

2003

Intervención de terapia ocupacional el desarrollo psicomotor en adolescentes con retraso mental profundo

Arena, María Anabella

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

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/780>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL

LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL

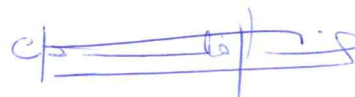
***" INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN
EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN ADOLESCENTES
CON RETRASO MENTAL PROFUNDO"***

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Exemplar	Top
2228	
Universidad Nacional de Mar del Plata	

TESIS DE GRADO.

AGOSTO 2003.

DIRECTORA: Lic. en T.O.: NUÑEZ, CLAUDIA.



CO-DIRECTORA: T.O. PICCINI, ANA MARÍA.

ASESORA METODOLÓGICA: Lic. en T.O.: GORDILLO, NORMA.



ALUMNAS: ARENA, MARÍA ANABELLA.



CALABRESE, VERONA.



FRANCHINI, VERÓNICA.



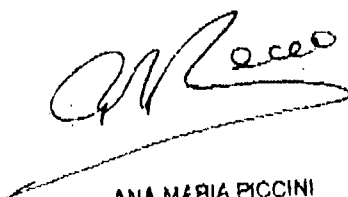
MAR DEL PLATA.

AGOSTO DE 2003.

La Plata 15 de agosto de 2007.

Sres. Del Consejo Superior.
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.
Carrera Lic. de Terapia Ocupacional.

Por la presente certifico que la Tesis realizada por las alumnas Arena Anabella, Calabrese Verona y Franchini Verónica, según mi criterio está en óptimas condiciones para ser presentada y evaluada ante el jurado de dicha institución, perteneciente a la Universidad Nacional de Mar del Plata.



ANA MARIA PICCINI
Terapeuta Ocupacional
M.N. 176 M.P. 82
Psicomotricista

A EDU, PIOJO Y PABLO.

A mamá por alentarme.
A papá y a José por entender.
A Ale por su apoyo incondicional.
A Daniel por postergar sueños y continuar apoyando mi elección.
A Daniela por los primeros años de cursada.
A mis amigas de tesis y a todos los que me acompañaron y
comprendieron mi esfuerzo...

MUCHAS GRACIAS!

Anabella.

A mis padres por su amor y por su aguante.
A Julieta y Marcelo por estar siempre, en las buenas y en las malas.
A Zoe por su dulzura y amor.
A mi abuela Chocha por seguir guiándome.
A Manu y Mari, por su gran amistad.
A Ana y Vero por permitirme transitar este camino juntas.
A todos, **MUCHAS GRACIAS** por estar y ser parte de mi vida...

Verona.

A mi familia, a mis amigos, a los que me brindaron su apoyo durante mis
Prácticas...

A Seba y a nuestro hijo.

MUCHAS GRACIAS.

Verónica.

A Claudia por alentarnos y brindarnos su tiempo, tiempo que le robamos a Tiago y Vera.

A Norma por su responsabilidad y dedicación.

A Any por su apoyo y colaboración.

A todos los profesionales que supervisaron nuestras prácticas clínicas, por enseñarnos el rol de Terapia Ocupacional.

A Laura Tejón por darnos la posibilidad de pelearnos con la Terapia Ocupacional.

A la Institución por abrirnos sus puertas y permitirnos realizar la investigación.

A Seba por ser parte de esta investigación.

ÍNDICE

ÍNDICE

1. Introducción	pág. 1
1.1. Bibliografía	pág. 3
2. Problema y Objetivos	pág. 4
3. Estado Actual de la Cuestión	pág. 6
3.1. Bibliografía	pág. 10
4. Marco Teórico	
4.1. Terapia Ocupacional / Actividad	pág. 11
4.1.1. Bibliografía	pág. 14
4.2. Retraso Mental	pág. 15
4.2.1. Bibliografía	pág.20
4.3. Retraso Mental Profundo	pág. 21
4.3.1. Bibliografía	pág. 25
4.4. Abordaje Terapéutico desde T.O.	pág. 26
4.4.1. Bibliografía	pág. 33
4.5. Una aproximación a la Psicomotricidad	pág. 34
4.5.1. Bibliografía	pág.49
4.6. Descripción de la Institución	pág. 50
4.6.1. Bibliografía	pág. 58

5. Aspectos Metodológicos	
5.1. Diseño	pág. 59
5.1.1. Universo y Muestra de Estudio	pág. 61
5.1.1.1. Método de Selección de la Muestra	pág. 62
5.1.2. Definición de Término	pág. 63
5.1.3. Dimensionamiento de las Variables	pág. 69
5.1.4. Método	pág. 72
5.1.5. Técnicas de Recolección de Datos	pág. 74
5.1.6. Análisis de los Datos	pág. 77
5.1.1.1.1. Bibliografía	pág. 92
6. Conclusión	pág. 93
Bibliografía General	pág. 97

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo surge a partir de la experiencia en una práctica clínica realizada en el Hospital Sub- Zonal Especializado "Dr. José Ingenieros" de la localidad de Melchor Romero de la ciudad de La Plata, cuya población está conformada por adolescentes entre 13 y 21 años con retraso mental en sus diferentes grados.

En el transcurso de la misma se observó que, frente a los pacientes con retraso mental profundo, la mayoría de los profesionales de dicha institución no los incluían dentro de la planificación de tratamiento y/o en diferentes talleres, como los de libre expresión, los de orientación laboral y los destinados al programa de rehabilitación de externación asistida (P.R.E.A.). Al realizar la búsqueda bibliográfica correspondiente nos encontramos que la mayor parte del material hacía referencia al retraso mental en general y en cuanto al retraso mental profundo sólo nos hablaba de las características e incapacidades de éstos y además desde la unidad académica también nos confrontamos a ésta realidad de escasa información teórica.

A partir de esto nos surgieron varias inquietudes e interrogantes, ¿ se puede intervenir con diversas modalidades de tratamiento desde Terapia

Ocupacional con adolescentes con retraso mental profundo?, ¿ por que no permitir que demuestren sus capacidades?, ¿ por que no interactuar con el medio externo?.

Consideramos a la persona con retraso mental profundo como un sujeto portador de un hacer, con posibilidades y derechos que debemos respetar más allá de su diagnóstico. Para esto, creemos que es importante posibilitar un espacio donde la persona pueda explorar sus capacidades, a partir de múltiples experiencias, partiendo de sus propios deseos e intereses para que pueda construirse singularmente siendo él el narrador de su propia historia. Y como dice Silvia Destuet: ... "Solo desde este posicionamiento ético estaría el lugar para que desde la mirada y la escucha; la creación y la circulación social tuvieran posibilidades concretas de plasmarse".¹

Por eso nos planteamos crear éste espacio de posibles manifestaciones. Entendiendo que éste nos permitirá acercarnos a lo que a nuestro entender es la única forma de intentar demostrar que a partir de la implementación de la actividad terapéutica desde Terapia Ocupacional se pueden observar cambios en estos adolescentes.

¹ DESTUET, S.; *Terapia Ocupacional. Encuentros y marcas*; Introducción; pág.16; Serie Autores 1; C.O.L.T.O.A.; Grupo Editor, 1999.

BIBLIOGRAFIA

⇒ DESTUET, S.; *Terapia Ocupacional: Encuentros y marcas*; Serie Autores 1;
C.O.L.T.O.A.; Grupo Editor. 1999.

PROBLEMA

¿ Qué significado tiene la intervención de Terapia Ocupacional en el desarrollo psicomotor en adolescentes con retraso mental profundo institucionalizados en el Hospital Sub-zonal Especializado “Dr. José Ingenieros” de la localidad de Melchor Romero de la ciudad de La Plata?

OBJETIVO GENERAL

⇒ Comprender el significado de la intervención de Terapia Ocupacional en el desarrollo psicomotor en adolescentes con retraso mental profundo institucionalizados en el Hospital Sub-zonal Especializado “ Dr. José Ingenieros” de la localidad de Melchor Romero de la ciudad de La Plata.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ⇒ Caracterizar el desarrollo psicomotor de adolescentes con retraso mental profundo.
- ⇒ Aplicar la modalidad de tratamiento a partir de la cual los Terapeutas Ocupacionales favorecen la actividad motriz en adolescentes con retraso mental profundo.
- ⇒ Analizar la modalidad de tratamiento a partir de la cual los Terapeutas Ocupacionales favorecen la actividad motriz en adolescentes con retraso mental profundo.

ESTADO ACTUAL

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTION

De acuerdo al rastreo bibliográfico realizado se pudo observar la escasez de investigaciones con relación al tema que nos ocupa.

Las investigaciones encontradas son las siguientes:

- En el año 1995, en la Universidad de New Hampshire, Concord Center, USA, se realizó una investigación cuyo título era: "Mejorando la participación e independencia del alumno con severas y múltiples discapacidades para realizar actividades comunitarias".

La metodología implementada incluía adaptaciones de equipamiento y actuación, entrenamiento breve en simulación durante la escuela, e instrucción y apoyo para padres y asistentes de hogar.

La intervención fue implementada con tres (3) alumnos y fue utilizado un diseño standard.

La participación e independencia de los alumnos fueron incrementadas después de la intervención.

Los resultados sugieren que ésta metodología podría ser una solución para proveer alumnos con educación y habilidades comunitaria e instrucción en la actividad.(1)

- En el año 1996, la Universidad del Estado de Ohio, USA, realizó una investigación en la cual examinó la adquisición de habilidades motoras y actuación funcional y la relación entre ambas en cuidados, movilidad y función social, utilizando una muestra de veintiséis (26) niños en edad preescolar que concurrían a Terapia Ocupacional semanalmente.

Los resultados demostraron el nivel de cambios que ocurren en las habilidades motoras y cuidado propio y movilidad y función social en preescolares con retrasos motores moderados.(2)

- En el año 1996, Molina Palacios, G y Otros, investigaron sobre "Terapia Ocupacional en Retardo Mental", la misma se realizó en la sala de oligofrénicos del Hospital Psiquiátrico Julio Endara, Quito, Ecuador.

De un total de cuarenta y dos (42) pacientes con diagnóstico de retardo mental, cuyo grado varía del moderado al profundo, se ha realizado el seguimiento solo de quince (15), integrados en el área de Terapia Ocupacional.

La investigación tuvo como fin demostrar la importancia de la Terapia Ocupacional en este tipo de pacientes, ya que a partir de las diferentes actividades realizadas desde esta área, se brindaba una rehabilitación acorde a sus necesidades, mejorando así su calidad de vida.(3)

- En el año 1998, Silva, B; realizó una revisión de estudios evaluativos de los alcances en el área social, producto de la integración, en niños con retardo mental.

Los resultados indican que el éxito de cualquier programa de interacción se basa en las habilidades y competencias, en el área social, demostrado por los niños con retardo mental en ambientes integrados así como en la aceptación y actitud demostrada tanto por compañeros y maestros hacia dicha población.(4)

De estas investigaciones, inferimos que las mismas son poco claras, escuetas y no explícitas con relación a las modalidades de intervención y a su posterior análisis.

BIBLIOGRAFIA

El rastreo de trabajos actualizados sobre el tema, se obtuvo a través de:

- ⇒ (1) (2) Búsqueda MEDLINE, 1996 - Mayo 2002. Biblioteca del Centro Médico de la ciudad de Mar del Plata.
- ⇒ (3) Búsqueda LILACS, 1996 – Mayo 2002. Biblioteca del Centro Médico de la ciudad de Mar del Plata.
- ⇒ (4) Búsqueda CUMED, 1996- Mayo 2002. Biblioteca del Hospital Privado de Comunidad de la ciudad de Mar del Plata.

MARCO TEÓRICO

TERAPIA OCUPACIONAL/ ACTIVIDAD

Al comenzar con nuestra investigación pensamos que era apropiado encontrar una definición de Terapia Ocupacional y una de actividad, con las cuales nos identificáramos, para saber desde donde posicionarnos.

Entre las diferentes búsquedas realizadas éstas responden a nuestra inquietud, la "Terapia Ocupacional es una disciplina que se basa en la recolección, comprensión y manejo de la actividad humana y cuya función sería la de prevenir, mantener y restablecer las potencialidades del individuo a fin de que alcance su interacción social y cultural." ²

En Terapia Ocupacional en Salud Mental, en lugar de hablar de una actividad concreta, nos referimos al "hacer", ese "hacer" singular que nos habla de ese sujeto que lo está realizando, ya que de acuerdo como él mismo se relacione con el mundo externo, nos hablará de su mundo interno.

Lo terapéutico del hacer es en función del proceso terapéutico, el cual se da en un encuadre constituido por la interacción entre PACIENTE/ ACTIVIDAD/ TERAPIA OCUPACIONAL. "El significado de lo sucedido emerge en ese espacio

² GARCIA CEIN; PATRIZZI; VEYRA, *Prevención en Salud Mental desde Terapia Ocupacional*: Tesis de grado; Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social; U.N.M.d.P.; 1991.

subjetivo en el que se encuentran o desencuentran terapeuta y paciente, cada uno con su espiral dialéctica y sus construcciones y entre ellos las cosas mediadoras, el cuerpo, las palabras, las diversas herramientas que el terapeuta propone en la escena terapéutica y de las cuales el paciente dispone.”³ Todas las elecciones que el paciente realice van a tener que ver con aspectos de su mundo interno.

“La actividad desde una perspectiva terapéutica contiene una dimensión técnica (conjunto de pautas convenidas para la realización de una actividad), una dimensión estructural (forma u organización externa de la obra realizada por el sujeto de acuerdo con la técnica) y una dimensión de contenido (el sentido que el sujeto le adjudica a la actividad, en su dimensión técnica y/o estructural), en las que se ven implicadas las relaciones constantes entre terapeuta y el paciente.”⁴ Lo importante no reside en la técnica y/o estructura, sino en el contenido, en poder hacer una lectura del mismo, ya que es el sentido dado al acto o a la forma creada a partir de los contenidos inconscientes depositados.

³ MANTERO, P.; SORIA, M.; *La realidad de los medios terapéuticos: acerca de la actividad humana y lo terapéutico*; Revista Materia Prima; Bs. As. ; Año 2; N°5; pág. 36; 1997.

⁴ MANTERO, P.; SORIA, M.; *La realidad de los medios terapéuticos: acerca de la actividad humana y lo terapéutico*; Revista Materia Prima; Bs. As. ; Año 2; N°5; pág. 35; 1997.

“El sentido terapéutico de la actividad como recurso radica en su función de facilitador, su función catártica, su función expresiva y su función creativa. Facilita el acceso al mundo interior del sujeto generando formas de comunicación y de transformación intrapersonal e interpersonal, autoplásticas y aloplásticas. Cataliza la emergencia y puesta en escena de gestos, sonidos, imágenes, formas, palabras que develan contenidos no conscientes.”⁵

La decodificación de lo sucedido en el espacio terapéutico, aquello que sucede entre el sujeto, su obra y la mirada del otro, nos permite comprender al sujeto, a su estilo particular de aproximación a la realidad.

Nuestra intención será crear un espacio en donde por más débil que sea su actividad y esté habitualmente dirigida, debemos siempre permitirle un género de vida que respete sus necesidades afectivas y por sobre todo humanas, apostando a un sujeto y a la construcción de un vínculo posible, ayudándolo a reconstruir y asumir su propia historia y donde se dé un hacer que lo signifique y resignifique. (1)

⁵ MANTERO, P.; SORIA, M.; *La realidad de los medios terapéuticos: acerca de la actividad humana y lo terapéutico*; Revista Materia Prima; Bs. As. ; Año 2; N°5; pág. 36; 1997.

BIBLIOGRAFIA

- ⇒ GARCIA CEIN; PATRIZZI, A.; VEYRA, M.E; *Prevención en Salud Mental desde Terapia Ocupacional.* Tesis de grado. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. U.N.M.d.P.; 1991.
- ⇒ MANTERO, P.; SORIA, M.; *La realidad de los medios terapéuticos: acerca de la actividad humana y lo terapéutico.* Revista Materia Prima; Buenos Aires; Año 2. Nº5; 1997.
- ⇒ (1) KOLHER, C.; *Deficiencias intelectuales;* Ediciones Luis Miracle S.A.; Barcelona; 4º edición; septiembre 1967.

RETRASO MENTAL

DEFINICION- CARACTERISTICAS.

Nos resulta difícil precisar una definición sobre retraso mental, debido a la complejidad del síntoma y a la dificultad de encontrar características comunes dentro de la individualidad de cada uno.

Entendemos que una definición válida acerca de la deficiencia mental no debe concebirse como término aislado en función únicamente de la inteligencia, sino en interrelación con los aspectos afectivos y socioculturales de cada individuo.

Así hemos tomado como referencia los aspectos incluidos dentro de las definiciones más comúnmente aceptadas (CIE-10; D.S.M.-IV; AAMR 9) para definir y comprender al retraso mental. ***El retraso mental hace referencia a un funcionamiento intelectual inferior a la media desde los inicios del desarrollo y a lo largo de toda la vida; encontrándose este déficit en constante interrelación dentro del contexto general de la organización***

y evolución psicológica del niño; presentando dificultades en la adaptación a su entorno. (1) (2)

La mayoría de las clasificaciones, incluyendo la de la O.M.S. y la del D.S.M- IV. , muestran que no puede considerarse al retraso mental como una forma estática para encasillar un déficit sino que se tiene en cuenta toda la complejidad y variabilidad de los factores que intervienen, puesto que cada niño tiene sus características propias y ambientales que le son particulares.

Estas clasificaciones consideran cuatro rasgos de retraso mental: *leve o ligero* (C.I. entre 69 y 50), *moderado* (C.I. entre 49 y 35), *severo* (C.I. entre 34 y 20) y *profundo* (C.I. menor de 20). No nos detendremos en este aspecto de la definición, ya que los aspectos psicométricos y operacionales nos permiten obtener datos cuantitativos y cualitativos; con lo cual consideramos que los resultados de estas pruebas pueden ser aproximativos y que si bien el C.I. tiende a permanecer inmutable o a variar ligeramente, los criterios de adaptación e integración de la personalidad se van modificando con la edad si el niño *recibe la estimulación adecuada a sus necesidades. (3)*

Entonces consideramos que el retraso mental tampoco puede desligarse de la adaptación social, entendiendo por conducta adaptativa a la capacidad de

desenvolverse con independencia y de hacer frente a sus responsabilidades sociales.

Uno de los factores en los que haremos hincapié en el transcurso de nuestra investigación, son los *factores relacionales*, especialmente durante la primera infancia como componentes básicos en la evolución de cualquier tipo de retraso.

Coincidimos con Ajuriaguerra en cuanto a que ni la etiología ni la noción cuantitativa que nos aportan los sistemas de medición son suficientes para aprehender y comprender la personalidad del retrasado mental. Su comportamiento no es un estado sino un resultado de su particular y propia organización.

Entonces, para ayudar mejor a estas personas se debe saber por que ha alcanzado éste estado, que es capaz de hacer, cómo se ha estructurado su personalidad y la forma como utiliza sus posibilidades a partir de estímulos adecuados que se le ofrecen. (4)

Henry Ey es otro de los autores que plantea el factor relacional en el retraso mental, ya que la organización de la relación del retrasado con el mundo, y las perturbaciones de la relación de objeto pueden combinarse con las alteraciones neurológicas y manifestarse por una sintomatología donde sé

imbrincan igualmente el aspecto deficitario de la personalidad y una organización psicótica del yo. (5)

Otros autores como Alvaro Marchesi, César Coll y Jesús Palacios, mencionan la influencia del medio ambiente. Éstos en su libro "*Desarrollo psicológico y educativo*" refieren que, como efecto de la capacidad reducida para aprehender y para anticipar las consecuencias de las propias acciones, la persona con retraso mental dispone de una reducida capacidad de autocontrol y de aplazamiento de la gratificación o de refuerzo. Sus mecanismos de autorregulación son pobres y sus estrategias de defensa inmaduras y rudimentarias, prevaleciendo mecanismos defensivos menos funcionales como regresión, represión y negación. Estos autores manifiestan no saber hasta que punto estas características derivan del propio retraso o más bien... "de experiencias ligadas no tanto al retraso mental, cuanto al modo en que la sociedad reacciona ante las personas con retraso mental. Se ha atribuido la mayoría de los rasgos hallados en individuos retrasados no a la deficiencia misma, sino al ambiente social empobrecido y en su caso a la *institucionalización*, presumiéndose que si niños normales recibieran las mismas

experiencias que los retrasados en gran medida se comportarían de la misma manera que éstos.”⁶

Desde la perspectiva psicoanalítica, la construcción subjetiva de todo niño y más aún de niños con retraso mental depende de las funciones maternas y paternas y su devenir en el tiempo. La presencia de un niño “no esperado” genera una serie de adaptaciones y emergen sobre todo en los padres muchas emociones inconscientes que dificultan y complejizan la constitución subjetiva y la relación con su hijo real.

De todo lo expuesto, consideramos que la limitación no necesariamente discapacita a la persona, *la discapacidad está dada por la presencia o ausencia de un otro y en la medida en que este otro no posibilite la construcción de nuevos vínculos para ayudar a la persona con retraso mental a reconstruir y asumir su propia historia.*

⁶ MARCHESI, A.; COLL, C.; PALACIOS, J.; *Desarrollo psicológico y educativo. Necesidades educativas especiales.* Capítulo: La Deficiencia Mental; pág. 135; tomo III; Editorial Alianza Psicológica; 1999

BIBLIOGRAFIA

- ⇒ (1) D.S.M.-IV.; *Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*; Barcelona.
- ⇒ (2)(3) Enciclopedia de la psicología océano; *Trastornos del desarrollo*; Tomo 2; Ediciones Océano, S.A.; Barcelona.
- ⇒ (4) AJURIAGUERRA, J.; *Manual de psiquiatría infantil*; Editorial Masson; 4º edición.
- ⇒ (5) EY, H.; *Tratado de Psiquiatría*; Editorial Masson; 8º edición; 1992.
- ⇒ MARCHESI, A.; COLL, C.; PALACIOS, J.; *Desarrollo psicológico y educativo. Necesidades educativas especiales*; Tomo III; Editorial Alianza Psicológica; 1999.

RETRASO MENTAL PROFUNDO

El retraso mental profundo es un déficit permanente en el desarrollo de la personalidad instalado antes de que se realice o complete el crecimiento, desarrollo y maduración del Sistema Nervioso Central.

Etiológicamente, esta alteración puede deberse a diferentes causas: infecciones (rubéola, toxoplasmosis, meningoencefalitis), traumas tóxicos (Kernicterus, aminoacidurias, galactosemia, gargolismo, hipotiroidismo), alteraciones cromosómicas (S. Down, S. Turner) y/o privación social (causas perinatales, natales o post-natales).(1)

Tal déficit se traduce exteriormente en una reducción de algunas o todas de las funciones intelectuales y en trastornos de la personalidad que llevan primero al niño y luego al adulto a actitudes inadecuadas frente a diferentes problemas y situaciones de la vida.

Desde un punto de vista dinámico, nos encontramos con un paciente, que debe ser interpretado desde todas sus facetas y no sólo desde lo intelectual (sin descartarlo), debemos comprender que su comportamiento no es un estado, sino el resultado de su particular y propia organización de su mundo interno y forma de expresarlo en el mundo externo a partir de sus vínculos.

Debemos saber por qué llegó a ese estado, qué es capaz de hacer, cómo se ha estructurado su personalidad y de que forma utiliza su potencialidad.

Mencionaremos algunas características morfológicas y funcionales que caracterizan a esta patología:

Se observan deformidades típicas como lo son alteraciones en el macizo facial, en el perímetro cefálico, en el velo palatino, en su biomecánica en general (hemiplejías, paraplejías, cifoescoliosis estructuradas, atrofas, etc.), deformidades viscerales, lesiones en el área del habla lo que pueden dar como resultado una no-estructuración del lenguaje hablado, alteraciones sensoriales de cualquiera de sus órganos sensitivos, etc. (que responden por líneas generales a su etiología), que dan al joven un aspecto a primera vista grotesco.(2)

Desde el punto de vista actitudinal y en líneas generales (esto implica que se pueden observar más conductas, o algunas específicas de acuerdo a la persona y su entorno) son sujetos que a primera vista tienen un cuerpo congelado, estático, con movimientos pobres, torpes generalizados, y con frecuencia estereotipados, sin límites corporales, con una forma de comunicación pre-verbal. Se puede observar también frente a diferentes circunstancias de desagrado o agrado estallen en gritos o sonidos desmedidos,

en llanto o carcajadas exagerados, en agresiones hacia otros o auto agresiones. Se observan conductas sensoriomotoras como lo son chupar, tirar, sacudir, etc., todos los objetos para conocerlos.

Expresan gran placer en experimentar juegos que giren en torno a su cuerpo y sus sensaciones. Ante la presencia de personas, objetos o situaciones nuevas por lo tanto desconocidas, se observan conductas evitativas, como lo son retrotraerse o huir rápidamente.

El desarrollo psicomotor de estos jóvenes se desvía fuertemente de la norma, en donde la adquisición tardía de la posición sedente y del equilibrio estático asociado a los desplazamientos difíciles y a las sensaciones defectuosas no les han posibilitado jugar, verse, sentirse ni explorar el mundo que los rodea.

De lo expuesto anteriormente no significa que la personalidad de estos pacientes corresponda a una sumatoria de déficit parciales, sino que son componentes cuya evidenciación nos permite comprender y actuar mejor sobre ellos.

La organización de sus estructuras depende en gran parte de un determinado nivel de eficiencia y de un correcto nivel de utilización de su potencialidad.(3)

BIBLIOGRAFIA

- ⇒ (1) VIDAL, G.; ALARCÓN, R.; *Psiquiatría*; Editorial Médica Panamericana; Bs.As. ; 1990.
- ⇒ (2) KOLHER, C.; *Deficiencias intelectuales*; Ediciones Luis Miracle S.A.; Barcelona; 4º edición; Septiembre 1967.
- ⇒ (3) AJURIAGUERRA, J.; *Manual de psiquiatría infantil*; Editorial Masson; 4º edición.

ABORDAJE TERAPÉUTICO DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

CONSIDERACIONES GENERALES

Partiremos del concepto de que "La personalidad" es algo único y tan polifacético que puede ser abordado desde diferentes puntos de vista, como lo son los aspectos biológicos, psicológicos, conductuales, etc. Éstos son susceptibles de considerarse individualmente, y nos permite ahondar con mayor profundidad en su conocimiento, pero no olvidarnos por ello ese principio de la unicidad que nos obliga en todo momento y en cualquier circunstancia que deben relacionarse para construir una realidad indivisible.

No es posible llegar a entender con objetividad a la persona si pretendemos abordarla solo desde uno de sus aspectos, o facetas, olvidando la interrelación que existe entre ellas.(1)

Nos parece importante y necesario insistir en estos conceptos porque precisamente cuando hablamos de abordar a un joven desde su "cuerpo", este adquirirá real sentido en la medida en que motricidad y psiquismo, se influyan y enriquezcan mutuamente.

En todos los casos en que es evidente la existencia de algún tipo de perturbación entre el yo y el mundo externo, como terapeutas, pensamos en un abordaje adecuado que se ajuste a restablecer el equilibrio perdido y una adecuada comunicación con su entorno.

Esto es lo que observamos en estos adolescentes con retraso mental profundo; en donde estas perturbaciones forman parte integrante de su personalidad, siendo habitual en ellos la pérdida del control de sí mismos y presentando dificultades para restablecer vínculos con su entorno y es en este mundo externo en donde el niño debe adaptarse e ir estructurando sus modos de reacción ya que al mismo tiempo que descubre el mundo de los objetos, descubre el mundo de los otros, con sus propios deseos, restricciones y ambivalencias.(2)

Entonces teniendo en cuenta que esta adaptación y búsqueda de identidad se va logrando a partir de la *calidad* y *claridad* de las comunicaciones que establece desde sus primeros vínculos, creemos que el estar internado implica pérdida; pérdida de vínculos familiares, pérdida del tiempo y espacio propio. Estos últimos limitados al tiempo de comer, dormir, tomar la medicación, de cumplir instancias terapéuticas; en relación a los espacios estos pasan de propios a comunitarios.

Podemos pensar que a éstos jóvenes adolescentes el contexto institucional, las escasas instancias terapéuticas instrumentadas los ubica en un lugar de repetidas conductas abandonicas.

Situación que será vivida de acuerdo a sus características individuales y el desenlace estará íntimamente relacionado con la existencia o no de un contexto institucional que brinde espacios de escucha, expresión y contención.

Por qué no suponer que también lo posibilita la presencia de espacios creados por intervenciones desde Terapia Ocupacional.

Consideramos que el objetivo terapéutico en estos casos, no es hacer desaparecer las deficiencias, sino apoyarse en el propio desarrollo del joven, intentando rehacer o estimular etapas del desarrollo psicomotor y lograr que cada individuo sea capaz de ubicarse en el mundo del que forma parte cotidianamente.

Si nos situamos frente a éste adolescente, con ésta particular forma de estructurar el mundo, observamos que la forma en la que lograremos vincularnos e intervenir, es a través de la "acción" del joven, de las "sensaciones", del "tono", etc., es decir de cierta realidad del cuerpo que nos permite descubrir un si mismo sin retirarlo del mundo que lo rodea y a través de nuestra aproximación corporal tendremos en cuenta la relación del joven

con nuestro cuerpo, posibilitándole la descarga de fantasía, tensiones, percibiendo sus necesidades y respondiendo a ellas tratándose así de una verdadera comunicación.

De esta forma estamos hablando de un encuentro entre personas, en el cual el movimiento y la comunicación corporal se destaca por sobre las demás formas posibles de relación, y en donde todo se centra en el juego corporal. Es en este juego donde el terapeuta prestará atención a la calidad de las acciones corporales en sí, coordinaciones, gestos, posturas, actitudes, como a la calidad simbólica que en ellas y en el juego elegido se despliega.

Así esta práctica psicomotriz está inserta en el campo de la comunicación humana, específicamente relacionada con la comunicación analógica, en donde se incluye la postura, los gestos, la expresión facial, la inflexión de la voz, la secuencia, el ritmo y la cadencia de las palabras mismas, y cualquier otra manifestación no verbal, así como los indicadores comunicacionales que inevitablemente aparecen en cualquier contexto en que tiene lugar una INTERACCIÓN.(3)

Encontrándose un verdadero nexo entre el abordaje lúdico-corporal y la comunicación analógica y como nos sugiere Silvia Papaína en su artículo "Reflexiones acerca de la práctica en Psicomotricidad": ..."*podemos pensar que*

por el solo hecho de estar presentes dos cuerpos-sujetos, uno que sostiene y otro que es sostenido, existe ya una modalidad corporal, un estilo de comunicación.(...) En la observación del vínculo lúdico-corporal adulto-niño se da espontáneamente, una forma jugada de relación; una modalidad que les permite verse, reconocerse, descubrirse y separarse, encontrarse en la necesidad y desencontrarse.”⁷ De esta manera se crea un espacio de juego en donde el adulto y el joven están presentes, y así se irá configurando un estilo motriz, el que se verá favorecido o entorpecido por la modalidad vincular y lúdica del adulto.

Dentro de este marco dialéctico, nos encontramos con una terapia psicomotriz que aborda un cuerpo con determinadas características a saber interpretar para actuar, debe ser adoptado bajo un encuadre determinado, con ciertas pautas a seguir, con materiales y elementos a ser utilizados como facilitadores del vínculo y de la acción, con espacios que se caracterizan por la circulación y demanda del deseo, lo que posibilita su apropiación y dominios del sí mismo, posibilitando así un camino hacia la autonomía.(4)

⁷ Tallis, j. Y otros; *Autismo infantil. Lejos de los dogmas*; capítulo V; pág. 176; Miño y Dávila Editores; Madrid; 1998.

El terapeuta se " ofrece" a la relación con el joven a partir de la observación de los signos comunicacionales que este emite en su hacer corporal. Ese hacer que aparece sin sentido para la mayoría de las personas que rodean a estos adolescentes, se constituye progresivamente en la base de los intentos comunicacionales entre el terapeuta y el joven. Así cada gesto, cada postura, cada movimiento, cada sonido gutural emitido por el joven va adquiriendo algún sentido en el contexto de la relación que ofrece el adulto. Se trata de estar atentos a las pequeñas variaciones en la gestualidad, a los movimientos, a los más mínimos signos de placer o displacer, de valorar cada nuevo movimiento, aunque parezca sin sentido.

La propuesta terapéutica apunta a ofrecer múltiples experiencias de forma ajustada a sus posibilidades de forma tal que cotidianamente se logre enriquecer sus habilidades utilizando su potencialidad y lograr que sean transferidas a otras situaciones en el desempeño de la vida cotidiana.

De esta forma creemos que estamos dando un lugar a la cosa "creada" posibilitando un encuentro con nuevas relaciones consigo mismo, los otros y las cosas encontrando nuevos puntos de partida.

Consideramos que la psicomotricidad es o ha de ser una forma de entender las cosas que se viven, que se sienten, que se experimentan y que nos sitúa en una actitud de DISPONIBILIDAD que supone la comprensión, el respeto y el favorecimiento del cambio y del desarrollo en nosotros mismos y en los demás.

BIBLIOGRAFIA

- ⇒ (1) PEIRÓ SUBIRÓN, S.; RAMOS MARTÍN, C.; *Programación de la psicomotricidad en la educación especial*; Editorial C.E.P.E. S.A; Madrid; 1985.
- ⇒ (2) LAPIERRE, ANDRE; LAPIERRE, ANNE; *El adulto frente al niño de 0 a 3 años. Relación psicomotriz y formación de la personalidad.* ; Editorial Científico- Médica; Barcelona.
- ⇒ (3) TALLIS, J. Y OTROS; *Autismo infantil. Lejos de los dogmas*, Cap. V: Psicomotricidad y autismo. Una praxis "compleja" para un complejo trastorno. Miño y Dávila Editores. Madrid. 1998.
- ⇒ (4) BENINCASA, G.; Artículo: Encuentros y desencuentros entre la psicomotricidad y psicoanálisis; *Entrevista a Aucouturier, B.*; *"Entre líneas"*, *Revista especializada en psicomotricidad*; Nº2; Barcelona; 1997.

UNA APROXIMACIÓN A LA PSICOMOTRICIDAD

Entendemos que la psicomotricidad es una disciplina que toma a la unidad del cuerpo desde una visión integradora y la concepción del hombre como emergente de sus circunstancias histórico-sociales y en transformación.

El hombre es un constructor activo de sus ideas, de sus movimientos, de sus formas de comunicación, de su gestualidad y de su relación con el mundo.

Consideramos a la actividad humana esencialmente psicomotriz; en donde para la puesta en marcha de dicha actividad se articulan diferentes sistemas anatomofisiológicos, psicológicos y sociales que interactúan determinando una particular manera de ser y estar en el mundo, de relacionarse con la realidad, con las personas, con el espacio, con los objetos, para satisfacer las necesidades biológicas, afectivas, culturales y sociales del hombre.(1)

Entonces, podemos decir que la psicomotricidad estudia al hombre desde una articulación intersistémica, decodificando el campo de significaciones generadas por el cuerpo y el movimiento en relación y constituye las señales de su salud, de su desarrollo, de sus posibilidades de aprendizaje e inserción

social activa; y también las señales de la enfermedad, de la discapacidad y de la marginación.

Dentro de la psicomotricidad, Lapierre y Aucouturier describen a la imagen topológica de la siguiente manera: "en la superficie, en el nivel más aparente, el cuerpo instrumental: equilibrio, coordinación general y óculo-manual, lateralidad, etc.. Por debajo todo un sustrato cognitivo, muy vinculado a la motricidad voluntaria, a la acción, a las experiencias sensorio motrices y posteriormente perceptivos motrices; cuerpo propio, esquema corporal, organización y estructuración espacio- temporal, organización semántica a partir de las nociones fundamentales, etc.. Más profundamente todavía, toda la organización tónica, involuntaria, espontánea, parte integrante de la vivencia afectiva y emocional, vinculada forzosamente a las pulsiones, a las prohibiciones, a los conflictos relacionales y al Inconsciente; un obrar espontáneo cuya significación simbólica no puede ser ignorada. Finalmente, el núcleo más profundo de la personalidad, toda una problemática fantasmática, ligada a la vivencia imaginaria del cuerpo en su relación con el otro y con el mundo. Un imaginario Inconsciente que condiciona toda la vida relacional"⁸

Es a través de la actividad motriz que podemos comprender la

⁸CHOKLER, M. *Los organizadores del desarrollo psicomotor. Del mecanicismo a la psicomotricidad operativa*; pág. 19; Ediciones Cinco; 1988.

integración de los fenómenos tónico-emocionales. Wallon define a la emoción como una manera de adaptarse al mundo y especialmente a los demás. Esta adaptación emocional es de origen esencialmente postural y su núcleo es el tono muscular.(2)

Tomamos como referencia los cinco organizadores del desarrollo psicomotor infantil que plantea Chokler, para lograr la adaptación activa que todo ser humano necesita para relacionarse e interactuar con las personas, con los objetos y consigo mismo.

Los organizadores del desarrollo son sistemas de acción recíproca, en feed-back, interrelacionados dialécticamente, entre la persona y su medio que se estructuran genéticamente y se transforman a lo largo de toda la vida.

El ser humano al nacer posee una limitada capacidad motora y un sistema de comportamientos extremadamente rico a través del cual está abierto al mundo, del cual depende.

Estos comportamientos sólo van a poder concretarse en la medida en que se encuentren otros sujetos en el mundo externo que generen también ciertas conductas complementarias, tendientes a satisfacerlas, construyendo entre el niño y el adulto sistemas que operan recíprocamente.

Bowlby señala que desde el nacimiento, el bebé presenta programas genéticos tónico-motores contradictorios y complementarios entre sí, que son un conjunto de conductas tónico-posturales tendientes a acercarlo a un adulto (sonrisas, llantos, gritos, etc.). Estos comportamientos que Bowlby llama de **apego**, **primer organizador** del desarrollo psicomotor, están suficientemente desarrollados y son dirigidos hacia un adulto especialmente significativo.(3)

"La conducta de apego en el hombre se establece alrededor de los 6 meses y se va incrementando a lo largo del segundo año de vida y a principios del tercero, cuando las manifestaciones son intensas y frecuentes, habiendo diferentes factores causales que activan la conducta."⁹

En la constitución del apego, el tacto y el contacto suave y el olor de la piel, el calor, el movimiento rítmico del cuerpo, la mirada, la sonrisa y la voz parecen tener un lugar primordial.

El contacto con el mundo exige una adaptación rápida a estímulos múltiples y fluctuantes que provocan una intensa actividad perceptivo-motora de exploración, activando el tono muscular, modificando la postura y el

⁹ CHOKLER, M. *Los organizadores del desarrollo psicomotor. Del mecanicismo a la psicomotricidad operativa*; pág. 80; Ediciones Cinco; 1988.

movimiento, y también despiertan curiosidad, interés, alerta, ansiedad y temor a lo desconocido.

Es a través del contacto con el adulto, en ese vínculo de apego, que el niño desciende la ansiedad, el alerta, el tono muscular, la actividad.

El niño puede conectarse y explorar su medio, sólo en la medida en que el exceso de emoción y ansiedad pueda ser neutralizado con el apego. La finalidad del vínculo de apego es, entonces, por un lado garantizar al niño que nace en una situación de extrema indefensión, incapaz de satisfacer por sí mismo sus necesidades biológicas y afectivas, los cuidados del adulto; y por otro, sostener la posibilidad de conexión con el mundo, al neutralizar los efectos del exceso de tensión de actividad y de emoción.(4)

El comportamiento de apego es permanente, dura toda la vida. Sus manifestaciones, la distancia soportable y las consecuencias más o menos catastróficas ante la separación o la pérdida de la figura de apego, son señales de la solidez de la estructura yoica, y la madurez afectiva del sujeto.

Spitz, Reingold, Ajuriaguerra y otros autores coinciden que los niños privados muy tempranamente de figuras de apego significativas renuncian progresivamente a la exploración, disminuyen su crecimiento ponderal y

tienden hacia el aislamiento y la desconexión. Es lo que Spitz describió como "depresión anaclítica o síndrome de hospitalismo"

De la misma manera que el desapego, el apego exagerado, envolvente asfixiante, donde no hay alternancia entre presencia y ausencia, la "sobrepotección", anula la exploración y la capacidad de conquista de la autonomía. El adulto se transforma entonces en el protagonista sustituto de la acción del niño. Este no se abre al mundo, no hace, no siente ni piensa, ni explora ni actúa más que por intermediación del adulto quien activamente lo va relegando a un rol pasivo y dependiente. El apego se convierte en pegoteo.(5)

Un ***segundo organizador***, presente desde el comienzo de la vida, está constituido por el conjunto de conductas de exploración que ligan al niño al mundo exterior.

Los múltiples y complejos estímulos del medio activan una serie de comportamientos de orientación, búsqueda, manipulación, desplazamientos, retracción, defensa, etc., a través de procesos perceptivos-motores que aumentan la atención, el alerta, la excitación, el tono, las emociones y el movimiento.

Estas conductas exploratorias le van a permitir conectarse, conocer, aprehender las características del mundo externo, internalizarlas y operar con

ellas. Todo aprendizaje, adecuación y dominio progresivo del mundo real depende de las posibilidades y la calidad de la exploración.

Los dos comportamientos, de apego y exploración, tienen funciones y objetivos contrarios, pero al mismo tiempo complementarios. El niño puede conectarse y explorará el mundo en la medida que disponga de elementos y figuras de apego reales o simbólicas que neutralicen el exceso de emoción, ansiedad y temor que aquél le despierta.(6)

En los momentos de exploración disminuyen los comportamientos de apego y con el aumento de las conductas de apego disminuyen la exploración. Pero no pueden existir unas sin las otras. Ambos aspectos se unen y se excluyen al mismo tiempo, conformando una unidad dialéctica.

El ***tercer organizador*** es la comunicación. Durante el período prenatal el feto está en un estado de simbiosis fisiológica con el cuerpo de la madre, en donde los cambios tónicos-posturales, dinámicos y rítmicos de la madre, provocan cambios tónicos-posturales y dinámicos en el feto y a la inversa, los movimientos del feto provocan cambios tónicos-posturales en la misma.

A partir del nacimiento, el niño recibe una multiplicidad de estímulos que le exigen una adaptación rápida a un entorno heterogéneo y mutante. Esta adaptación produce modificaciones del tono muscular, de la postura, el ritmo y

de los movimientos. Esto permite al niño regular sus reacciones emotivas produciendo las descargas necesarias de las corrientes tónicas que se propagan sucesivamente por su cuerpo.(7)

Estas reacciones tónico-emocionales y dinámicas, también pueden ser desencadenadas o modificadas por la presencia o acción del otro y van a constituirse en señales para los adultos cercanos, en la medida que expresan una demanda y exigen una respuesta. Esta respuesta será necesariamente también tónico-postural-dinámica. La acción del adulto no es independiente del comportamiento del niño, se influyen mutuamente desde la más temprana edad. El nivel de comunicación contenido en los gestos opera a niveles conscientes e inconscientes. Las actitudes del niño, a través de una irradiación tónico-emocional, provocan en el adulto sensaciones, emociones, que evocan situaciones vividas por éste anteriormente.

Es decir, el adulto y el niño *adjudican significaciones* a las señales corporales emitidas por el otro. Si son *correctas provocan la respuesta esperada*. Hay entonces una ratificación y el reforzamiento del placer de haberse comprendido.

Esta interacción corporal en un encadenamiento de gestos enlazados en feedback, con una función de señalización, va generando desde el nacimiento y

tal vez aún desde antes, lo que Ajuriaguerra denominó ***diálogo tónico***, función primitiva y permanente de comunicación que establece una comunión inmediata, previa a toda relación intelectual.(8)

A partir de este diálogo tónico y cinético, el niño, y también el adulto, ensayan, perfeccionan y aprenden cada vez más instrumentos para emitir señales, que influirán en los acontecimientos que les conciernen para indicar de manera comprensible las intenciones mutuas.

La eficacia de este primer sistema de señales y la satisfacción, el placer, la ansiedad, la tensión, la gratificación o frustración que provoca quedarán permanentemente ligados, constituyendo su *matriz de comunicación*, alentando o interfiriendo en su desarrollo.(9)

A medida que crece y madura su sistema nervioso, es sólo el intercambio con el medio lo que le permite ir ajustando y transformando esos instrumentos expresivos.

Si el adulto no observa al niño, si intenta satisfacer las necesidades antes de que aparezcan, si le da de comer antes de que tenga hambre, no permitirá que el niño tenga un registro de su necesidad ni de los objetos que la satisfacen, por lo cual no podrá vincularlos, imaginarlos, desearlos, pensarlos. Si no hay registro tampoco hay emergencia de señal, por lo tanto no aparece el

gesto y en consecuencia no se ejercitará su ajuste. Se va convirtiendo en un receptor pasivo sin posibilidad de desarrollar ni perfeccionar señales más elaboradas.(10) (11)

De las vicisitudes con que se va entramando la matriz de comunicación, cuya base es el primario diálogo tónico y cinético, depende la posibilidad de construir posteriormente sistemas simbólicos más complejos como el lenguaje verbal y otros códigos más abstractos.

Un sujeto no crece linealmente partiendo de la dependencia hacia la autonomía, sino a partir de la acumulación de experiencias, datos y adaptaciones, que le permiten realizar el salto cualitativo de pasaje de un estadio a otro.

Existe una profunda interacción dialéctica entre estos tres organizadores: apego, exploración y comunicación.

Los sistemas de conductas y actitudes con los que se expresan son producto de las necesidades básicas de todo sujeto, forman parte de sus condiciones internas y son determinantes para su desarrollo. Pero sólo pueden concretarse si encuentran un *partenaire* externo más o menos estable que los haga posibles y los sostenga proporcionando en cada situación las respuestas específicas.

La estabilidad relativa del *partenaire* es fundamental para el desarrollo de los tres organizadores.

Si esa figura cambia continuamente, especialmente en los primeros años, o si son muchas y ninguna aparece como predominante o más estable, la cantidad, modalidad y calidad de los contactos y respuestas son muy diversas, imprevisibles e inesperadas. Provocan confusión, ambigüedad y ansiedad al dificultarse el reforzamiento de señales habituales y comprensibles que permitan elaborar un código en común.

Es evidente que de la multiplicidad de sujetos que rodean al niño, éste selecciona aquellos con los que su interacción es cualitativamente más satisfactoria para él.(12)

Un ***cuarto organizador*** es el equilibrio tónico postural. La armonía del movimiento en la organización de un acto resulta de una adaptación activa y continua a la resultante de fuerzas físicas cambiantes que actúan en todo momento sobre el cuerpo. La capacidad de adaptación y distribución del tono muscular de sostén en ese campo de fuerzas y las variaciones clónicas en relación al objetivo, determina la calidad de la melodía cinética en un acto global.(13)

La posición de equilibrio puede ser considerada estable cuando le permite distintos movimientos complejos de manera armónica y cuando puede modificar las posturas sin quebrar la organización cinética.

La función tónica de sostén organiza la infraestructura postural desde la cual se construye la motilidad clónica.

Esta capacidad de la función postural para estar abierto a las modificaciones del medio, a las propias necesidades e iniciativas y a la dinámica de los proyectos está representada por el concepto de *disponibilidad corporal*. Esta disponibilidad depende estrechamente del equilibrio e implica una aptitud para construir actitudes con una reducción máxima de las tensiones parásitas o innecesarias para la realización de un acto. La disponibilidad corporal está vinculada a la "distensión-tónica", que es la clave en la estructuración y desarrollo de las praxias, y en la configuración de las actitudes.(14)

La sensación de seguridad en el equilibrio postural es totalmente individual e íntima. Depende de la manera particular en que se articularon en la propia historia, los complejos sistemas que aseguran, a través de las sensibilidades propio y exteroceptivas (visuales, laberínticas, kinestésicas), las percepciones sobre las posiciones del cuerpo en el espacio, junto con las informaciones acerca de las características de su base de sustentación y del

espacio circundante, en el acto proyectado, en el acto que le precede y en el pasaje de uno a otro.

El equilibrio es entonces el producto de una síntesis en cada instante de una dialéctica de las fuerzas que operan entre el sujeto y el medio. Las cualidades de esta síntesis expresan la calidad de la presencia del sujeto en el mundo; de su "ser en el mundo".

"El equilibrio tónico postural es en todos los casos el resultado de las interacciones vividas por el sujeto y esta organización actual de la actividad tónico-postural sostiene el conjunto de las comunicaciones ser-mundo. Este equilibrio corporal constituye en sí mismo un comportamiento y este comportamiento interiorizado condiciona todas las conductas, todas las comunicaciones con el medio y su calidad"¹⁰. (Vayer)

Un niño con una actitud tónico postural abatida, sin consistencia, derrumbado, o crispado por la inestabilidad induce un sentimiento de protección, de no exigencia como si fuera incapaz de actuar o responder con madurez. Esto atentando contra su autoestima configurará un sujeto

¹⁰ CHOKLER, M. *Los organizadores del desarrollo psicomotor. Del mecanicismo a la psicomotricidad operativa*; pág. 102; Ediciones Cinco; 1988.

dependiente del apoyo del otro, cerrado a la comunicación, empobrecido en sus contactos e intercambios con el medio.

El desarrollo postural y dinámico fisiológico es entonces la resultante de la evolución de sistemas neurológicos y de retroalimentación cada vez más complejos, asegurados por una parte por la maduración del sistema nervioso central, que precede al aprendizaje, y por otra, por las múltiples informaciones que procesa provenientes del propio cuerpo y del medio externo.(15)

Las tensiones impuestas muy tempranamente por situaciones coercitivas que impiden el movimiento libre, obturan estas sensaciones de bienestar provocando la consolidación de posturas mal organizadas o precarias.

La actividad manual, con su especial importancia para el desarrollo de la inteligencia, en cualquiera de sus niveles tiene por base la postura que el niño elige en función de su equilibrio dinámico, es decir aquella que es capaz de asumir con comodidad y seguridad en relación a la finalidad buscada.

El equilibrio tiene un rol fundamental en cada estadio evolutivo, desde el nacimiento y en cada momento de la vida, para la elaboración de las actitudes emocionales, afectivas y mentales, para la constitución de un sentimiento de capacidad y eficiencia en las relaciones con el mundo, para el desarrollo intelectual, de la comunicación y del lenguaje.

El ***quinto organizador*** que es el orden simbólico, está constituido por el conjunto de representaciones sociales y culturales que, inscriptas en el psiquismo a través de las relaciones familiares e institucionales, operan eficazmente determinando la conducta y los roles individuales y grupales.(16)

BIBLIOGRAFIA

- ⇒ (1)(2)(3)(4)(5)(6)(9)(11)(12)(13)(14)(15) CHOKLER, M.; *Los organizadores del desarrollo psicomotor. Del mecanicismo a la psicomotricidad operativa*; Ediciones Cinco; Bs. As. ; 1988.
- ⇒ (7)(10) QUIROGA, A.; *Proceso de constitución del mundo interno*; Ediciones Cinco; Bs. As. ; 1992.
- ⇒ (8) AJURIAGUERRA, J.; *Manual de psiquiatría infantil*; Editorial Masson; 4º edición.
- ⇒ (16) CHOKLER, M.; Artículo: Psicomotricidad operativa; pág. 26- 29. Revista *"La Hamaca"*. Ed. Fundari; Cidse. 1992.

DESCRIPCION DE LA INSTITUCION

Considerando lo que anteriormente referíamos con respecto a la institucionalización, en donde las escasas instancias terapéuticas ubican a la persona en un lugar de repetidas conductas abandonicas y esta situación influirá en ella de acuerdo a las características individuales y a la existencia o no de espacios que posibiliten la escucha, la expresión y la contención; creemos importante realizar una breve descripción de la institución en la cual están inmersos los adolescentes que conforman el grupo de estudio, a fin de poder comprender el contexto institucional y su dinámica.

El Hospital Sub-Zonal Especializado "Dr. José Ingenieros" se encuentra ubicado geográficamente en la localidad de Melchor Romero, partido de la ciudad de La Plata, en las calles 161 y 514. El mismo depende del Gobierno de la provincia de Buenos Aires.

En cuanto a la construcción, el edificio cuenta con dos cuerpos de dos plantas cada uno; en el primero se observa en planta alta las dependencias administrativas y en planta baja los consultorios y/o oficinas de los diferentes servicios profesionales y técnicos. En el otro cuerpo, que se encuentra detrás

del primero, destinado a la convivencia de los pacientes, se encuentra en planta alta los dormitorios y en planta baja ropería, baños, cocina y comedor.

Los dos sectores se encuentran separados por un patio abierto intermedio, en el cual los jóvenes pasan la mayor parte del tiempo.

Tipo de institución.

La institución en la cual realizamos el trabajo de campo es de tipo psicopedagógico, perteneciendo al grupo de instituciones totales.

Goffman caracteriza a las mismas como que absorben parte del tiempo y los intereses de sus miembros, proporcionándoles un mundo propio (poseen tendencias absorbentes), presentan obstáculos para la interacción social con el exterior y generalmente tienen características materiales, como puertas cerradas, altos muros, largos pasillos, ubicación geográfica alejada de los centros urbanos y de difícil acceso. (1)

La finalidad de este tipo de instituciones es resguardar a la sociedad de las personas que le representan una "amenaza", estableciéndose desde los patrones de la cultura dominante y emergiendo por consiguiente como organismos ejecutores de control social. Estas personas permanecen a un

costado de la sociedad, compartiendo en el encierro una rutina diaria administrada formalmente. Esta reclusión constituye una forma de exclusión que lleva implícita una marginación social, obstaculizando, deteniendo y distorsionando los procesos constitutivos y de reconstrucción de la sociabilidad de la persona.(2)

Desde un discurso manifiesto, la práctica institucional tiene por objetivo la rehabilitación de la persona, sin embargo subyacente a este, aparece otro objetivo que se constituye en asilar a personas que representan algún tipo de problemática social. Así lo manifiesto y lo latente, lo que se dice y lo que se hace juegan roles importantes en el adentro y en el afuera de la institución; en donde la vida del paciente dentro de esta, pone de manifiesto que la función de rehabilitación se va cambiando hacia una función asilar de custodia.

De todo lo expuesto anteriormente, entendemos que dentro de este marco institucional se encuentran por un lado los pacientes y por el otro los trabajadores de salud, ambos insertos y determinados por las consecuencias de un sistema custodial con sus secuelas de desesperanzas, insercia general y falta de sentido en las tareas que realizan. Este sistema hospitalario convencional prioriza la custodia como objetivo mayor, administrando la vida del otro, el

manejo instituido del tiempo y de los espacios, facilitando así el aislamiento, ocultamiento y exclusión del sujeto.

Población

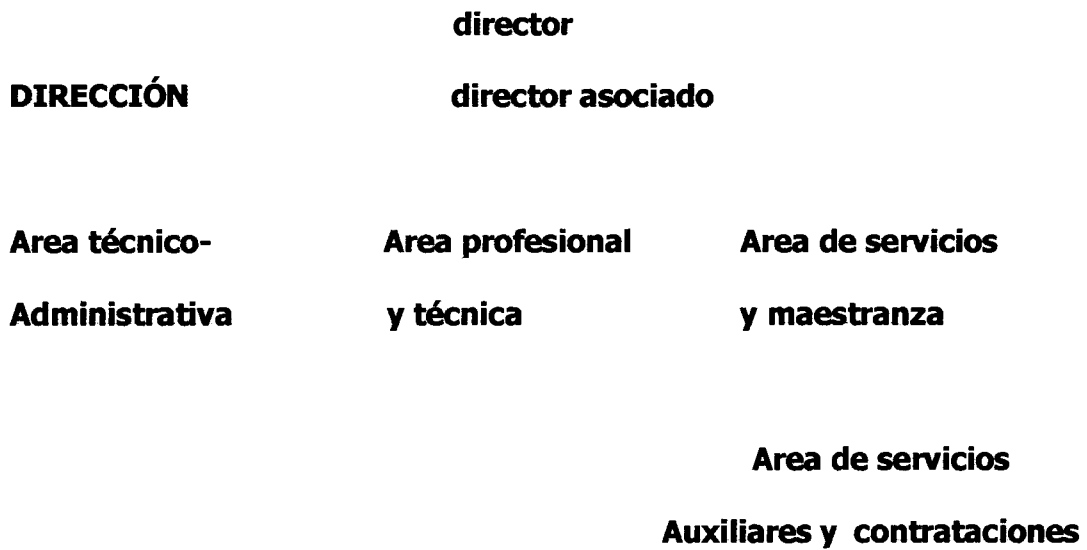
La población del hospital está compuesta por adolescentes entre 13 y 21 años con retraso mental en sus diferentes grados, la mayoría presentan patologías asociadas que van desde parálisis cerebral a psicosis.

El ingreso de los pacientes es por actuación Judicial, donde interviene los Tribunales de Menores de la provincia de Buenos Aires, siendo efectivizador de la internación el Departamento de Registro y Ubicación de Menores de la provincia de Buenos Aires.

Durante el período de internación, cada seis (6) meses, se elaboran informes desde las diferentes áreas, que son enviados al Tribunal de Menores; ésto se realiza hasta que el paciente cumple la mayoría de edad. Pasado los 21 años, es el Juez el que decide su derivación, la mayoría son internados en neuropsiquiátricos, como Alejandro Korn y Montes de Oca.

El denominador común entre estos pacientes es que han sido abandonados desde su primera infancia, siendo los mismos derivados de una institución a otra, dependiendo de los requisitos de cada una.

Organigrama de la institución



Recursos Humanos

Cada área está compuesta por:

Area profesional y técnica:

- 3 Psicólogos
- 4 Trabajadores sociales
- 1 Médico Clínico
- 1 Médico Psiquiatra
- 1 Médico Neurólogo
- 1 Fonoaudiólogo
- 1 Terapeuta Ocupacional

- 18 Acompañantes Terapéuticos
- 2 Docentes
- 7 Enfermeros
- 1 Profesor de Educación Física

Area técnico- administrativa:

- 2 Dependencia de personal
- 2 Dependencia de administración
- 2 Dependencia de secretaria

Area de servicios y maestranza:

- 2 Mayordomo
- 5 Mucamas
- 4 Ropería
- 1 Encargado de depósito
- 1 Encargado de mantenimiento
- 2 Empleadas de maestranza

Area de servicios auxiliares y contrataciones:

Los servicios de Cocina, Lavadero, Caldera y Vigilancia, como así también Construcción son efectuados por empresas privadas.

Los pacientes con retraso mental profundo no son incluidos en los diferentes tratamientos y/o talleres de la institución, siendo el personal de servicio y asistentes terapéuticos los que comparten el mayor tiempo con ellos.

BIBLIOGRAFIA

- ⇒ ESPÓSITO, N.; *Recrear lo cotidiano*; Trabajo presentado en el Hospital Sub- Zonal Especializado "Dr. José Ingenieros" de la ciudad de La Plata; 1997.
- ⇒ (1)(2) FARAONE, S.; Capítulo: Desmanicomialización: Notas para un debate sobre los procesos de transformación de las instituciones. *Margen*. Revista de Trabajo Social. Año II, nº3. 1993.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

ASPECTOS METODOLÓGICOS

DISEÑO

Teniendo en cuentas las variables a investigar y los objetivos planteados en este estudio, consideramos que ésta investigación es de tipo **cualitativo**, siendo su diseño **exploratorio, descriptivo y longitudinal**.

La investigación cualitativa de acuerdo a Yerxa (1991)... "en general, es descriptiva, utiliza un ámbito natural como fuente directa de datos, analiza el proceso y los resultados, estudia los datos de forma inductiva (de este modo se construye teoría desde la base hacia arriba) y tiene un interés esencial en el significado de la perspectiva de los participantes." ¹¹(1)

Los métodos de la investigación cualitativa más que comenzar con definiciones operacionales, aíslan y definen categorías durante el proceso de investigación. Como resultado tiene capacidad de captar complejidades y son

¹¹ DEITZ, J.; Investigación: Un proceso sistemático para responder a las preguntas; en Willard/ Spackman, *Terapia Ocupacional*; 8º edición; Editorial Médica Panamericana; capítulo 12; pág. 401-415; 1998.

útiles para estudiar el contenido, los patrones y el significado de las experiencias.

Con estas investigaciones, se identifica un área de interés y se formulan interrogantes amplios; cuando se procede a la recolección de los datos éstos interrogantes pueden cambiar o volverse más circunscriptos y los interrogantes de la investigación continúan desplegándose.

Estos tipos de investigaciones son particularmente útiles en los estadios exploratorios de indagación y también en situaciones en las cuales el interés es el estudio de personas en sus contextos ambientales. Como son contextualizadas, sus métodos son compatibles con los valores humanísticos de Terapia Ocupacional y su énfasis en el desempeño ocupacional.(2)

Como Kielhofner (1982) sostiene ..."existe una armonía especial entre los intereses de terapia ocupacional y el paradigma, y los métodos de la investigación cualitativa. Ambos se centran en las realidades de la vida diaria. Ambas aprecian las riquezas de las cosas cotidianas."¹²(3)

El diseño de este trabajo es exploratorio, ya que tiene por objetivo avanzar en el conocimiento de un tema ya estudiado como es el retraso mental

¹² DEITZ, J.; Investigación: Un proceso sistemático para responder a las preguntas; en Willard/ Spackman, *Terapia Ocupacional*; 8º edición; Editorial Médica Panamericana, capítulo 12; pág. 401-415; 1998.

profundo, pero pretendiendo alcanzar nuevos aspectos hasta ahora no considerados en otras investigaciones, como es la intervención de Terapia Ocupacional en estos pacientes, específicamente en el área psicomotriz. Se pretende explorar el comportamiento de la variable de una realidad determinada.

Es descriptivo porque fundamentalmente sus objetivos tienden a describir el perfil de las unidades de análisis, sus limitaciones, capacidades potenciales y necesidades, y los objetivos de tratamiento. Tiene como objetivo principal la descripción de fenómenos relevantes para la investigación. El investigador observa y registra la ocurrencia del fenómeno, se dirige a indagar sus dimensiones, la manera en que se manifiesta y los factores con los que se relaciona.

Es longitudinal, porque se realizará un seguimiento del comportamiento de las variables que se quieren estudiar, en un período de tiempo (3 meses).

UNIVERSO Y MUESTRA DE ESTUDIO

Población:

21 pacientes con retraso mental profundo, cuyas edades cronológicas oscilan entre 13 y 21 años, internados en el Hospital Sub- Zonal Especializado "Dr. José Ingenieros" de la localidad de Melchor Romero de la ciudad de La Plata.

Muestra:

Tres (3) adolescentes con retraso mental profundo, cuyas edades cronológicas oscilan entre los 18 y 21 años, aproximadamente, internados en el Hospital Sub- Zonal Especializado "Dr. José Ingenieros" de la localidad de Melchor Romero de la ciudad de La Plata.

METODO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

El procedimiento utilizado para la elección de la muestra es no probabilístico, intencional, de un total de la población de 21 pacientes.

Criterios de selección de la muestra:

Criterio de inclusión:

Se incluyen todos los pacientes:

- ⇒ Cuya edad cronológica esté comprendida entre los 18 y 21 años.
- ⇒ Con diagnóstico médico de retraso mental profundo.

- ⇒ Internados en el Hospital Sub-Zonal Especializado "Dr. José Ingenieros " de la localidad de Melchor Romero de la ciudad de La Plata.
- ⇒ De sexo masculino.
- ⇒ Que no reciben actualmente tratamiento desde el área de Terapia Ocupacional.

Criterios de exclusión:

Quedan excluidos los pacientes:

- ⇒ Cuya edad cronológica sea menor a los 18 años.
- ⇒ Que presenten alteraciones asociadas como:
 - alteraciones sensoriales: ceguera, sordera.
 - hemiplejías, paraplejías.

DEFINICIÓN Y DIMENSIONAMIENTO DE LAS VARIABLES

1.- *DESARROLLO PSICOMOTOR:*

Definición científica:

Es un proceso dinámico, de organización sucesiva de funciones neurológicas, psicológicas y sociales, en compleja interacción, cuyas

estructuras se modifican constantemente, transformando el ser humano, desde recién nacido incompleto e indefenso hasta la autonomía del individuo que va siendo progresivamente más independiente. La adquisición progresiva de logros se manifiesta en las áreas de conducta motriz, conducta adaptativa, conducta del lenguaje y conducta personal- social, permiten al individuo la adaptación al medio.

Definición operacional:

Es un proceso evolutivo global, que implica una serie de adquisiciones ordenadas y sucesivas, que representan cada una de ellas, un nivel de madurez progresivo, observable a través de las cuatro áreas de conducta.

La conducta **motriz**: explora los movimientos corporales globales y segmentarios adquiridos a partir de la organización y control del propio cuerpo y la orientación en el espacio en relación a uno mismo, a los otros y al mundo externo; siendo el equilibrio la base de toda coordinación dinámica general, como lo es el desplazamiento corporal, por ejemplo saltar, correr, trepar y lanzar, y ésta coordinación dinámica es de tipo manual cuando se establece por el movimiento de ambas manos.

La conducta **adaptativa**: incluye todas aquellas actuaciones que, sirviéndose de las experiencias pasadas se acomodan a las nuevas situaciones y le permiten al individuo desempeñarse en el mundo externo, en relación a los objetos, a los otros y a diferentes situaciones.

La conducta del **lenguaje**: abarca todos los medios que emplea el individuo para comunicarse con el ambiente, no solamente el lenguaje oral, sino también los gestos, movimientos corporales, posturas, expresiones faciales, imitación y comprensión de expresiones ajenas.

La conducta **personal-social**: comprende las reacciones personales del individuo frente al ambiente que lo rodea, frente a los otros, frente a diferentes hábitos.

2.- ADOLESCENTE CON RETRASO MENTAL PROFUNDO:

Definición científica:

Son aquellas personas cuya edad cronológica oscila entre 13 y 21 años, y presentan un funcionamiento intelectual general inferior al promedio, que se origina en el período de desarrollo y se asocia a un déficit de la conducta adaptativa.

La etiología del retraso mental profundo está relacionada con causas que pueden estar agrupadas en factores genéticos, factores toxicoinfecciosos en el curso de la gestación, en factores traumáticos en el curso del alumbramiento y en factores del medio neonatal.

Definición operacional:

Personas cuya edad cronológica se extiende desde los 13 a los 21 años, y presentan un coeficiente intelectual (C.I.) menor a 20, equivalente a una edad mental de 1 a 3 años.

Los aspectos morfológicos y funcionales que caracterizan a esta patología son: deformidades típicas como alteraciones en el macizo facial, en el perímetro cefálico, en el velo palatino, en su biomecánica en general (hemiplejías, paraplejías, cifoesciosis estructuradas, atrofas, etc.), deformidades viscerales, lesiones en el área del habla lo que pueden dar como resultado una no-estructuración del lenguaje hablado, alteraciones sensoriales de cualquiera de sus órganos sensitivos, etc., que dan al joven un aspecto a primera vista grotesco. Son pacientes que a simple vista tienen un cuerpo congelado, estático, con movimientos pobres, torpes generalizados y con frecuencia estereotipados, sin límites corporales, con

una forma de comunicación pre- verbal. Se observan también agresiones hacia otros o autoagresiones, llantos, gritos y sonidos desmedidos, exagerados, conductas evitativas ante situaciones, objetos o personas nuevas.

3.- INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL.

Definición científica:

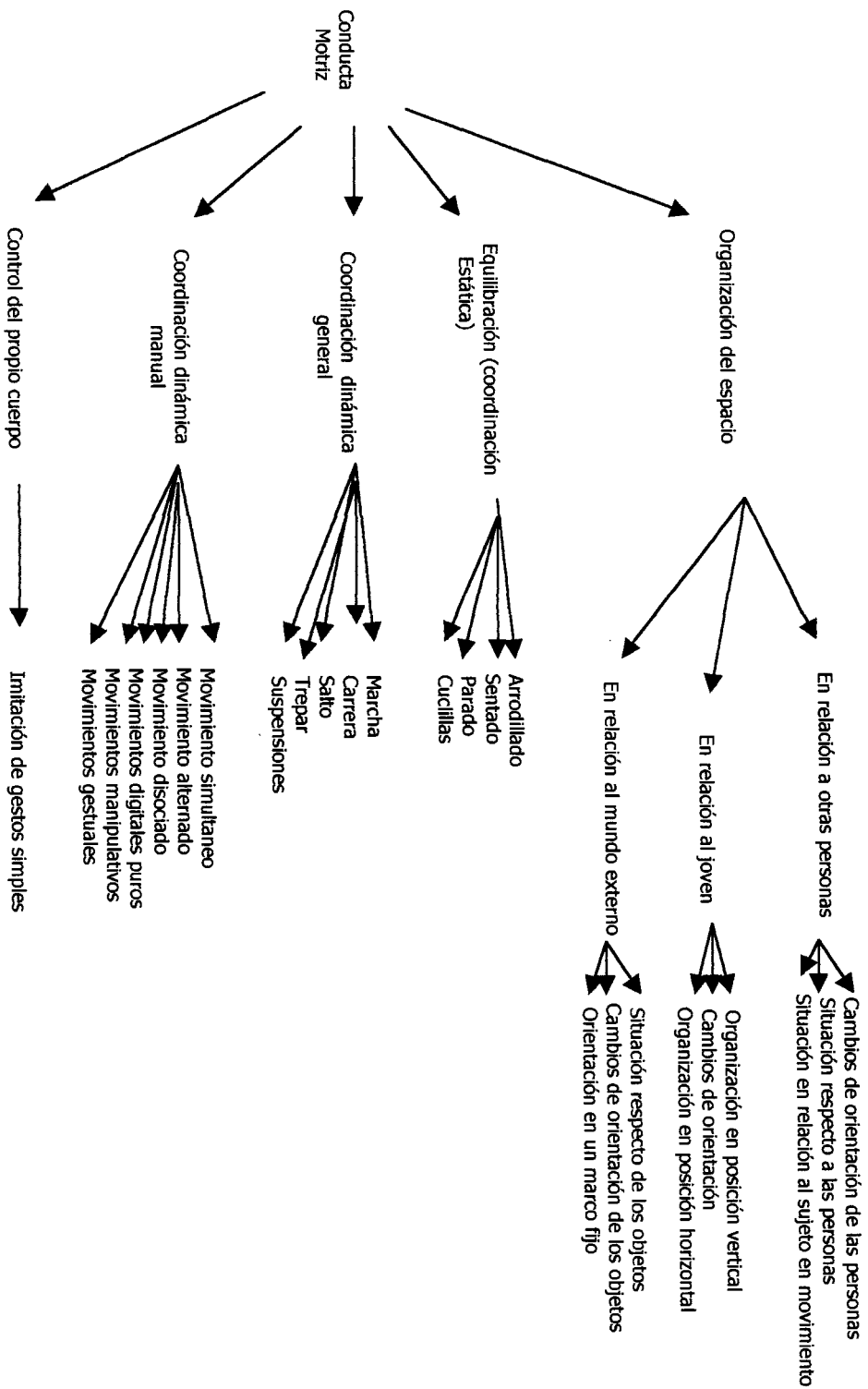
Es un proceso terapéutico compuesto por la observación, entrevista/s y evaluación con el fin de realizar una aproximación diagnóstica y a partir de ésta elaborar un plan de tratamiento para su posterior implementación. La intervención suele producirse dentro del contexto de un equipo interdisciplinario y en un medio o ambiente en el cual se identifican las expectativas de comportamiento o los principios del manejo del mismo.

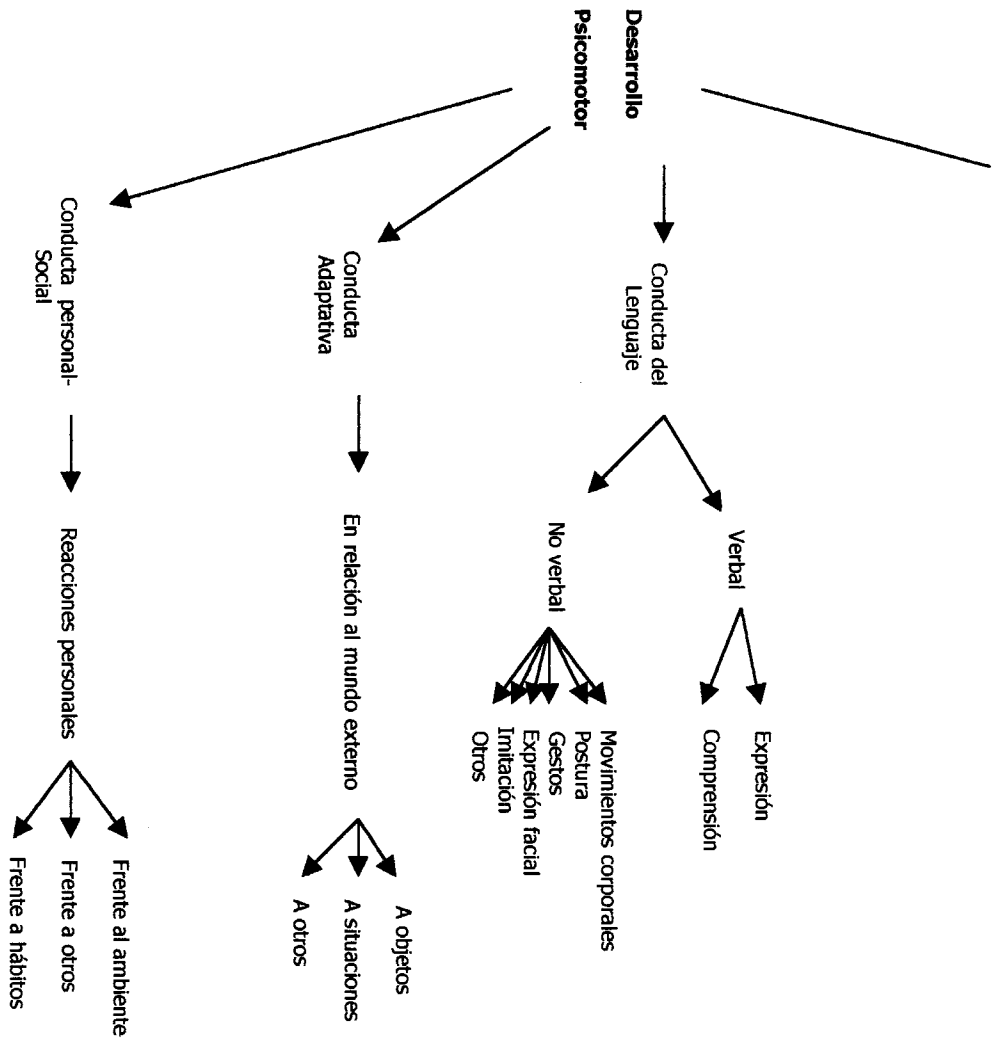
Definición operacional:

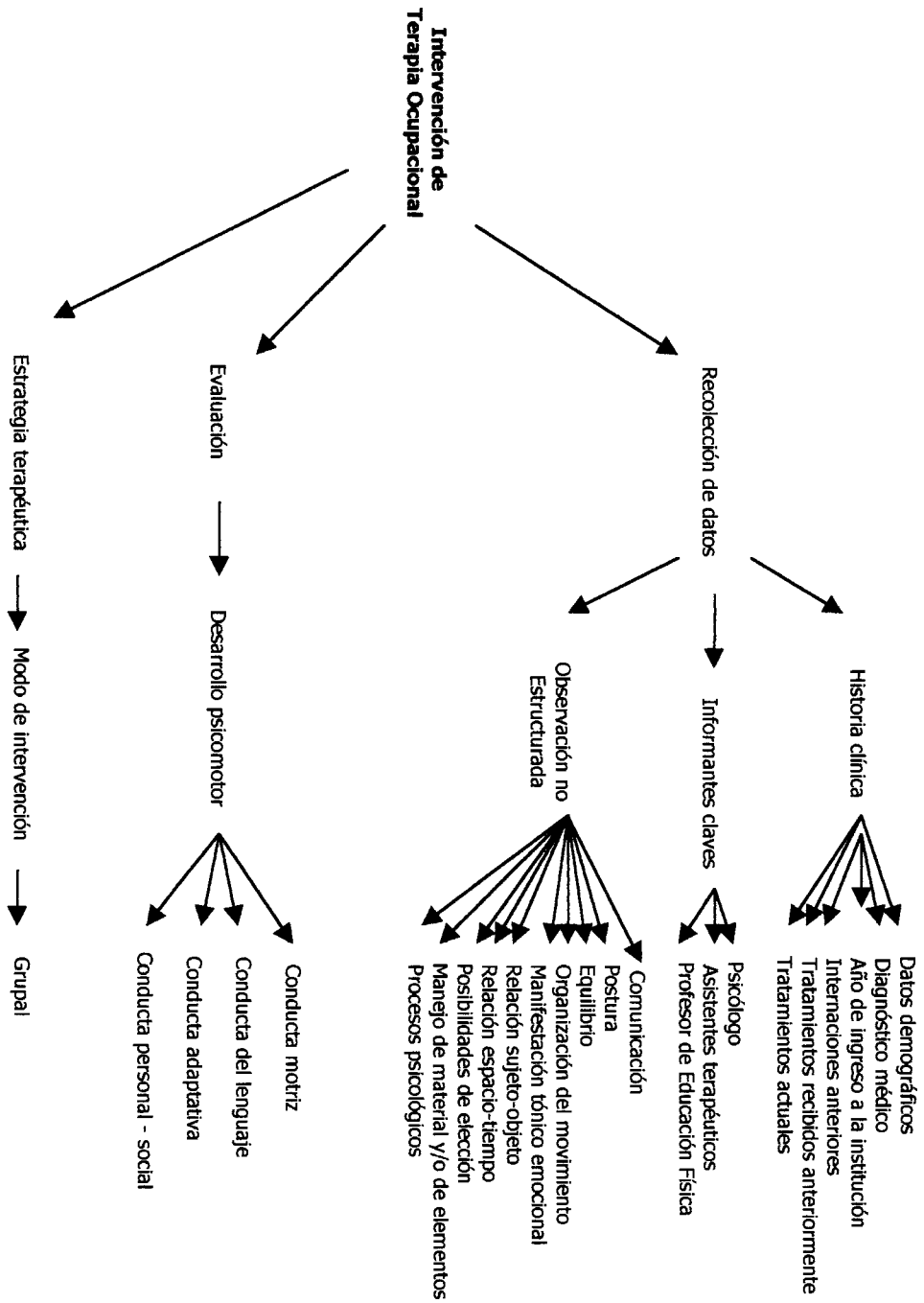
Abordaje terapéutico compuesto por la recolección de datos, a través de historias clínicas, observación no- estructurada, entrevistas a informantes claves, seguido por la evaluación del desarrollo psicomotor con el fin de realizar una aproximación diagnóstica y a partir de esto elaborar un

plan o estrategia terapéutica para su posterior implementación, siendo el modo de intervención grupal, teniendo en cuenta las individualidades de cada persona.

Dimensión de la variable







METODO

Como instancia previa a la implementación del plan de tratamiento, se realizó un período de observación, el mismo se llevó a cabo en un día del mes de febrero del 2003, en el cual se observó el aspecto general de cada uno de los adolescentes que conformaron la muestra en su desenvolvimiento diario dentro de dicha institución. Posteriormente se realizó una evaluación inicial del paciente, teniendo en cuenta los indicadores de la variable a investigar.

A partir de los datos recogidos en ambas técnicas, se planificó el tratamiento a seguir. El mismo fue implementado durante tres (3) meses (marzo- mayo del año 2003) con un (1) encuentro semanal. El tiempo de cada sesión osciló entre los veinticinco (25) y los cuarenta (40) minutos aproximadamente, dependiendo de la dinámica de las mismas.

Al inicio de cada sesión se le ofrecían los diferentes materiales, permitiendo la libre elección de objeto y una actividad espontánea con el mismo. A partir de esto, el Terapeuta Ocupacional intervenía guiando y respetando la necesidad y acción del joven, para así poder llevar a cabo los objetivos propuestos.

Al término de cada sesión se realizaron, notas observacionales para describir en forma objetiva los acontecimientos ocurridos en las mismas y, notas metodológicas en forma de recordatorios acerca de cómo deberían hacerse las siguientes observaciones o que se debería modificar en la próxima sesión.

Para poder corroborar la evolución del tratamiento se realizaron evaluaciones media y final, teniendo en cuenta los mismos ítems que para la evaluación inicial; éstas se realizaron dentro del período establecido para el tratamiento.

En cuanto al refuerzo que realizarían los asistentes terapéuticos durante el transcurso de la semana, propuesto en el inicio de nuestra investigación, no pudo llevarse a cabo, ya que los mismos fueron renovados y los ingresantes no conocían la técnica a implementar. Situación que no interfirió en el desarrollo del tratamiento, aunque quedándonos como inquietud si los resultados obtenidos hubieran sido más favorables si se hubiese trabajado en forma conjunta con éstos.

TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS

El trabajo de campo comenzó con la recopilación documental, consultando historias clínicas del total de la población de los adolescentes con retraso mental profundo institucionalizados en el Hospital Sub-Zonal Especializado "Dr. José Ingenieros" de la localidad de Melchor Romero de la ciudad de La Plata.

Los datos de interés fueron: datos demográficos: nombre y apellido, edad, sexo, lugar de procedencia, estado civil, nacionalidad. Diagnóstico médico, año de ingreso a la institución, internaciones anteriores, tratamientos recibidos anteriormente y tratamientos actuales.

Paralelamente a esto, se realizaron entrevistas semiestructuradas dirigida a los informantes claves (profesionales del equipo interdisciplinario, asistentes terapéuticos). Las mismas fueron entregadas personalmente por una de las tesistas, explicándoles el objetivo de dicho instrumento y otorgándoles un plazo de devolución no mayor a los cinco (5) días posteriores a la entrega. El registro de la información se realizó en forma escrita y anónima. El objetivo de ésta fue conocer la forma en que el entrevistado caracterizaba al adolescente con

retraso mental profundo, que técnicas de tratamiento había implementado con los mismos y acerca del conocimiento sobre el abordaje desde Terapia Ocupacional.

Teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión se efectuó la selección de la muestra, quedando conformada por tres (3) adolescentes. Cada uno pertenecía a grupos diferentes, no habiendo interactuado entre ellos.

La instancia siguiente fue la observación no estructurada a fin de observar y registrar el desarrollo psicomotor y el hacer cotidiano de estos adolescente en su medio natural. La misma comenzó con un período de observación realizado por una de las tesisistas un día del mes de febrero del 2003, teniendo en cuenta el aspecto general del adolescente. Para dicho fin se utilizó como medio el documento audiovisual (filmación), que fue analizado posteriormente por la directora e integrantes de esta investigación.

Se continuó con la evaluación inicial realizada un día del mes de febrero del 2003, teniendo en cuenta los indicadores de la variable a investigar.

A partir de los datos registrados en estas dos instancias se planificó el tratamiento. El mismo fue implementado durante los meses de Marzo, Abril y Mayo del corriente año, por una de las tesisistas cumpliendo el rol de observador participante y por un asistente terapéutico quién realizó la filmación,

desempeñando el mismo rol. Durante este período se realizaron las evaluaciones media y final con el fin de corroborar la evolución del tratamiento, para las cuales se tuvieron en cuenta los mismos ítems que para la evaluación inicial.

El método utilizado para el registro y análisis de los datos en las evaluaciones y el tratamiento fue el mismo que se utilizó en el período de observación, donde las restantes tesis cumplieron el rol de observadores no participantes.

Consideramos que el documento audiovisual utilizado como método para la observación no estructurada no interfirió en el desenvolvimiento de los adolescentes durante el transcurso del tratamiento, debido a que la filmación fue realizada por el asistente terapéutico (profesor de educación física), persona conocida por ellos, ya que es el único que implementa actividades con estos adolescentes. Esta elección no fue realizada intencionalmente, sino que fue casual.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

La orientación cualitativa de investigación persigue entender los fragmentos de la realidad, tal y como la construye y da significación la propia persona, enmarcándolos de una manera global y contextualizada.

La fase de análisis en una investigación supone identificar los elementos que configuran la realidad estudiada, describir las relaciones entre ellos y sintetizar el conocimiento resultante o, como escribe Rodríguez Gómez (1996), analizar es un conjunto de manipulaciones, transformaciones, operaciones reflexiones, comprobaciones que realizamos sobre los datos con el fin de extraer el significado relevante con relación a un problema de investigación.

La interpretación de los datos fue realizada a través del análisis de contenido el cual se refiere a " una técnica de investigación para la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de comunicación"¹³. Asumiendo a menudo la transparencia del lenguaje, qué han dicho o hecho las personas habitualmente en función de categorías previas y relacionadas con elementos del marco conceptual previo.

¹³ POLIT, D. Y HUNGLER, B; *Investigación científica en ciencias de la salud*; parte V, cap. 23, pág. 513; 4ª edición; Nueva Editorial Interamericana; 1994.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA PRODUCCIÓN DE LOS DATOS.

NOTAS DE OBSERVACIÓN Y NOTAS TEÓRICAS DEL TRATAMIENTO IMPLEMENTADO:

- exploración del material: *durante el transcurso del tratamiento se observa que los tres adolescentes exploran (sacudiendo, golpeando, tirando, arrastrando, etc.) las distintas posibilidades que el objeto le ofrece. En un comienzo la misma produce placer, sin observarse ninguna conducta más evolucionada. Luego en sesiones posteriores se observan conductas más maduras ya que la exploración presenta un sentido, la misma se realiza a través del tacto, y sólo uno de ellos utiliza el olfato y la audición.*

De los tres adolescentes sólo dos pueden explorar tanto objetos conocidos (pelotas, aros, sogas, etc.) como desconocidos (juegos de encastre, túnel, maracas, juegos de arrastre, tubos de goma, etc.) por ellos.

- exploración y organización del espacio: *en un principio se observa una exploración del espacio físico (gimnasio) y espacio total mediante desplazamientos (carrera y marcha) con y sin objetos; por ejemplo, recorren*

el mismo picando la pelota, haciendo rodar el aro, golpeando los diferentes materiales o simplemente caminando.

Hacia la mitad del tratamiento exploran el espacio parcial, pudiendo caminar entre aros dispuestos en hilera, saltar con dos pies sin impulso en niveles bajos, subir y bajar tarima, etc.).

A partir de las diferentes exploraciones, se observa una adecuada organización del espacio en relación a sí mismo, a otras personas y al mundo externo.

El mundo exterior ofrece múltiples estímulos, exigiendo una adaptación a los mismos, dándose una actividad perceptiva-motora de exploración, activando el tono muscular, modificando la postura y el movimiento, despertando curiosidad, interés, ansiedad y temor a lo desconocido. Estas conductas exploratorias le van a permitir conocer y aprehender las características del mundo externo, internalizarlas y operar con ellas.

Es a través del contacto con el adulto, lo que denominaremos función de apego, que el joven podrá descender el nivel de ansiedad, el tono muscular y la actividad, por lo cual la calidad de la interacción con el medio se modificará.

- **equilibración:** *se observan que adoptan las posturas de parado, arrodillado y sentado adecuadamente y realizan cambios de una posición a otra sin dificultad. De los tres jóvenes sólo dos logran el cuclillas sin dificultad.*

Al final del tratamiento los tres adolescentes logran adecuar la postura a la actividad.

- **coordinación dinámica general:** *si bien se observan los desplazamientos de marcha y carrera, estos no son adecuados.*

En uno de los adolescentes se observan movimientos corporales torpes y rígidos durante los mismos; éstos se modifican viéndose hacia la mitad del tratamiento un cuerpo más relajado y movimientos más armoniosos. Se observa también el salto espontáneo cuando se desplaza recorriendo el espacio, pero cuando este es propuesto para una actividad, como por ejemplo saltar de la tarima con los dos pies juntos no lo realiza. Logra trepar adecuadamente e intenta suspenderse.

En otro de los adolescentes, se observan movimientos más armónicos en la marcha y la carrera, aunque éstas siguen siendo inadecuadas.

- **coordinación dinámica manual:** se observa desde el comienzo que realizan movimientos simultáneos (lanzar la pelota, levantar cubos del suelo, hacer rodar cilindro, etc.).

Hacia la mitad del tratamiento, se observan movimientos alternados (al golpear los flota- flota contra el suelo, al caminar en cuatro patas). Sólo en dos de los adolescentes, se observan movimientos manipulativos cuando realizan los juegos de encastre y exploran los diferentes objetos pequeños presentados; también realizan movimientos gestuales, al saludar, al palmear a sus pares y T.O. en forma de rechazo.

Hacia el final del tratamiento, estos mismos adolescentes logran movimientos disociados(con una mano sostiene la torre y con la otra levanta el cubo, en una mano lleva la pelota y con la otra hace rodar el aro, sostiene botella con una y desenrosca con la otra).

No se observan a lo largo del tratamiento movimientos digitales puros en ninguno de los adolescentes.

La adaptación a las condiciones del medio y a los cambios internos producen modificaciones del tono muscular, de la postura y de los movimientos.

“El equilibrio tónico postural es en todos los casos el resultado de las interacciones vividas por el sujeto y esta organización actual de la actividad tónico postural sostiene el conjunto de las comunicaciones ser-mundo. Este equilibrio corporal constituye en sí mismo un comportamiento y este comportamiento interiorizado condiciona todas las conductas, todas las comunicaciones con el medio y su calidad”¹⁴.

El equilibrio es el resultado de las fuerzas que operan entre el sujeto y el medio, es en esta dialéctica donde se expresa la calidad de la presencia del sujeto en el mundo; de su “ser en el mundo”.

*- **lenguaje:** En cuanto al lenguaje verbal, se observa una buena comprensión de consignas verbales tanto sencilla como complejas. Uno de los adolescentes al final de tratamiento muestra comprensión también de consignas no-verbales, mediante gestos.*

De los tres adolescentes, sólo uno emite monosílabos (“luz” y “Edu”).

La comunicación no-verbal se realiza en todos mediante movimientos corporales, postura y expresión facial, algunos también utilizan gestos.

¹⁴ CHOKLER, M. *Los organizadores del desarrollo psicomotor. Del mecanicismo a la psicomotricidad operativa*; pág. 102; Ediciones Cinco; 1988.

A partir del diálogo tónico y cinético el niño y el adulto ensayan, perfeccionan y aprenden instrumentos para emitir señales, que influirán en los acontecimientos que les conciernen para indicar de manera comprensibles las intenciones mutuas.

Si el adulto no permite que el niño tenga registro de su necesidad y de los objetos que la satisfacen, éste no podrá vincularlos, desearlos ni pensarlos. Entonces si no hay registro tampoco hay emergencia de señal, no aparece el gesto y por lo tanto no se ejercitara su ajuste. Se va convirtiendo en un receptor pasivo sin posibilidad de desarrollar ni perfeccionar señales mas elaboradas.

*- **conducta personal-social:** en un principio, cada uno de ellos se limita a recorrer y explorar el espacio así como también los materiales, sin observarse interacción entre ellos ni con el T.O.; siendo sólo uno de ellos el que permite y busca el contacto con éste.*

Al transcurrir el tratamiento e ir limitando el espacio a partir de la actividad, se observa que cada uno puede mantener su lugar en el grupo; sin darse la interacción pero permitiendo un mayor acercamiento.

En dos de los adolescentes, se observa que durante el tratamiento fueron permitiendo gradualmente un acercamiento corporal en forma individual con el T.O.. En el otro joven que, desde un principio busca este acercamiento, luego se observa retraimiento y aislamiento en sesiones donde el T.O. no responde a la demanda de permanecer a su lado durante todo el desarrollo de la misma.

A partir de este acercamiento, se logra un contacto corporal que va desde dar la mano al inicio de la sesión, permitir pequeños contactos y saludar con un beso, hasta compartir un juego corporal.

Desde el comienzo hacia la mitad del tratamiento, el mismo adolescente que busca el contacto con el T.O., muestra una marcada resistencia a abandonar las sesiones.

Ante determinadas actividades se observa en los adolescentes gratificación y placer, manifestándose a través de la sonrisa, sonidos y gestos.

En esta práctica psicomotriz se da un encuentro entre personas, en el cual el movimiento y la comunicación corporal se destaca por sobre las demás formas de relación. Es en esta relación en donde la acción del adulto no es independiente del comportamiento del niño, sino que se influyen mutuamente a través de una irradiación tónico emocional.

Es decir el adulto y el niño adjudican significaciones a las señales corporales emitidas por el otro. Si son correctas provocan la respuesta esperada; dándose una ratificación y reforzamiento del placer de haberse comprendido.

Ajuriaguerra denomina a esta interacción corporal diálogo tónico como función primitiva y permanente de comunicación.

La modificación de las reacciones tónico-emocionales y dinámicas dependen de la presencia o ausencia de otro que posibilite la descarga de fantasías, tensiones percibiendo las necesidades y respondiendo a ellas tratándose así de una verdadera comunicación.

-conducta adaptativa: *se observan cambios en cuanto al momento de inicio de las sesiones, en donde el terapeuta comienza saludando a cada uno de los adolescentes, y en un principio éstos no responden al mismo, observándose hacia el final del tratamiento respuestas mediante gestos, como por ejemplo saludar con un beso, con la mano y responder a la mirada del terapeuta. Además se registraron instancias en cuanto a las transferencias de una actividad a otra, como por ejemplo uno de los adolescentes pudo interactuar con uno de sus pares alcanzándole el rodillo de goma espuma haciéndolo rodar,*

actividad que la había resuelto en sesiones anteriores en forma individual y espontánea con diferentes objetos.

Consideramos que esta conducta incluye todas aquellas actuaciones que sirviéndose de las experiencias pasadas se acomodan a las nuevas situaciones y les permite al individuo desempeñarse en el mundo externo, con relación a los objetos, a los otros y a diferentes situaciones.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS DE LAS ENTREVISTAS A INFORMANTES CLAVES:

Consideramos que a la persona con retraso mental profundo sus limitaciones no la discapacitan, sino que la discapacidad está dada por la presencia o ausencia de otro y en la medida en que este otro no posibilite la construcción de nuevos vínculos para ayudar a la persona con retraso mental a reconstruir y asumir su propia historia.

Entendemos a la persona con retraso mental profundo como un sujeto portador de un hacer, con posibilidades y derechos que debemos respetar más allá de su diagnóstico.

A partir de una de las técnicas utilizadas (entrevistas no estructuradas) para la recolección de datos en nuestra investigación, se infiere que la mayoría de los entrevistados (profesionales, asistentes terapéuticos) rotulan al adolescente con retraso mental profundo colocándolos en un lugar de sujetos pasivos y dependientes, incapaces de realizar cualquier actividad.

"... necesitan de un otro que los asista, ya que llevan una vida totalmente dependiente, necesitando asistencia permanente, para el cuidado de sí mismo, autocontrol, seguridad, higiene, alimentación..."
(Entrevista nº1)

"... no puede razonar, alimentarse por sus propios medios, higienizarse y que en gran parte es dependiente..."(Entrevista nº4)

"... son dependientes en todo como por ejemplo: vestimenta, higiene y alimentación. Se los tiene que estimular para que realicen alguna actividad. No hablan, no se integran con un grupo..." (Entrevista nº9)

"... necesitan ayuda para alimentarse y vestirse. No pueden valerse por sí mismos. No tienen consciencia de los peligros materiales más comunes. Deben llevar una vida totalmente protegida..." (Entrevista nº11)

"... no posee autovalimiento, incapaz de comunicarse y responder órdenes por más simple que estas sean..."(Entrevista nº13)

"... escaso autovalimiento. Requiere atención continua en actividades de la vida cotidiana..." (Entrevista nº14)

"... hay que darles de comer en la boca..." (Entrevista nº16)

Podemos pensar que consideran al retraso mental desde la rotulación, o discriminación o por consecuencia de estar inmersos en el sistema hospitalario al que hicimos referencia en donde el asistencialismo del adulto anula la acción del joven relegándolo a un rol pasivo y dependiente.

Sólo uno de los entrevistados caracteriza al retraso mental profundo acercándose al concepto que hacemos referencia en el marco teórico; entendiendo al sujeto desde todas sus facetas, no sólo desde lo intelectual sino comprendiendo que su comportamiento es el resultado de la organización de su mundo interno y forma de expresarlo en el mundo externo.

"... Se toman en cuenta áreas de funcionamiento de importancia como el lenguaje, relaciones interpersonales, autovalimiento, etc. y según se cumpla determinados criterios. Aunque más allá de ello, SÉ

PRIORIZA la subjetividad de caso por sobre cualquier diagnóstico presuntivo, con la indicación particular y el cuidado especial correspondiente...(Entrevista nº2)

No debe considerarse al retraso mental como forma estática para encasillar un déficit sino que hay que tener en cuenta la complejidad de los factores que intervienen, para comprender y aprehender la personalidad del sujeto con retraso mental, puesto que cada individuo tiene características propias y ambientales que le son particulares.

En las diferentes entrevistas se ve reflejado lo que hacíamos referencia en la introducción con respecto a que los profesionales de esta institución no incluyen dentro de sus programas y/o tratamientos a este tipo de población, siendo el área de Educación Física el único que les ofrece un espacio de escucha, expresión y contención.

"... más que nada cuestiones que tengan que ver con la cotidianeidad del paciente en este tipo de institución. Lo aconsejable son los cuidados personalizados, imposibles de realizar por la relación que existe entre la cantidad de población ha asistir y el número de asistentes..." (Entrevista nº2)

"... en lo personal no apliqué tratamiento..." (Entrevista nº10)

"... no he trabajado directamente en este tipo de actividades..."

(Entrevista nº11)

"... no apliqué ni realice ningún taller, por lo tanto no pude observar resultados..." (Entrevista nº15)

**"... en lo personal nunca trabajé con este tipo de jóvenes (...)
pero pude observar es que los resultados fueron mínimos y que el
trabajo realizado había sido muy extenso..."** (Entrevista nº4)

**"...si, hacen educación física, hábitos básicos de alimentación,
de higiene y vestimenta..."**(Entrevista nº16)

**"...los abordajes que conozco están relacionados a favorecer
su alimentación, la higiene y la medicación adecuada..."** (Entrevista
nº13)

**"... se implementan actividades que utilizan el juego y actividades
físicas que ponen en movimiento el cuerpo y los sacan de una inercia
pronunciada..."**(Entrevista nº11)

**"... actualmente se desarrolla dentro del área de educación física
un programa de estimulación con resultados favorables..."**(Entrevista
nº10)

Las instituciones totales se caracterizan como aquellas donde un grupo de personas al cual van dirigidas no tienen posibilidad de elegir su propia forma de vida y donde su rutina diaria está administrada formalmente. Dentro de este marco institucional se encuentran también los trabajadores de salud, insertos y determinados por un sistema custodial y sus consecuencias: desesperanza, inercia general y falta de sentido en las tareas que realizan.

En cuanto al conocimiento sobre el abordaje desde Terapia Ocupacional sólo el profesional del área de Educación Física refiere tener conocimientos de esta modalidad y haber realizado conjuntamente un abordaje con éste área.

"... conozco el abordaje que se hace desde Terapia Ocupacional por que siempre trabajé con esta área. Se observan cambios positivos en la calidad del hacer, mejorando la calidad de vida de los pacientes (...) se trata de optimizar las actividades de la vida diaria, tratando de evitar el asistencialismo..."(Entrevista nº3)

BIBLIOGRAFIA

- ⇒ (1)(2)(3) HOPKINS, H.; SMITH, H; WILLARD/ SPACKMAN; Terapia Ocupacional; Editorial Médica Panamericana; 8ª edición; España; 1998.
- ⇒ POLIT, D.; HUNGLER, B.; Investigación Científica en Ciencias de la Salud; Nueva Editorial Interamericana; 4º edición; 1994.
- ⇒ CHOKLER, M.; Los organizadores del desarrollo psicomotor. Del mecanicismo a la psicomotricidad operativa; Ediciones Cinco; Bs. As. ; 1988.

CONCLUSIÓN

CONCLUSION

La exploración realizada en esta investigación nos conduce a conclusiones que muestran qué significado tiene la intervención de Terapia Ocupacional en el desarrollo psicomotor en adolescentes con retraso mental profundo institucionalizados en el Hospital Sub-zonal Especializado "Dr. José Ingenieros" de la localidad de Melchor Romero de la ciudad de La Plata.

Estas conclusiones nos permiten inferir en la importancia de crear espacios que no sólo pertenezcan al tratamiento, como los que se brindan desde Terapia Ocupacional, sino también espacios en donde este adolescente interactúe con todos los contextos en los que se desenvuelva; es decir en su entorno total, que en este caso particular se limita a la Institución y sus actores.

Consideramos que la intervención multidisciplinaria facilitaría un adecuado desarrollo psicomotor. Este desarrollo durante un período de observación se identificó con características similares en todos los adolescentes, éstas se manifestaron como pobreza en las respuestas motoras, del lenguaje y por lo tanto en su conducta adaptativa. Situación que luego de aplicar y analizar el tratamiento de Terapia Ocupacional se presentó con cambios significativos:

Al comienzo del tratamiento los tres adolescentes exploraban el material produciéndoles placer, sin registrarse conductas más evolucionadas. Estas últimas se observaron en sesiones posteriores en donde la exploración ya presentaba un sentido, utilizándose para la misma el tacto, el olfato y la audición. A partir de las diferentes exploraciones se observó una adecuada organización del espacio en relación a sí mismo, a otras personas y al mundo externo.

Los tres adolescentes adoptaron adecuadamente las posturas de parado, sentado y arrodillado, pudiendo realizar cambios de una posición a otra sin dificultad. Los movimientos corporales en uno de los jóvenes, en un primer momento, fueron torpes y rígidos; modificándose hacia la mitad del tratamiento en movimientos más armoniosos y un cuerpo más relajado.

En cuanto a la coordinación dinámica manual manifestaron una marcada evolución, desde movimientos simultáneos en un comienzo; movimientos alternados y manipulativos en la mitad del tratamiento y movimientos disociados al final del mismo.

Durante el tratamiento dos de los adolescentes fueron permitiendo gradualmente un acercamiento corporal con el Terapeuta Ocupacional y sus pares y a partir del mismo se logró un contacto corporal que fue desde dar la

mano, permitir pequeños contactos y saludar con un beso, hasta compartir un juego corporal.

Antes determinadas actividades se observó en los adolescentes gratificación y placer, manifestándose a través de la sonrisa, sonidos y gestos, siendo ésta su forma de comunicación.

A partir de los diferentes estímulos que les ofreció el mundo externo, se activaron las distintas conductas exploratorias, permitiéndoles conocer y adaptarse a los mismos. Es a través del contacto con el adulto en donde el joven pudo modificar la calidad de la interacción con el medio y los otros, descendiendo el nivel de ansiedad, la curiosidad, el tono muscular, la postura y el movimiento.

Todo esto nos lleva a afirmar la importancia de la intervención de Terapia Ocupacional, ya que a partir de la misma se observó que los tres adolescentes exteriorizaron una adaptación al medio modificando la calidad de la actividad perceptivo-motora, el tono muscular, el ritmo y la organización del movimiento, logrando adoptar las diferentes posturas a la actividad. Estas conductas les permitieron conectarse, conocer y aprehender las características del medio a medida que encontraban la presencia del adulto, en estos casos con el terapeuta, quien les brindó la posibilidad de expresar un hacer corporal

dándose así una verdadera comunicación. De este modo se logró un verdadero clima en donde se pudo sentir, aceptar, rechazar y crear; y en donde cada gesto, cada postura y cada movimiento adquirieron sentido.

Estos resultados nos llevaron a reflexionar sobre la posibilidad de modificar el "pensamiento único" que se tiene acerca del comportamiento y el lugar que ocupa el adolescente con retraso mental profundo institucionalizado.

Creemos que este pensamiento único se expresa claramente con los ejemplos de las entrevistas que nos permitieron verificar que, la mayoría de los actores institucionales, desde las categorías, los conceptos, las palabras y los significados que utilizan, describen e interpretan la realidad en la que estos adolescentes transitan. Realidad que a nuestro parecer tiende a inmovilizar a este entorno, interfiriendo en su "acción" y su "hacer", no dando la oportunidad de construir nuevos vínculos.

Nuestra afirmación queda comprobada con los cambios que se evaluaron en estos jóvenes. Situación que nos confirma la necesidad de brindar espacios de escucha, expresión y contención, donde pueda explorar sus capacidades a partir de múltiples experiencias, partiendo de sus propios deseos e intereses, ya que su comportamiento no es un "estado" sino un resultado de su particular y propia organización.

Esto nos permite pensar en la importancia de ser significativo para "otro"; otro que con su presencia posibilite la construcción de nuevos vínculos que permitan a estos jóvenes reconstruir su historia.

Los resultados de esta investigación superaron las expectativas, dado que nos permitieron pensar algunos interrogantes que pueden abrir camino a futuras investigaciones para profundizar acerca del tema:

¿Cómo se beneficiaría la calidad de vida de estos adolescentes si la totalidad de los actores de la institución interactuaran con ellos en todos los contextos de la Institución?

¿De que manera incide el tipo de contexto institucional en el desempeño del rol de los profesionales y asistentes terapéuticos con los adolescentes con retraso mental profundo?

Podemos reflexionar que los resultados de nuestra investigación hubieran sido más favorables si el tiempo estipulado para el tratamiento hubiese sido más prolongado y a la vez reforzado por la intervención de los asistentes terapéuticos como se había programado.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

BIBLIOGRAFIA GENERAL

- ⇒ ABERASTURY, A.; Teoría y técnica del psicoanálisis del niño; Ediciones Paidós; Bs. As. ; 1996.
- ⇒ ABERASTURY, A.; El niño y sus juegos; Editorial Paidós; Bs. As. ; 1984.
- ⇒ AJURIAGUERRA, J.; Manual de psiquiatría infantil; Editorial Masson; 4º edición.
- ⇒ ANDER-EGG, E.; Introducción a las técnicas de Investigación Social; Editorial Humanitas; Bs. As. ; 1962.
- ⇒ ANGELI, E.; ORTIZ de ROSAS, R.; QUIROGA, Y.; Aportes desde la T.O respecto de la expresión de la autonomía de las personas vulnerables, desde una perspectiva bioética; Tesis de grado. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. U.N.M.d.P.. Mayo 2002.
- ⇒ ANTÓN, E.; NUÑEZ, C.; Tratamiento de Terapia Ocupacional en Demencia. Tesis de grado. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. U.N.M.d.P..1996.
- ⇒ AUCOUTURIER, B.; LAPIERRE, A.; La educación psicomotriz como terapia: "Bruno"; Editorial Científico- Médica; Madrid; 1977.

- ⇒ BENINCASA, G.; Artículo: Del cuerpo al símbolo. Transformación para la búsqueda de la unidad; *"Entre líneas"*, Revista especializada en psicomotricidad; Nº2; Barcelona; 1997.
- ⇒ BENINCASA, G.; Artículo: Encuentros y desencuentros entre la psicomotricidad y psicoanálisis; *Entrevista a Aucouturier, B.*; *"Entre líneas"*, Revista especializada en psicomotricidad; Nº2; Barcelona; 1997.
- ⇒ BUSTOS, G.; *Repensarse*; Trabajo presentado en Ateneo de Práctica Clínica; Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. U.N.M.d.P.. Año 2002.
- ⇒ CANALES, ALVARADO Y OTROS; *Metodología de la Investigación*; Manual para el Desarrollo del Personal de Salud; O.P.S; 1989.
- ⇒ CHOKLER, M.; Artículo: Psicomotricidad operativa. Revista *"La Hamaca"*. Ed. Fundari; Cidse. 1992.
- ⇒ CHOKLER, M.; *Los organizadores del desarrollo psicomotor. Del mecanicismo a la psicomotricidad operativa*; Ediciones Cinco; Bs. As. ; 1988.
- ⇒ CLAVERO, L.; GARCIA, Ma. P.; OILLATAGUERRE, Ma. S.; *Objetivos de tratamiento de Terapia Ocupacional para favorecer la Integración al Sistema Educativo Ordinario de Niños con Discapacidad Motora y Coeficiente Intelectual Normal*. Tesis de Grado. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. U.N.M.d.P.. 1995.

- ⇒ COSTALLAT, D.; *Psicomotricidad. La coordinación visomotora y dinámica manual de niño infradotado*; Editorial Losada, S.A.; Bs. As. ; 4 edición aumentada; 1977.
- ⇒ DESTUET, S.; *Terapia Ocupacional: Encuentros y marcas*; Serie Autores 1; C.O.L.T.O.A.; Grupo Editor; 1999.
- ⇒ DIORIO, M.; VALOTTO, J.; *Desarrollo psicomotor en niños nacidos de pretérmino con bajo peso entre 2 y 5 años de edad*. Tesis de grado. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. U.N.M.d.P.. 2002.
- ⇒ D.S.M.-IV.; *Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*; Barcelona.
- ⇒ DURAND, P.; *En un caso con Síndrome X-Frágil. Beneficios en la aplicación de musicoterapia*. Tesis de grado; Universidad del Salvador; Bs. As. ; Año 2002.
- ⇒ ECHEVERRÍA, H.; PAIN, S.; *Psicopedagogía operativa. Tratamiento educativo de la deficiencia mental*; Editorial Nueva Visión; Bs. As. ; Edición Nº9; Marzo 1997.
- ⇒ Enciclopedia de la psicología océano; *Trastornos del desarrollo*; Tomo 2; Ediciones Océano, S.A.; Barcelona.
- ⇒ EY, H.; *Tratado de Psiquiatría*; Editorial Masson; 8º edición; 1992.

- ⇒ ESPÓSITO, N.; Recrear lo cotidiano; Trabajo presentado en el Hospital Sub-Zonal Especializado "Dr. José Ingenieros" de la ciudad de La Plata; 1997.
- ⇒ FARAONE, S.; Capítulo: Desmanicomialización: Notas para un debate sobre los procesos de transformación de las instituciones. Margen. Revista de Trabajo Social. Año II, nº3. 1993.
- ⇒ FLORENTINO, A.; FRITZ, M.; Concepciones de Demencia en Terapia Ocupacional. Tesis de grado. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. U.N.M.d.P.; 1998.
- ⇒ GARCIA CEIN; PATRIZZI, A.; VEYRA, M.E; Prevención en Salud Mental desde Terapia Ocupacional. Tesis de grado. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. U.N.M.d.P.; 1991.
- ⇒ HOPKINS, H; SMITH, H; WILLARD/ SPACKMAN; Terapia Ocupacional; Editorial Médica Panamericana; España; 8º edición; 1998.
- ⇒ KNOBEL, M.; Psiquiatría Infantil Psicodinámica; Editorial Paidós.
- ⇒ KOLHER, C.; Deficiencias intelectuales; Ediciones Luis Miracle S.A.; Barcelona; 4º edición; Septiembre 1967.
- ⇒ LAPIERRE, ANDRE; LAPIERRE, ANNE; El adulto frente al niño de 0 a 3 años. Relación psicomotriz y formación de la personalidad. ; Editorial Científico-Médica; Barcelona.

- ⇒ LE BOULCH, J.; La educación por el movimiento; Ediciones Paidós; Bs. As. ; 1981.
- ⇒ LUCENTI, S; LOGULLO, M.L; IZUZQUIZA, S.; Trabajo presentado en Ateneo de Práctica Clínica; Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. U.N.M.d.P.; Diciembre 2001.
- ⇒ MACDONALD, E.; Terapéutica Ocupacional en Rehabilitación; Salvat; Barcelona; 1972.
- ⇒ MANTERO, P.; SORIA, M.; La realidad de los medios terapéuticos: acerca de la actividad humana y lo terapéutico. Revista Materia Prima; Bs. As. ; 1997.
- ⇒ MARCHESI, A.; COLL, C.; PALACIOS, J.; Desarrollo psicológico y educativo. Necesidades educativas especiales; Tomo III; Editorial Alianza Psicológica; 1999.
- ⇒ NICOLOFF, L.; Desarrollo psicomotriz en niños con muy bajo peso al nacer. Tesis de grado. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. U.N.M.d.P.. 1996.
- ⇒ O.M.S.; Clasificación internacional de enfermedades, 9º revista; Washington; 1980.

- ⇒ PEIRÓ SUBIRÓN, S.; RAMOS MARTÍN, C.; Programación de la psicomotricidad en la educación especial; Editorial C.E.P.E. S.A; Madrid; 1985.
- ⇒ PICHON-RIVIERE, E.; Teoría del vínculo; Ediciones Nueva Visión; Bs. As. ; 1985.
- ⇒ POLIT, D.; HUNGLER, B.; Investigación Científica en Ciencias de la Salud; Nueva Editorial Interamericana; 4º edición; 1994.
- ⇒ QUIROGA, A.; Proceso de constitución del mundo interno; Ediciones Cinco; Bs. As. ; 1992.
- ⇒ Revista "El Cisne"; Artículo: Discapacidad- Salud- Prevención. Julio 2001. Año XII. Nº 131.
- ⇒ RIVIERE, A.; Artículo: La creación de significantes en el proceso de desarrollo hacia la simbolización; "Entre líneas", Revista especializada en psicomotricidad; Nº2; Barcelona; 1997.
- ⇒ ROTA IGLESIAS, J.; Artículo: Marco específico de la práctica psicomotriz; "Entre líneas", Revista especializada en psicomotricidad; Nº2; Barcelona; 1997.
- ⇒ SIERRA BRAVO, R.; Técnicas de Investigación Social; Teoría y ejercicio; Editorial Paraninfo; Madrid; 4º edición; 1985.

- ⇒ TALLIS, J. Y OTROS; *Autismo infantil. Lejos de los dogmas*, Cap. V: Psicomotricidad y autismo. Una praxis "compleja" para un complejo trastorno. Miño y Dávila Editores. Madrid. 1998.
- ⇒ TAYLOR, S. J.; Y OTROS; *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*; Editorial Paidós; Barcelona 1994.
- ⇒ *T.O. Actualizaciones en Teoría y clínica*; C.O.L.T.O. III; Bs. As. ; 1995.
- ⇒ VALLEJO RUILOBA, J.; *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*; 2ª edición; Salvat Editores S.A.; 1985.
- ⇒ VAYER, P.; *Educación Psicomotriz y Retraso mental*; Editorial Científico-Médico; Barcelona; 1977.
- ⇒ VIDAL, G.; ALARCÓN, R.; *Psiquiatría*; Editorial Médica Panamericana; Bs.As.; 1990.

ANEXO

RECURSOS MATERIALES

Teniendo en cuenta los objetivos propuestos para cada sesión del tratamiento implementado desde Terapia Ocupacional se utilizaron diferentes recursos materiales: tales como pelotas de diferentes colores, tamaños y densidades, cubos de goma espuma, aros plásticos, sogas, hamaca, túnel, tubos de goma, colchonetas, neumáticos, flota-flota, tarima, banco, canastos, telas, juego de bowling, saltarín, bolsas, bolsas con arena, papel, lápices y diferentes objetos sonoros, juegos de encastré y de arrastre.

Los mismos fueron utilizados de acuerdo a la conducta del desarrollo psicomotor a trabajar en dichas sesiones.

MUESTRA:

De acuerdo a los criterios de inclusión y de exclusión, la muestra de estudio queda conformada por tres (3) adolescentes con retraso mental profundo.

Uno de los aspectos a tener en cuenta para esta selección fue el tipo de abordaje (en este caso corporal) implementado por un solo terapeuta, a fin de favorecer y establecer un vínculo y poder llevar a cabo el tratamiento.



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. NUÑEZ, Claudia
- ✓ Lic. PANEBIANCO, Ana.
- ✓ Lic. PECKER, Patricia.

Fecha de Defensa: 03/11/2003.

Nota: 9 (NUEVE)