ritmo y el tema musical. La única decisión que genero conflicto fue la elección de pareja, ya que algunos sólo deseaban bailar con un compañero específico.

Por último en la ***tercera etapa***, se terminó de decidir el vestuario a utilizar y los accesorios que llevarían las mujeres. A su vez se buscó de qué manera podían participar de la puesta en escena, las personas que sólo utilizaban instrumentos musicales. Así se les propuso, teniendo en cuenta el tema musical seleccionado por el grupo, que realizaran el papel de "maniseras", cumplimentando con el rol de "anfitrionas" del público, con un contacto directo y frontal con los mismos.

Con motivo de la proximidad de la fecha de presentación se suspendieron los caldeamientos y los cierres, ya que durante los últimos encuentros se realizó el ensayo en conjunto de toda la coreografía, incluyendo el orden para ingresar al escenario, su ubicación en el mismo, y el saludo final. Concluyendo esta etapa, se pudo percibir una mayor cohesión grupal, lo que permitió que trabajaran en un clima de mayor entusiasmo y alegría, respetando mejor el encuadre, llegando más puntuales y sin abandonar tantas veces el espacio. Esto permitió también que no generara resistencia la falta del baile final de los encuentros.

Al presentarse la coreografía final en el teatro, los integrantes se encontraban ansiosos y nerviosos, pero pudieron llevar a cabo la puesta en escena sin dificultad, generándoles alegría y emoción por haberlo logrado.

El hecho de saber que sus familiares y amigos estaban presentes, fue también una situación altamente positiva, de reconocimiento y de sentirse acompañados por sus afectos, ya que en algunos casos por primera vez se acercaban a compartir lo realizado por ellos.

Por último se realizó el cierre formal del taller, donde el grupo manifestó estar contento con las actividades realizadas, y demandaban la continuidad del mismo.

A nivel persona, esta experiencia realizada nos brindó la oportunidad de seguir aprendiendo a cómo ejercer el rol profesional frente a la coordinación de grupos, ya que debimos planificar actividades, adaptarlas cuando era necesario, identificar los intereses del grupo, sus potencialidades y limitaciones mediante las observaciones realizadas en cada encuentro, aplicar instrumentos de evaluación, etc. También se presentaron diversas situaciones donde debimos aceptar la frustración que nos generaba el llevar actividades que no se podían realizar de la manera en que estaban planificadas, o frente a las dificultades de los participantes de sostener su presencia en el taller. Estas circunstancias y otras que se fueron presentando, nos demandaban tener la suficiente flexibilidad para cambiar las actividades logrando así mantener su motivación e interés.

Además pudimos identificar en nosotras sentimientos de incomodidad a causa del excesivo contacto de algunos de los integrantes (adhesividad en los abrazos), ante sus miradas persistentes como así también por sus conductas de índole sexual.

Estas situaciones nos llevaron a tomar conciencia de que así como es necesario realizar una continua formación profesional, se debe llevar a cabo

paralelamente un trabajo personal para reconocer y elaborar estos sentimientos que surgen en la relación con el otro, logrando así que el proceso terapéutico se desarrolle favorablemente.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES DEL TALLER DE RITMOS LATINOS

A continuación vamos a describir las conclusiones de la implementación del Taller de Ritmo Latinos haciendo un recorrido por cada uno de los objetivos específicos para después arribar a los objetivos generales que se pretendieron alcanzar a través de la experiencia.

Comenzaremos a describir el objetivo específico ***Estimular los diferentes aspectos de la corporeidad***. La investigación arrojó como resultados en cuanto a *La relación del sujeto con su propio cuerpo,* que si bien se pudo afianzar el esquema corporal mediante las actividades del taller, los participantes necesitaron de las indicaciones constantes, ya sean verbales o visuales, para el logro de la mayor parte de los indicadores. Las principales dificultades se evidenciaron en la realización de los movimientos bilaterales alternados y en la diferenciación de la lateralidad, para lo cual se implementó el uso de un brazalete rojo que se sujetaba en el miembro superior derecho para facilitarles su reconocimiento. El mayor logro fue el incremento del repertorio de movimientos y la realización voluntaria de los mismos, como así también el reconocimiento de las diferentes partes del cuerpo.

Con respecto a la variable: *del cuerpo y su relación con la estructuración espacio-temporal,* pudimos evidenciar que a causa de las dificultades que presenta esta población en cuanto a la estructuración del esquema corporal y definición de la lateralidad, se vieron afectadas las nociones espaciales de ubicación y dirección del movimiento, como los desplazamientos en el espacio propio y en relación con los demás por estar íntimamente relacionados. Es por ello que se utilizó constantemente referentes espaciales del lugar donde se

llevó a cabo la actividad para facilitarles los desplazamientos; como así también se les brindó numerosas indicaciones para evitar que invadieran el espacio corporal del otro. De esta manera la gran mayoría de los participantes pudieron lograr siempre el ítem. No obstante todo lo trabajado en el taller, la noción de ritmo fue incorporada parcialmente.

En cuanto a la variable *el cuerpo en relación con el otro,* se facilitó el tocar y ser tocado y mirar y ser mirado por el compañero en las diversas actividades del taller, tanto en el caldeamiento como en el baile en pareja, evidenciándose importantes avances al finalizar el mismo.

Como queda demostrado hasta aquí, la actividad de baile permitió promover los diferentes aspectos de la corporeidad que se encuentran afectados en las personas con trastorno mental severo.

En cuanto a ***Favorecer los procesos intrapersonales y las funciones cognitivas,*** se evaluó la posibilidad de cada integrante del taller para desarrollar o fomentar los procesos de la cognición; haciendo hincapié en la atención, memoria y concentración. Se pudo determinar que la mayoría de los participantes necesitó de indicaciones constantes para alcanzar siempre el indicador de la atención y la memoria a corto plazo, pero la memoria a largo plazo fue alcanzada parcialmente por la mitad del grupo, observándose la dificultad que presentaban para recordar las consignas de un encuentro a otro.

Se estimuló la flexibilidad para aceptar cambios en cada una de las actividades desarrolladas, buscando la aceptación de las consignas, de los cambios de parejas, de los ritmos trabajados en el encuentro, etc., aunque fue un indicador muy difícil de alcanzar para la mayoría de los participantes y muy pocos pudieron lograrlo siempre.

Se pudo observar que más de la mitad de los participantes pudieron iniciar y sostener la actividad por sí solos.

Con respecto al objetivo ***Facilitar las relaciones interpersonales y la integración socio comunitaria,*** se debió trabajar a lo largo del taller constantemente para que los participantes lograran respetar el encuadre de trabajo grupal, ya que menos de la mitad de los mismos permanecía siempre en el taller durante el transcurso de la actividad, el resto llegaba tarde o se retiraba antes de finalizar la misma. Esta conducta se relacionaba con el grado de dificultad de la actividad propuesta, la repetición de la misma en el caso de los ensayos para la coreografía final o por el ritmo de música elegido por las coordinadoras. Si bien se registraron importantes cambios en cuanto a la posibilidad de poder trabajar dentro de un espacio de respeto y aprendizaje mutuo, como así también en lograr compartir un espacio en conjunto, la dificultad para relacionarse con los pares se sostuvo, debiendo necesitar el acompañamiento constante por parte de las coordinadoras para que pudieran conectarse entre ellos.

A lo largo del taller se motivó a los participantes para que expresaran sus pensamientos y opiniones, como así también fueran ellos los que eligieran la música, el vestuario y el compañero con el que querían bailar en la coreografía final. Se pudo de esta manera observar un cambio de actitud y como paulatinamente se fueron animando a manifestar sus ideas y demandar lo deseado. Fue de este modo como comenzaron a exteriorizar sus intereses sociales y culturales y empezaron a solicitar poder realizar una salida a bailar, o a tomar un café, que pudo ser concretada. De esta forma se puso en evidencia las diferencias que presentaban los participantes para realizar

intercambios con diferentes grupos sociales, ya que si bien muchos lo lograron, otros necesitaban de indicación, y un gran número solo lo logró parcialmente. A esto se puede agregar que la mitad de los integrantes presentaban en forma parcial conductas adecuadas para la integración social.

Podemos afirmar que las actividades propuestas por el taller de ritmos latinos permitieron favorecer y facilitar los procesos intrapersonales, las funciones cognitivas, las relaciones interpersonales y la integración socio comunitaria, independientemente de algunos de los resultados cuantitativos obtenidos.

En el último objetivo específico ***Incorporar a través de la participación en el taller, conceptos referentes a las características de los ritmos latinos,*** se observó que siempre necesitaron de la indicación de las coordinadoras para diferenciar distintos ritmos latinos y aprender los desplazamientos y coreografías simples; mientras que mostraron diferencias entre sí para la incorporación de los pasos simples y básicos de los ritmos latinos.

Este análisis sobre los objetivos específicos se presenta a modo de conclusión y permite abrir paso al examen de los objetivos generales planteados en esta investigación.

En primer término, se pretendió sistematizar la experiencia de campo desarrollada en el Centro de Promoción Social, construyendo un continuo entre teoría y práctica. La sistematización es un método que pretende generar conocimiento a partir de la práctica y realizar nuevos aportes teóricos. Los resultados de esta experiencia y todo el proceso instrumentado pudo reconstruirse y ser contado a partir del riguroso sistema de evaluación y registro que se llevó a cabo. La sistematización implica un esfuerzo analítico, lo que lleva a mirar la práctica desde una determinada distancia y reflexionar en

torno a este hacer; buscando las relaciones entre la praxis, lo teórico y la construcción de nuevas propuestas.

Desde esta perspectiva este objetivo general fue ampliamente alcanzado ya que se pudo pasar de un conocimiento empírico a la conformación de un cuerpo teórico – práctico.

El Taller de Ritmos Latinos como actividad implementada desde Terapia Ocupacional da respuestas a los requerimientos terapéuticos que tiene esta población en particular, ya que el baile como recurso terapéutico presenta amplias potencialidades para ser utilizadas como ya se ha mencionado anteriormente.

Para finalizar, creemos que este trabajo realizado genera un aporte al quehacer profesional de los Terapistas Ocupacionales que deseen realizar un abordaje corporal y grupal utilizando el baile como recurso terapéutico, ya que esta actividad, puede ser modificada para ser aplicada en diversas poblaciones; pudiendo ser implementado en todos los niveles de prevención y promoción de la salud, como también en el ámbito educativo y socio-comunitario.

En síntesis, nos parece importante que en la institución donde se realizó esta experiencia, se pueda continuar con la implementación de este tipo de actividades de abordaje corporal llevadas a cabo, o con participación en la coordinación, por un Terapista Ocupacional; ya que como sabemos la formación del profesional de Terapia Ocupacional brinda las técnicas y el conocimiento necesarios para abordar al ser humano en su realidad física, emocional, cognitiva, social y cultural, y como éstas atraviesan el desempeño de sus ocupaciones. Podemos a partir de una actividad, abordar los múltiples

aspectos del individuo, su hacer y su entorno, favoreciendo sus procesos inter e intra personales, las funciones cognitivas, la inclusión socio-comunitaria, las actividades de la vida diaria, su psicomotricidad, etc. De esta manera se puede llevar adelante un abordaje holístico e integral, acorde a la demandas y necesidades de la población destinataria.

Bibliografía

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA:

- Betta, J. Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Universitaria, 1959. 661 p.

- Cechi, N; Donati, M. *"La Expresión Corporal, nuestro camino hacia la imagen corporal".* Tesis de Grado, Universidad Nacional de Mar del Plata. Año 1991.

- Capponi, M. R. Psicopatología y Semiología Psiquiátrica. Chile: Editorial Universitaria, 2006. 338p.

- Cuello, C. *"Expresión Corporal en niños ciegos".* Tesis de Grado, Universidad Nacional de Mar del Plata. Año 1996.

- Da Rocha Medeiros, M. Terapia Ocupacional: un enfoque epistemológico y social. Santa Fe, Universidad Nacional del Litorial, 2008. 96 p.

- De las Heras Monastero, B. *"Ellas también pueden bailar Flamenco",* En: Berruezo Albéniz, R. y Conejero López, S. El largo camino hacia una educación inclusiva: la educación especial y social del siglo XIX a nuestros días: XV Coloquio de Historia de la Educación. Universidad Pública de Navarra. Pamplona. Julio de 2009. Vol. 2, p. 477-486

- Finzi, María Josefina y Costa Isabel. El cuerpo, un concepto polisémico. **Topía.** Julio 2011, nº 61, p14.

- Grasso A. y Erramouspe B. Construyendo Identidad Corporal. Buenos Ares: Ediciones Novedades Educativas, 2005. 155p.

- Groisman, Mónica. Lo corporal como oportunidad. **Kiné.** Junio 2011, nº 97, p7.

- Hackney, M. y Earhart, G. ""*Baile de Tango intensivo, de corta duración, para el mal de Parkinson: un estudio piloto no controlado".* NIH Public Access. Agosto 2009, 10p.

- Hojsgaard, C. y Otero, S. *"Actividades Corporales Expresivas en Retraso Mental Severo".* Tesis de grado, Universidad Nacional de Mar del Plata. Año 2006.

- Hormigo, A; Tallis, J. y Esterkind, A. Retraso mental en niños y adolescentes: aspectos biológicos, subjetivos, cognitivos y educativos. Buenos Aires: Noveduc Libros, 2006. 191 p.

- Kielhofner, G. A Model of Human Occupation: Theory and Application. Baltimore: Willams & Wilkins, 1995.

- Kisnerman, Natalio. ¿Quién le teme a la sistematización? Buenos Aires. Editorial LUMEN-HVMANITAS. 1996.

- López Araque, B. *"Beneficios de la práctica del baile flamenco en la vejez".* **Revista del Centro de Investigación Flamenco Telethusa.** Junio 2009. Vol. 3, nº 3, p. 32-35

- López, J; Mastromarino, M; Romero, C. *"Psicosis e Imagen Corporal".* Tesis de Grado, Universidad Nacional de Mar del Plata. Año 1996

- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM IV. Barcelona: Masson, 2000. 909p.

- Murow, E. y Unikel, C. *"La musicoterapia y la terapia de expresión corporal en la rehabilitación del paciente con esquizofrenia crónica".* **Salud Mental.** Septiembre 1997. Vol. 20, nº 3, p. 35-40

- Murow, E. y Sánchez, J. *"La experiencia musical como factor curativo en la musicoterapia con pacientes con esquizofrenia crónica".* **Salud Mental.** Agosto 2003. Vol. 26, nº 4, p. 47-58

- Organización Mundial de la Salud. Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Madrid: Meditor, 1992. 424 p.

- Polonio López, B; Durante Molina, P. y Noya Arnaiz, B. Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2003. 339 p.

- Retraso Mental. En: Diccionario de Psiquiatría y Psicología Forense. Buenos Aires: Polemos, 2006. p. 502- 503.

- Ríos Quirós, L. y Martínez Villanueva, C. *"Manifestaciones Expresivas en la Discapacidad Psíquica: Bailes de Salón "*. [200-] En Lilacs.

- Salas, S; Calderón. *"Psicoterapia del movimiento: herramienta terapéutica con pacientes esquizofrénicos"*. **Actualidades en Psicología.** 2007. Vol. 21, nº 108, p. 97-115

- Tolomio, V. *"Sistematización de una experiencia de campo en la implementación del taller de murga como recurso terapéutico, en la Escuela Especial Nº 514, durante la realización de la Práctica Clínica II, mayo-diciembre de 2002"*. Tesis de Grado, Universidad Nacional de Mar del Plata. Junio 2003.

- Tomazin, S. y Sliwa, A. *"Correcciones en los ejes posturales en pacientes tratados con Tangoterapia postural"*. **CK Revista Científica del Colegio de Kinesiólogos de la Provincia de Buenos Aires.** Enero/Marzo 2011, nº38, p.7-16

- Trossero, F. Tangoterapia. Buenos Aires: Ediciones Continente. 2010. 94p.

- Vidal, G. y Alarcón, R. Psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1986. 750 p.

- Willard & Spackman. Terapia Ocupacional. 10ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2005. 1056 p.

BIBLIOGRAFIA ELECTRONICA

- Asociación Argentina de Terapia Ocupacional. Definiciones de Terapia Ocupacional. <http://www.terapia-ocupacional.org.ar/TO_Definiciones.asp> [20 de septiembre 2011]

- Asociación Española de Neuropsiquiatría. Rehabilitación Psicosocial del Trastorno Mental Severo. Situación actual y recomendaciones. Cuadernos Técnicos, 6. Madrid, 2002. [PDF] <http://www.ome-aen.org/grupos/cuadernotecnico6rehabi.pdf> [Consulta: 20 junio 2011]

- Banús, S. 2011. Psicología Clínica Infantil y Juvenil: Una aproximación a su conocimiento. El Retraso Mental. Tarragona (Catalunya- España). <http://www.psicodiagnosis.es/areaclinica/trastornossocialesintelectuales/elretrasomental/index.php> [Consulta: 23 junio 2011]

- Dr. Jesús Paredes Ortiz. Desde la corporeidad a la cultura. [En línea] Efdeportes.com Revista Digital. Julio 2003. Año 9 Nº 62 http://www.efdeportes.com/ [4 agosto, 2011]

- Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. 2010. [PDF] <http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_453_TMG_ICS_resum.pdf> [20 junio 2001]

- Grasso Alicia. La palabra corporeidad en el diccionario de educación física. [PDF] PORTALDEPORTIVO.CL. Año 1, Nº 4, enero 2008 http://www.portaldeportivo.cl/ [1 agosto, 2011]

- Oscar, Jara. *Dilemas y Desafíos de la Sistematización de Experiencias.* [en línea] Centro de Estudios y Publicaciones-Alforja. Costa Rica. Mayo, 2001. http://www.alforja.or.cr/sistem/biblio.html [5 agosto, 2011]

- T. GARCIA, María. Algunas consideraciones sobre los términos retraso mental y oligofrenia. Revista Cubana de Psicología. La Habana, v. 3, n. 3, 1986. <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0257-43221986000300003&lng=pt&nrm=iso> [Consulta: 1 julio 2011]

ANEXO I

Ficha de registro de campo de los ítems de logros a evaluar del taller de Ritmos Latinos:

Datos del participante

Edad: Sexo:

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	DIMENSIÓN DE LA VARIABLE	INDICADORES	NIVEL DE LOGRO				
			1	2	3	4	5
1.- Estimular los diferentes aspectos de la corporeidad	**A – De la relación de la persona con su propio cuerpo (esquema corporal)**	1. Reconoce las diferentes partes de su cuerpo. 2. Realiza un repertorio amplio de movimientos. 3. Presenta noción de derecha-izquierda 4. Realiza movimientos voluntarios de cualquier parte del cuerpo. 5. Domina los movimientos bilaterales simultáneos en MMSS y MMII. 6. Domina los movimientos bilaterales alternados en MMSS y MMII.					
	B- Del cuerpo y su relación con la estructuración espacio-temporal	1. Presenta las nociones espaciales de ubicación y dirección de movimiento. 2. Logra desplazarse y manejarse en el espacio propio y en relación con los demás. 3. Incorpora la noción de ritmo. 4. Sigue el ritmo grupal.					
	C- Del cuerpo en relación con el otro	1. Acepta ser mirado. 2. Puede mirar al otro. 3. Acepta ser tocado por otro. 4. Puede tocar al otro. 5. Copia movimientos a partir de otro enfrentado.					

2. Favorecer los procesos intrapersonales y las funciones cognitivas	**Habilidades intrapersonales y funciones cognitivas**	1. Mantiene la atención. 2. Presenta memoria a corto plazo. 3. Presenta memoria a largo plazo. 4. Flexibilidad para aceptar cambios. 5. Es capaz de iniciar y sostener la actividad por sí solo. 6. Presenta capacidad para disfrutar de la actividad.					
3.- Facilitar las relaciones interpersonales y la integración socio-comunitaria	**Habilidades interpersonales e integración socio-comunitaria**	1. Respeta encuadre de trabajo grupal. 2. Puede trabajar dentro de un espacio de respeto y aprendizaje mutuo. 3. Logra compartir un espacio en conjunto. 4. Se relaciona con los pares. 5. Comunica sus pensamientos y opiniones. 6. Capacidad de puesta en común. 7. Presenta intereses sociales y culturales. 8. Puede realizar intercambios con diferentes grupos sociales. 9. Muestra conductas adecuadas para la integración social.					
4. - Incorporar a través de la participación en el taller, conceptos referentes a las características de los ritmos latinos	**Ritmos Latinos: Desarrollo del baile**	1. Diferencia los ritmos trabajados en el taller. 2. Consigue incorporar pasos simples y básicos. 3. Realiza desplazamientos y coreografías simples.					

Cuaderno de Campo

Denominación del Proyecto: Taller de Ritmos Latinos.

Encuentro Nº: 1

Fecha: 16 de marzo de 2010

Responsables: Post-practicantes de T.O

Lugar: Comedor del CPS

Actividades: Se presentó el taller de Ritmos Latinos a los participantes, explicando el día de la semana y el horario en que se llevaría a cabo el mismo, las actividades que se iban a desarrollar, como así también los ritmos musicales que se bailarían. En este primer encuentro contamos con la participación del grupo de baile de salsa Bembelecuá, que realizó una coreografía, mostrando los pasos, giros y vestuarios típicos de éste tipo de música. Una vez concluida su actuación, invitaron a bailar a los futuros integrantes del taller.

Observaciones: Los participantes se mostraron muy entusiasmados con la propuesta y quedaron deslumbrados con la coreografía presentada; algunos de los integrantes masculinos manifestaron interés por las chicas del grupo invitado.

Cuaderno de Campo

Denominación del Proyecto: Taller de Ritmos Latinos

Encuentro Nº: 2

Fecha: 23 de marzo de 2010

Responsables: Post-practicantes de T.O

Lugar: Salón verde del CPS

Actividades:

Caldeamiento: Se ubicó a los participantes en una ronda y se movilizaron los diferentes segmentos corporales con desplazamientos hacia un lado y el otro acompañados por música.

Actividad: Se enseñó el paso básico del Merengue; primero en forma individual y luego en pareja se practicó el paso, realizando varios cambios de pareja para que no se acostumbren a bailar con una sola persona y puedan relacionarse entre todos sus compañeros. Luego se bailó en forma libre al ritmo de la cumbia.

Cierre: Se les pidió que expresaran su opinión sobre lo realizado, si les había gustado, manifestaron haberse sentido bien y que les gustó bailar.

Observaciones: Algunos de los integrantes no quisieron bailar en un primer momento pero luego de ver a los compañeros comenzaron a hacerlo, otros se negaron durante todo el encuentro y participaron tocando maracas. Surgieron conflictos al tener que bailar en parejas, mostrando preferencia por ciertos compañeros y rechazo por otros.

Cuaderno de Campo

Denominación del Proyecto: Taller de Ritmos Latinos

Encuentro Nº: 3

Fecha: 30 de marzo de 2010

Responsables: Post-practicantes de T.O

Lugar: Salón verde del CPS

Actividades:

Caldeamiento: Se realizaron en ronda diferentes movimientos corporales acompañados por palmas en algunos momentos. Luego se propuso el juego "*el baile de la escoba*", donde todos se colocaron en pareja menos uno que bailaba con la escoba y cuando se apagaba la música debían cambiar de pareja, el que quedaba sólo bailaba con la escoba; de esta forma se buscaba fomentar el baile en pareja y la aceptación de los diferentes compañeros.

Actividad: Continuamos con los pasos de Merengue, agregando algunos desplazamientos y giros simples en pareja. Nuevamente se finalizó bailando Cumbia.

Cierre: Se habló de la importancia de bailar en pareja, la aceptación del otro y el compañerismo.

Observaciones: Algunos de los participantes comenzaron a evidenciar dificultad para respetar el encuadre, ingresando al taller una vez que la actividad había comenzado o saliendo del mismo antes de su finalización. Continuaron las preferencias o rechazos por los compañeros al tener que bailar en pareja. Se ofrecieron instrumentos musicales a los que no desearon bailar.

Cuaderno de Campo

Denominación del Proyecto: Taller de Ritmos Latinos

Encuentro Nº: 4

Fecha: 6 de abril de 2010

Responsables: Post-practicantes de T.O

Lugar: Salón verde del CPS

Actividades:

Caldeamiento: Ubicados los participantes en ronda se realizaron movimientos de los distintos segmentos corporales, acompañados por desplazamientos hacia ambos lados, hacia el centro y vuelta hacia atrás.

Actividad: Se enseñó el paso básico de Salsa en forma individual. Se utilizó un tema musical llamado "El baile del azúcar" que va dando las indicaciones de los movimientos y desplazamientos a realizar; siguieron las consignas de la canción imitando lo realizado por las coordinadoras y luego de escuchar el tema algunas veces comenzaron ellos a cantarlo.

Cierre: Expresaron haberse divertido y algunos pidieron poder bailar Cumbia en el próximo encuentro.

Observaciones: Algunos participantes ingresaron casi al finalizar el taller, otros se retiraron antes de su culminación, y un pequeño grupo demandó los instrumentos musicales prefiriendo sentarse a tocarlos que bailar.

Se repartieron tiras rojas de polipropileno para que cada uno se la colocara en el miembro superior derecho para facilitar la identificación de la lateralidad; a pesar de esto hubo mucha dificultad en el reconocimiento.

Cuaderno de Campo

Denominación del Proyecto: Taller de Ritmos Latinos

Encuentro Nº: 5

Fecha: 13 de abril de 2010

Responsables: Post-practicantes de T.O

Lugar: Salón verde del CPS

Actividades:

Caldeamiento: Juego de las estatuas, que consistía en colocarse en pareja, bailar y cuando se apagaba la música debían adoptar una postura y mantenerla sin perder el contacto con su compañero. La consigna se repitió más de una vez hasta que fue comprendida, realizándose cambios de pareja a pedido de las coordinadoras.

Actividad: Se bailó nuevamente "El baile del azúcar", para practicar los pasos y desplazamientos básicos de la Salsa. En este encuentro se realizó la coreografía en ronda, para poder trabajar sobre mirar al otro y ser mirado. En general recordaban varios de los movimientos y parte de la letra de la canción. Luego se realizó baile libre con música de Cumbia.

Cierre: Los participantes manifestaron disfrutar del taller y refirieron que bailando el tiempo se les pasaba más rápido.

Observaciones: Contamos con la participación de dos alumnas practicantes de Terapia Ocupacional, el clima grupal fue muy bueno, alegre y participativo. Surgieron en algunos reminiscencias de sus épocas de salir a bailar, una de las participantes demandó la realización de una salida.

Cuaderno de Campo

Denominación del Proyecto: Taller de Ritmos Latinos

Encuentro Nº: 6

Fecha: 20 de abril de 2010

Responsables: Post-practicantes de T.O

Lugar: Salón verde del CPS

Actividades:

Caldeamiento: Juego con globos; los participantes debían colocarse en ronda y siguiendo los pasos de Merengue tenían que pasarse globos sin dejar de bailar.

Actividad: Se bailó pasos básicos de Salsa en forma individual y también en pareja, se enseñaron giros y desplazamientos.

En forma libre terminaron bailando música de Cumbia.

Cierre: Manifestaron estar cansados en este encuentro.

Observaciones: Concurrieron pocos participantes, de los cuales algunos llegaron tarde. Presentaron dificultades para comprender la consigna del juego en el momento del caldeamiento; no realizaban lo pedido, le pegaban al globo con el pie y se distraían en jugar con éste como querían. Se pudo evidenciar falta de motivación e interés.

Cuaderno de Campo

Denominación del Proyecto: Taller de Ritmos Latinos

Encuentro Nº: 7

Fecha: 27 de abril de 2010

Responsables: Post-practicantes de T.O

Lugar: Salón verde del CPS

Actividades:

Caldeamiento: Juego de rondas enfrentadas, ubicada una dentro de la otra. Cada participante debía mirar al que tenía enfrente, para luego cerrar los ojos y girar en ronda y al parar la música buscar al compañero que se encontraba en un principio frente a él.

Actividad: Consistió en bailar ritmos de Salsa y luego Cumbia, practicar pasos básicos, desplazamientos, giros aprendidos e incorporación de uno nuevo.

Cierre: Los participantes expresaron estar contentos y conformes con el taller.

Observaciones: Hubo mayor participación que en el encuentro anterior, pero se siguió poniendo de manifiesto la dificultad para sostener el tiempo de duración del taller y el seguimiento de la actividad.

Cuaderno de Campo

Denominación del Proyecto: Taller de Ritmos Latinos

Encuentro Nº: 8

Fecha: 4 de mayo de 2010

Responsables: Post-practicantes de T.O

Lugar: Salón verde del CPS

Actividades:

Caldeamiento: Se trabajó en ronda dándoles indicaciones para que se fueran tocando a la orden de las coordinadoras distintas partes del cuerpo, acompañados con música siempre marcando el paso de Merengue con los pies. Luego se los estimuló para que ellos fueran dando las indicaciones por turno, algunos no se animaron.

Actividad: Bailaron Salsa en pareja, practicaron nuevamente los pasos y los giros ya aprendidos.

Cierre: Hablamos de la importancia de llegar a horario al taller y permanecer en el mismo durante el transcurso de la actividad.

Observaciones: Cuando la actividad se volvió más estructurada, muchos no pudieron sostenerla, se aburrieron y abandonaron el taller, volviendo a ingresar al oír el ritmo de Cumbia.

Cuaderno de Campo

Denominación del Proyecto: Taller de Ritmos Latinos

Encuentro Nº: 9

Fecha: 11 de mayo de 2010

Responsables: Post-practicantes de T.O

Lugar: Salón verde del CPS

Actividades:

Caldeamiento: Colocados en parejas bailaban Salsa y cuando se cortaba la música se les daba indicaciones de distintas partes del cuerpo que debían tocar al compañero.

Actividad: Primero se les preguntó si recordaban "El baile del azúcar" y la letra de la canción, luego con la música se repitió una vez la coreografía.

Continuaron bailando Salsa, repasando los pasos básicos y giros; por último bailaron Cumbia.

Cierre: Expresaron haberlo pasado bien, que les gustaba el taller y pidieron bailar mas Cumbia.

Observaciones: Mientras que varios de los participantes recordaban lo aprendido en los encuentros previos, a otros se les tuvo que enseñar como si fuera la primera vez. En el juego del caldeamiento una de las participantes no tocó al compañero cuando se daba la consigna, colocando las manos en la zona pedida pero sin apoyarlas.

Cuaderno de Campo

Denominación del Proyecto: Taller de Ritmos Latinos

Encuentro Nº: 10

Fecha: 18 de mayo de 2010

Responsables: Post-practicantes de T.O

Lugar: Salón verde del CPS

Actividades:

Caldeamiento: Colocados en ronda continuaron jugando con el reconocimiento de las partes del cuerpo y la lateralidad a la orden de las coordinadoras.

Actividad: Bailaron la coreografía del "Baile del azúcar", luego Salsa en parejas recordando los pasos y giros; se enseñó a las chicas como terminar en pose luego de realizar un giro.

Cierre: Manifestaron su agrado por el taller.

Observaciones: Una de las participantes que siempre permanecía sentada tocando los instrumentos bailó por primera vez en este encuentro. Se puede observar que presentan una actitud más distendida y sus gestos faciales comienzan a reflejar disfrute por la actividad.

Cuaderno de Campo

Denominación del Proyecto: Taller de Ritmos Latinos

Encuentro Nº: 11

Fecha: 1 de junio de 2010

Responsables: Post-practicantes de T.O

Lugar: Salón verde del CPS

Actividades:

Caldeamiento: Colocados en parejas se realizó un juego que consistía en bailar y al apagarse la música el coordinador daba una referencia espacial (arriba, abajo, derecha, etc.) que se correspondía con un movimiento corporal que ellos debían realizar.

Actividad: Bailaron Salsa y Cumbia, practicaron los pasos y vueltas simples, se les pidió realizar muchos cambios de pareja.

Cierre: Se organizó una salida al Centro de Residentes Universitarios, donde participarían diferentes instituciones en un encuentro social. Esta tenía como finalidad bailar y realizar un intercambio con los pares.

Observaciones: En un primer momento demostraron poco interés por la salida, debimos incentivarlos y ayudarlos a planear las estrategias para ir hasta la cede del encuentro y regresar a sus hogares.

Cuaderno de Campo

Denominación del Proyecto: Taller de Ritmos Latinos

Encuentro Nº: 12

Fecha: 4 de junio de 2010

Responsables: Tepapistas Ocupacionales de la institución, Post-practicantes de T.O.

Lugar: Centro de Residentes Universitario (C.R.U.).

Actividades: Realizamos la salida al CRU. Los participantes concurrieron al lugar partiendo desde la institución con las Terapistas Ocupacionales y Practicantes. Se encontraban muy alegres y motivados por la actividad, las chicas se maquillaron y arreglaron el cabello.

Observaciones: Mostraron una participación activa al momento de bailar, ellos proponían las parejas, los cambios y sacaban a bailar.

Cuaderno de Campo

Denominación del Proyecto: Taller de Ritmos Latinos

Encuentro Nº: 13

Fecha: 8 de junio de 2010

Responsables: Post-practicantes de T.O

Lugar: Salón verde del CPS

Actividades:

Caldeamiento: En forma individual colocados uno al lado del otro trabajamos con movimientos y referentes espaciales nuevamente.

Actividad: Comenzamos a trabajar para la coreografía final que se presentaría en el Teatro de la Biblioteca Municipal, el grupo elige para la misma el baile en parejas. Practicaron pasos básicos de Salsa y tres tipos de giros diferentes. Termina el encuentro de baile con música de Cumbia.

Cierre: Demuestran mucho interés por la presentación en el teatro, dos de los integrantes refieren querer cantar.

Observaciones: Algunos se retiraron del taller cuando la actividad exigió repetición y aprendizaje; ingresando nuevamente cuando ésta se volvió libre al oír el ritmo de la Cumbia.

Cuaderno de Campo

Denominación del Proyecto: Taller de Ritmos Latinos

Encuentro Nº: 14

Fecha: 15 de junio de 2010

Responsables: Post-practicantes de T.O

Lugar: Salón verde del CPS

Actividades:

Caldeamiento: Colocados en parejas con un globo cada una, bailaban sujetando el mismo entre los dos con distintas partes del cuerpo, según el pedido de las coordinadoras.

Actividad: Practicaron los pasos y giros que se utilizarían en la coreografía final. Luego bailaron Cumbia realizando un puente por donde pasaba cada una de las parejas, se desplazaron en fila uno detrás del otro realizando el "trencito".

Cierre: Quisieron bailar un poco más y pidieron otros temas de Cumbia, continuaron bailando hasta que sirvieron la merienda en el comedor.

Observaciones: Esta actividad con globos se pudo desarrollar como había sido planificada; los participantes prestaron atención a las consignas sin distraerse jugando con el globo como en el encuentro anterior donde se utilizó este elemento.

Cuaderno de Campo

Denominación del Proyecto: Taller de Ritmos Latinos

Encuentro Nº: 15

Fecha: 29 de junio de 2010

Responsables: Post-practicantes de T.O

Lugar: Salón verde del CPS

Actividades:

Actividad:

Se conformaron las parejas para la coreografía final. Algunos de los participantes eligieron a su compañero de baile sin dificultad, otros no proponían, esperaban nuestra intervención y unos pocos manifestaron rechazo hacia posibles compañeros queriendo bailar sólo con uno en particular. Comenzaron a ensayar con su pareja los pasos y giros; luego terminaron el taller con música de Cumbia.

Cierre: Hablamos sobre la importancia de aceptar a todos los compañeros.

Observaciones: Algunos integrantes del taller decidieron no participar de la coreografía final, y otros quisieron formar parte de la presentación pero sin tener que bailar. A partir de este encuentro no se desarrollaron más actividades de caldeamiento por estar avocados a la preparación y ensayo de la coreografía final.

Cuaderno de Campo

Denominación del Proyecto: Taller de Ritmos Latinos

Encuentro Nº: 16

Fecha: 6 de julio de 2010

Responsables: Post-practicantes de T.O

Lugar: Salón verde del CPS

Actividades:

Actividad: Se realizó la elección del ritmo musical y el tema que iban a utilizar en la coreografía final. Ellos decidieron que querían bailar salsa y luego de hacerlos escuchar varios temas se pusieron de acuerdo en la selección del mismo, eligiendo "El Manisero". Posteriormente practicaron con el tema elegido los pasos, giros y se comenzó a agregar un enrosque y desenrosque de la dama donde se les pidió que al finalizar terminaran con una pose.

Bailaron Cumbia para terminar el encuentro de baile.

Cierre: Manifestaron mucho entusiasmo por la presentación y preguntaron sobre la fecha de la misma y el vestuario que utilizarían.

Observaciones: Ante la repetición de la actividad se cansaron fácilmente y algunos abandonaron el taller volviendo al oír la música de Cumbia.

Cuaderno de Campo

Denominación del Proyecto: Taller de Ritmos Latinos

Encuentro Nº: 17

Fecha: 13 de julio de 2010

Responsables: Post-practicantes de T.O

Lugar: Salón verde del CPS

Actividades:

Actividad:

Eligieron el vestuario para la presentación, las mujeres usarían polleras largas y blusas, los hombres pantalón de Jeans, camisa y chaleco de polipropileno rojo. Comenzaron a ensayar como sería la entrada al escenario y la ubicación de las parejas en el mismo, luego se practicó una vez con la música y como comenzaron a cansarse se colocó Cumbia y terminaron bailando en forma libre.

Cierre: Hablamos sobre el vestuario, ellos se comprometieron en averiguar si tenían o podían conseguir algo de lo que iban a utilizar.

Observaciones: Surgieron conflictos con dos integrantes mujeres que no estuvieron presentes en el taller el día que se conformaron las parejas, queriendo desarmar las ya establecidas para elegir ellas a su compañero de baile. Se les explicó que ellas decidieron ese día no participar y que debían respetar lo ya establecido, manifestaron gran dificultad para aceptar esta situación.

Cuaderno de Campo

Denominación del Proyecto: Taller de Ritmos Latinos

Encuentro Nº: 18

Fecha: 3 de agosto de 2010

Responsables: Post-practicantes de T.O

Lugar: Salón verde del CPS

Actividades:

Actividad: Ensayaron la coreografía final, el ingreso, los pasos, giros, agregándose a la misma un "paseíto de la dama", donde ella tomada de la mano del caballero camina alrededor de éste. Posteriormente bailaron Cumbia.

Cierre: Mostraron mucho entusiasmo, comentaron sobre la ropa que estaban consiguiendo para la presentación.

Observaciones: Se realizó un cambio de pareja, porque los integrantes de la misma eran novios y se pelearon, por lo cual ya no querían bailar juntos. Hubo un poco de resistencia a este cambio por parte de otros integrantes.

Cuaderno de Campo

Denominación del Proyecto: Taller de Ritmos Latinos

Encuentro Nº: 19

Fecha: 10 de agosto de 2010

Responsables: Post-practicantes de T.O

Lugar: Salón verde del CPS

Actividades:

Actividad: Las mujeres se probaron las polleras que iban a utilizar, y a los hombres se les mostró un modelo de chaleco para que decidieran si les gustaba. A continuación se realizó todo el ensayo una vez y luego para finalizar bailaron Cumbia.

Cierre: Una de las integrantes manifestó tener deseos de bailar, pero no quería que su pareja fuera una mujer, porque ya no quedaban hombres disponibles. Se le explicó la situación pero continuó en su negativa.

Observaciones: Algunos de los participantes estaban muy ansiosos y demandantes a causa de la proximidad del evento.

Se decidió con el grupo que las mujeres que querían participar pero no bailar serían "Las Maniseras", ingresarían al escenario primero que las parejas y al bajar del mismo repartirían bolsas de maní entre el publico.

Cuaderno de Campo

Denominación del Proyecto: Taller de Ritmos Latinos

Encuentro Nº: 20

Fecha: 17 de agosto de 2010

Responsables: Post-practicantes de T.O

Lugar: Salón verde del CPS

Actividades:

Actividad: Comenzó el ensayo con el ingreso de "las maniseras", luego realizaron la entrada las parejas de baile, se ubicaron en sus lugares y comenzaron a bailar. El ensayo se realizó más de una vez y el encuentro no culminó con Cumbia por falta de tiempo; los participantes aceptaron este cambio sin dificultad.

Cierre: Se habló sobre la importancia de comprometerse y asistir a los ensayos y permanecer en los mismos durante todo el encuentro.

Observaciones: Uno de los participantes decidió no bailar, por lo que se modificó una de las parejas teniendo que bailar dos mujeres juntas, y ninguna de las dos quería tomar el rol de hombre. Otro de los integrantes entraba y salía del taller todo el tiempo quedando sola su pareja de baile.

Cuaderno de Campo

Denominación del Proyecto: Taller de Ritmos Latinos

Encuentro Nº: 21

Fecha: 24 de agosto de 2010

Responsables: Post-practicantes de T.O

Lugar: Salón verde del CPS

Actividades:

Actividad: Se realizó nuevamente el ensayo de la coreografía completa más de una vez.

Cierre: Se les preguntó a las chicas que accesorio querían llevar en el pelo y decidieron una bincha roja.

Observaciones: Uno de los integrantes no podía participar de la presentación en el teatro porque tenía que realizar un viaje, otro se negó a ingresar al ensayo y dijo no saber si concurriría el día de la presentación por lo cual quedaron dos parejas de mujeres siendo cinco en total las parejas conformadas.

Cuaderno de Campo

Denominación del Proyecto: Taller de Ritmos Latinos

Encuentro Nº: 22

Fecha: 30 de agosto de 2010

Responsables: Terapistas Ocupacionales de la institución, Post-practicantes de T.O.

Lugar: Teatro de la Biblioteca Municipal.

Actividades: Se realizó el ensayo final en el teatro para que los participantes pudieran reconocer el lugar, de donde ingresarían y de que forma se ubicarían las parejas en el escenario.

Cierre: Demostraron mucho entusiasmo y alegría; todos refirieron tener su vestuario preparado.

Observaciones: Con las Terapistas Ocupacionales de la institución prepararon los chalecos que utilizarían los hombres. Las parejas formadas por mujeres finalmente se pusieron de acuerdo en quien tomaría el rol de hombre en cada una.

Cuaderno de Campo

Denominación del Proyecto: Taller de Ritmos Latinos

Encuentro Nº: 23

Fecha: 3 de Septiembre de 2010

Responsables: Terapistas Ocupacionales de la institución, y Post-practicantes de T.O.

Lugar: Teatro de la Biblioteca Municipal

Actividades: Se presentó a familiares, amigos, miembros de la institución y comunidad en general la coreografía de Salsa y una obra de teatro preparada por los participantes en el taller de teatro del CPS.

Observaciones: El clima grupal fue de mucho entusiasmo, antes de iniciarse la coreografía se encontraban ansiosos y algunos manifestaban estar nerviosos y con vergüenza; pero pudieron llevar a cabo la presentación sin dificultad y se mostraron felices al concluir la misma por haber podido realizarla y mostrar a sus familiares todo lo trabajado durante el transcurso del taller.

Cuaderno de Campo

Denominación del Proyecto: Taller de Ritmos Latinos

Encuentro Nº: 24

Fecha: 7 de Septiembre de 2010

Responsables: Post-practicantes de T.O

Lugar: Salón verde del CPS

Actividades:

Actividad: Se realizó el cierre formal del taller intercambiando con los participantes las opiniones sobre el mismo. Se mostraron muy contentos con las actividades realizadas, y preguntaron si volveríamos a dictar el taller.

Luego se propuso bailar en forma libre con la música que ellos eligieran. Al finalizar, los integrantes se despidieron muy afectuosamente y nos invitaron a concurrir a la fiesta de la primavera que se realizaría en el CPS.

ANEXO II

Tabla N° 1: Nivel de logro de los ***Indicadores de la relación de la persona con su propio cuerpo (esquema corporal)*** en las personas con Trastorno Mental Severo que concurrieron al Taller de Ritmos Latinos del CPS de la ciudad de Mar del Plata, entre marzo y septiembre de 2010.

Indicador / Nivel de logro alcanzado	1		2		3		4		5		Total	
Indicadores de la relación de la persona con su propio cuerpo (esquema corporal).	***N°***	***%***	***N°***	***%***	***N°***	***%***	***N°***	***%***	***N°***	***%***	***N°***	***%***
Reconoce las diferentes partes de su cuerpo.	17	94,44	1	5,56	0	0	0	0	0	0	18	100
Realiza un repertorio amplio de movimientos.	8	44,44	3	16,67	5	27,78	1	5,56	1	5,56	18	100
Presenta noción de derecha-izquierda.	1	5,56	10	55,56	2	11,11	5	27,78	0	0	18	100
Realiza movimientos voluntarios de cualquier parte del cuerpo.	9	50	7	38,89	1	5,56	1	5,56	0	0	18	100
Domina los movimientos bilaterales simultáneos en MMSS y MMII.	15	83,33	2	11,11	0	0	1	5,56	0	0	18	100
Domina los movimientos bilaterales alternados en MMSS y MMII.	3	16,67	9	50	3	16,67	2	11,11	1	5,56	18	100

Tabla N° 2: Nivel de logro de los ***Indicadores del cuerpo y su relación con la estructuración espacio-temporal*** en las personas con Trastorno Mental Severo que concurrieron a los Talleres Integrados del CPS de la ciudad de Mar del Plata, entre marzo y agosto de 2010.

Indicador / Nivel de logro alcanzado	1		2		3		4		5		Total	
Indicadores del cuerpo y su relación con la estructuración espacio-temporal	***N°***	***%***	***N°***	***%***	***N°***	***%***	***N°***	***%***	***N°***	***%***	***N°***	***%***
Presenta las nociones espaciales de ubicación y dirección de movimiento.	1	5,56	11	61,11	5	27,78	1	5,56	0	0	18	100
Logra desplazarse y manejarse en el espacio propio y en relación con los demás.	0	0	11	61,11	5	27,78	0	0	2	11,11	18	100
Incorpora la noción de ritmo.	0	0	0	0	13	72,22	2	11,11	3	16,67	18	100
Sigue el ritmo grupal.	2	11,11	8	44,44	3	16,67	4	22,22	1	5,56	18	100

Tabla Nº 3: Nivel de logro de los ***Indicadores del cuerpo en relación con el otro*** en las personas con Trastorno Mental Severo que concurrieron a los Talleres Integrados del CPS de la ciudad de Mar del Plata, entre marzo y agosto de 2010.

Indicador / Nivel de logro alcanzado	1		2		3		4		5		Total	
Indicadores del cuerpo en relación con el otro	*N°*	*%*	*N°*	*%*	*N°*	*%*	*N°*	*%*	*N°*	*%*	*N°*	*%*
Acepta ser mirado.	7	38,89	4	22,22	5	27,78	2	11,11	0	0	18	100
Puede mirar al otro.	9	50	5	27,78	2	11,11	2	11,11	0	0	18	100
Acepta ser tocado por otro.	10	55,56	2	11,11	4	22,22	2	11,11	0	0	18	100
Puede tocar al otro.	10	55,56	2	11,11	4	22,22	2	11,11	0	0	18	100
Copia movimientos a partir de otro enfrentado.	1	5,56	10	55,56	5	27,78	1	5,56	1	5,56	18	100

Tabla N° 4: Nivel de logro de los ***Indicadores de las habilidades intrapersonales y funciones cognitivas*** en las personas con Trastorno Mental Severo que concurrieron a los Talleres Integrados del CPS de la ciudad de Mar del Plata, entre marzo y agosto de 2010.

Indicador / Nivel de logro alcanzado	1		2		3		4		5		Total	
Indicadores de las habilidades intrapersonales y funciones cognitivas	***N°***	***%***	***N°***	***%***	***N°***	***%***	***N°***	***%***	***N°***	***%***	***N°***	***%***
Mantiene la atención.	4	22,22	9	50	3	16,67	2	11,11	0	0	18	100
Presenta memoria a corto plazo.	3	16,67	8	44,44	5	27,78	2	11,11	0	0	18	100
Presenta memoria a largo plazo.	0	0	7	38,89	9	50	2	11,11	0	0	18	100
Flexibilidad para aceptar cambios.	6	33,33	3	16,67	3	16,67	5	27,78	1	5,56	18	100
Es capaz de iniciar y sostener la actividad por sí solo.	10	55,56	0	0	5	27,78	3	16,67	0	0	18	100
Presenta capacidad para disfrutar de la actividad.	5	27,78	6	33,33	6	33,33	1	5,56	0	0	18	100

Tabla N° 5: Nivel de logro de los ***Indicadores de las habilidades interpersonales e integración socio-comunitaria*** en las personas con Trastorno Mental Severo que concurrieron a los Talleres Integrados del CPS de la ciudad de Mar del Plata, entre marzo y agosto de 2010.

Indicador / Nivel de logro alcanzado	1		2		3		4		5		Total	
Indicadores de las habilidades interpersonales e integración socio-comunitaria	***N°***	***%***	***N°***	***%***	***N°***	***%***	***N°***	***%***	***N°***	***%***	***N°***	***%***
Respeta encuadre de trabajo grupal.	7	38,89	3	16,67	4	22,22	3	16,67	1	5,56	18	100
Puede trabajar dentro de un espacio de respeto y aprendizaje mutuo.	5	27,77	7	38,89	2	11,11	4	22,22	0	0	18	100
Logra compartir un espacio en conjunto.	6	33,33	7	38,89	1	5,56	4	22,22	0	0	18	100
Se relaciona con los pares.	2	11,11	5	27,78	5	27,78	6	33,33	0	0	18	100
Comunica sus pensamientos y opiniones.	8	44,44	2	11,11	3	16,67	5	27,78	0	0	18	100
Capacidad de puesta en común.	4	22,22	5	27,78	6	33,33	2	11,11	1	5,56	18	100
Presenta intereses sociales y culturales.	7	38,89	4	22,22	7	38,89	0	0	0	0	18	100
Puede realizar intercambios con diferentes grupos sociales.	6	33,33	3	16,67	8	44,44	1	5,56	0	0	18	100
Muestra conductas adecuadas para la integración social.	0	0	6	33,33	9	50	3	16,67	0	0	18	100

Tabla Nº 6: Nivel de logro de los ***Indicadores de Ritmos Latinos: Desarrollo del baile*** en las personas con Trastorno Mental Severo que concurrieron a los Talleres Integrados del CPS de la ciudad de Mar del Plata, entre marzo y agosto de 2010.

Indicador / Nivel de logro alcanzado	1		2		3		4		5		Total	
Indicadores de Ritmos Latinos: Desarrollo del baile	***N°***	***%***	***N°***	***%***	***N°***	***%***	***N°***	***%***	***N°***	***%***	***N°***	***%***
Diferencia los ritmos trabajados en el taller.	4	22,22	10	55,56	3	16,67	0	0	1	5,56	18	100
Consigue incorporar pasos simples y básicos.	5	27,78	4	22,22	4	22,22	3	16,67	2	11,11	18	100
Realiza desplazamientos y coreografías simples.	0	0	12	66,67	3	16,67	1	5,56	2	11,11	18	100

ANEXO III

Taller de Ritmos Latinos

Mar del plata, 4 de marzo de 2010

Asociación Integradora
de Personas con Padecimientos Psíquicos.
A quién corresponda.
Presente.

En nuestro carácter de estudiantes avanzadas de la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional, es que nos dirigimos a Ud., a través de la de la presente nota, con el fin de solicitarles tengan a bien brindarnos una entrevista con motivo de presentar el Proyecto Taller de Ritmos Latinos.

El mismo tiene una doble finalidad, por un lado implementar un espacio donde se articule el baile como recurso terapéutico, destinado a las personas que asisten al dispositivo de los Talleres Integrados; y por otro lado, que los resultados obtenidos puedan ser sistematizados para la elaboración del Trabajo Final requerido para alcanzar el titulo de grado.

Agradeciendo las deferencias brindadas, y sin otro particular los saludamos atentamente.

Mortore M. Victoria
DNI: 25.957.120

Sabino Fanny
DNI: 92.525.063

UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
D. FUNES 3350 – TEL/FAX: 0223- 4752442.

Jurado:

✓ Lic Tolomio Veronica

✓ TO Sorie Mariana

✓ Lic Mastromarino Mariana

Fecha de Defensa: 13-6-12 NOTA 9 (nueve)