

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

DEPARTAMENTO DE EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO -EPS-



**“DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA E INCLUSIÓN
LABORAL A LOS GRUPOS MEDIO Y BAJO EN JÓVENES -ADULTOS DE LA
FUNDACIÓN FACES”**

DÁMARIS CLAUDETTE RAMOS GONZÁLEZ

GUATEMALA, OCTUBRE 2023.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

DEPARTAMENTO DE EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO -EPS -

**“DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA E INCLUSIÓN
LABORAL A LOS GRUPOS MEDIO Y BAJO EN JÓVENES ADULTOS DE LA
FUNDACIÓN FACES”**

**INFORME FINAL DEL EJERCICIO TÉCNICO SUPERVISADO PRESENTADO AL
HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO DE LA ESCUELA DE CIENCIAS
PSICOLÓGICAS**

POR

DÁMARIS CLAUDETTE RAMOS GONZÁLEZ

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
TERAPISTA OCUPACIONAL Y RECREATIVA**

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

TÉCNICA UNIVERSITARIA

MIEMBROS DE CONSEJO DIRECTIVO

M.A. Mynor Estuardo Lemus Urbina

DIRECTOR

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizabal de De León

SECRETARIA

M.A. Karla Amparo Carrera Vela

MSc. José Mariano González Barrios

REPRESENTANTE DE LOS PROFESORES

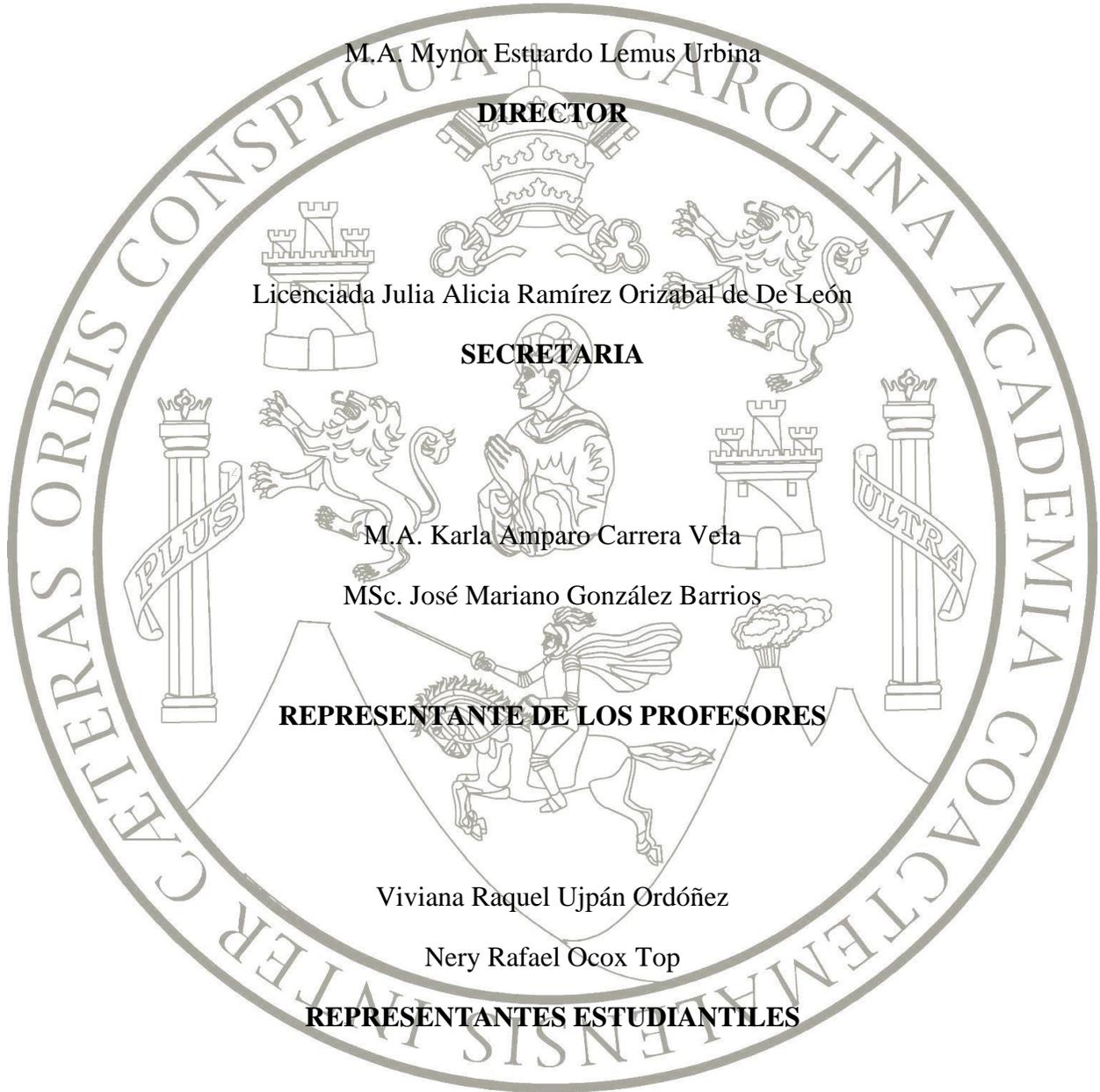
Viviana Raquel Ujpán Ordóñez

Nery Rafael Ocox Top

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

M.A. Olivia Marlene Alvarado Ruíz

REPRESENTANTE DE EGRESADOS



Guatemala, 05 de octubre del 2023

Señores
Miembros del Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM

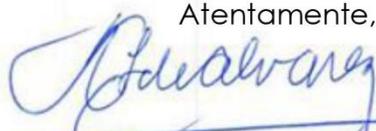
Señores Miembros:

Deseándoles éxito al frente de sus labores, por este medio me permito informarles que de acuerdo al Punto Tercero (3º.) de Acta 38-2014 de sesión ordinaria, celebrada por el Consejo Directivo de esta Unidad Académica el 9 de septiembre de 2014, la estudiante **DÁMARIS CLAUDETTE RAMOS GONZÁLEZ, CARNÉ NO. 2414-81279-0101, REGISTRO ACADÉMICO No. 2005-17515 y Expediente de Graduación No. TOR-07-2023-ETS**, ha completado los trámites correspondientes para trámite de graduación profesional del nivel técnico.

Por lo antes expuesto, con base al **Artículo 53 del Normativo General de Graduación**, solicito sea extendida la **ORDEN DE IMPRESIÓN** del Informe Final de Ejercicio Técnico Supervisado **“DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA E INCLUSIÓN LABORAL A LOS GRUPOS MEDIO Y BAJO EN JÓVENES – ADULTOS DE LA FUNDACIÓN FACES**, mismo que fue aprobado por el MSc Francisco José Ureta Morales, Coordinador del Departamento de Ejercicio Profesional Supervisado –EPS, el 23 de septiembre de 2023.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Atentamente,



M.Sc. MAYRA LUNA DE ALVAREZ
COORDINACIÓN
UNIDAD DE GRADUACIÓN



Lucia G.
CC. Archivo

Adjunto: Expediente completo e Informe Final de Ejercicio Técnico Supervisado - ETS- en digital e impreso.

Cc. Archivo

EPS. 829-2017

CODIPs.1861-2023

ORDEN DE IMPRESIÓN INFORME FINAL DE ETS/TOR

09 de octubre 2023

Estudiante

Dámaris Claudette Ramos González

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiante **Ramos González:**

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el **Punto DÉCIMO (10º.) del Acta CINCUENTA Y SEIS - DOS MIL VEINTITRÉS (56-2023)**, de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 05 de octubre 2023, que copiado literalmente dice:

“DÉCIMO: Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Ejercicio Técnico Supervisado -ETS-, titulado: **“DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA E INCLUSIÓN LABORAL A LOS GRUPOS MEDIO Y BAJO EN JÓVENES – ADULTOS DE LA FUNDACIÓN FACES”** de la carrera técnica de Terapia Ocupacional y Recreativa, realizado por:

Dámaris Claudette Ramos González

Registro Académico 2005-17515

CUI:

2414-81279-0101

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por **Ldo. Domingo Romero Reyes** y revisado por la **Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez**.

Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de Graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis con fines de Graduación Profesional”.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal de León
SECRETARIA



/Bky



Reg. E.P.S. 829-2017
CODIPs. 1716-2017
23 de agosto de 2023

M. A. Mayra Frine Luna de Alvarez
Coordinadora de Unidad de Graduación
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetable Coordinadora:

Informo a usted que se ha tenido conocimiento del trabajo realizado por los profesionales a cargo de la **supervisión, asesoría, revisión y aprobación**, de **Informe Final** del Ejercicio Técnico Supervisado -ETS- de:

Dámaris Claudette Ramos González, Carné No. 200517515, DPI 2414-81279-0101, titulado:

“DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA E INCLUSIÓN LABORAL A LOS GRUPOS MEDIO Y BAJO EN JÓVENES – ADULTOS DE LA FUNDACIÓN FACES.”

De la carrera de **Terapia Ocupacional y Recreativa**

En tal sentido, y dado que cumple con los lineamientos establecidos por este Departamento, me permito remitir la respectiva **APROBACIÓN** para concluir con el trámite respectivo.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

MSc. Francisco José Ureta Morales
Coordinador del Departamento de EPS



/Djgl
c/ Consejo Directivo
c. Unidad de graduación
c. Archivo

Reg. E.P.S. 829-2017
CODIPs. 1716-2017
06 de julio de 2023

MSc. Francisco José Ureta Morales
Coordinador del Departamento de E.P.S.
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetable Coordinador:

Tengo el agrado de comunicar a usted que se ha concluido la **revisión** del Informe Final del Ejercicio Técnico Supervisado -ETS- de:

Dámaris Claudette Ramos González, Carné No. 200517515, DPI 2414-81279-0101, titulado:

“DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA E INCLUSIÓN LABORAL A LOS GRUPOS MEDIO Y BAJO EN JÓVENES – ADULTOS DE LA FUNDACIÓN FACES.”

De la carrera de **Terapia Ocupacional y Recreativa**

Así mismo, informo que el trabajo referido cumple con los requisitos establecidos por este Departamento, por lo que me permito remitir la respectiva APROBACIÓN.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez

REVISOR



c. Expediente
c. Unidad de graduación
Djgl/Informe final/



Reg. E.P.S. 829-2017
CODIPs. 1716-2017
06 de julio de 2023

MSc. Francisco José Ureta Morales
Coordinador del Departamento de E.P.S.
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetable Coordinador:

Informo a usted que se ha **supervisado, asesorado y aprobado** el **Informe Final** de Ejercicio Técnico Supervisado -ETS- de:

Dámaris Claudette Ramos González, Carné No. 200517515, DPI 2414-81279-0101, titulado:

“DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA E INCLUSIÓN LABORAL A LOS GRUPOS MEDIO Y BAJO EN JÓVENES – ADULTOS DE LA FUNDACIÓN FACES.”

De la carrera de **Terapia Ocupacional y Recreativa**

Asimismo, informo que el trabajo referido cumple con los requisitos establecidos por este Departamento, por lo que me permito remitir la respectiva APROBACIÓN.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Licenciado Domingo Romero Reyes
Supervisor-Asesor



/DJGL
c. Unidad de Graduación
Expediente.

c.c. Control Académico
EPS
Archivo
Reg.829-2017
CODIPs.1716-2017
De Aprobación de Proyecto ETS

11 de agosto del 2017

Estudiante
Dámaris Claudette Ramos González
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto OCTAVO (8º.) del Acta CINCUENTA Y UNO GUIÓN DOS MIL DIECISIETE (51-2017) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 11 de agosto de 2017, que literalmente dice:

“**OCTAVO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el proyecto de Ejercicio Técnico Supervisado -ETS-, titulado: “**DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA E INCLUSIÓN LABORAL A LOS GRUPOS MEDIO Y BAJO EN JÓVENES – ADULTOS DE LA FUNDACIÓN FACES**”, de la carrera técnica de Terapia Ocupacional y Recreativa, realizado por:

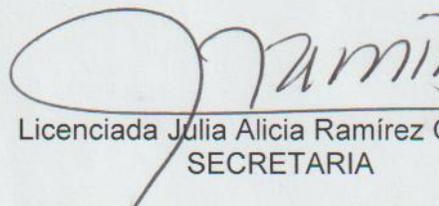
Dámaris Claudette Ramos González

CARNÉ No. 200517515

Dicho proyecto se realizará en Zona 11 Ciudad capital, asignándose a la Licenciada Dinora de Paz, quién ejercerá funciones de supervisión por la parte requirente, y al Licenciado Domingo Romero Reyes, por parte de esta Unidad Académica. El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Departamento de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, resuelve **APROBAR SU REALIZACIÓN.**”

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizabal
SECRETARIA



/Gaby

Fundación FACES
Para la Autorrealización y Capacitación Especial
de jóvenes y adultos con Retraso Mental



Ref. A.G. 20-18
Guatemala, 12 marzo de 2018

Licenciado
Francisco José Ureta Morales
Coordinador de ETS/EPS
Universidad de San Carlos de Guatemala -USSAC-
Centro Universitario Metropolitano -CUM-
Presente

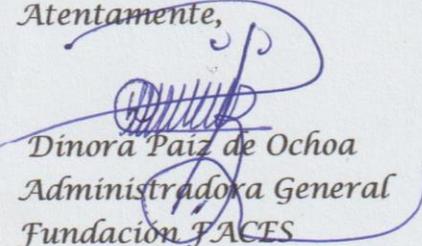
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetable Lic. Ureta:

Reciba un cordial saludo en nombre de Fundación FACES, deseándole éxitos en sus actividades diarias

Por este medio se hace constar que: La estudiante **Dámaris Claudette Ramos González** quien se identifica con Documento Personal de Identificación CUI número 2414 81279 0101 y Carné estudiantil número 200517515, realizó satisfactoriamente su Ejercicio Técnico Supervisado (ETS) con el proyecto de factibilidad titulado "Desarrollo de las actividades de la vida diaria e inclusión laboral a los grupos medio y bajo en jóvenes - adultos de la Fundación FACES". Iniciando el 10 de agosto del 2017, culminando el 09 de marzo del 2018. Mostrando en todo momento: una actitud positiva, responsable, respetuosa y dedicada.

Atentamente,


Dinora Paiz de Ochoa
Administradora General
Fundación FACES



c.c.p.- Archivo

Una obra productiva de infinito amor...

31 Av. "A" 3-27 Zona 11, Utatlán II. Tels. 24346631 - 24394656



www.fundacionfacesguatemala.org

administracion@fundacionfaces.org

info@fundacionfaces.org

Guatemala, Centro América.

MADRINA DE GRADUACIÓN

ADELFA CAROLINA GUZMÁN MENDOZA

No. De Colegiado

10754

ACTO QUE DEDICO

- A DIOS A él sea toda gloria y honra por sostenerme y encaminarme para concluir este primer sueño académico.
- A mis hijos Derheck y Jezebelle por ser la motivación que me impulsó día a día a no rendirme, que mi vida sea inspiración profesional para que emprendan el camino del conocimiento superior. Siempre serán un amor sin final. Los amo.
- A mi Licda. Carmen Cristina Sobalvarro mi pedazo de cielo en esta vida terrenal, mi agradecimiento total, por permitirme sostenerme de su mano y caminar junto a mí, enriqueciendo mi vida personal y profesional.
- A mis padres Por el privilegio de la vida, por su apoyo y brindarme los pilares principales de la educación.
- A Jonatan Gracias por tu apoyo no sólo económico sino también por tu esfuerzo para que tuviera las herramientas necesarias para estudiar, por tus enseñanzas, por tu paciencia y así poder sacar adelante este sueño. Gracias por haber sostenido mi mano y motivarme a superarme.
- A mi madrina Carol, por calidad humana, por tu profesionalismo, por tu apoyo incondicional, gracias por darme las palabras necesarias para seguir impulsándome a no desistir. Gracias por creer en mí.
- A Lic. Domingo Gracias por su paciencia y por no rendirse conmigo, por confiar en mí.
- A mis amigas/os Gracias por su cariño, apoyo y respeto sobre mis proyectos.
- A Fundación Faces A mis chicos/as, que sin la aceptación y la oportunidad profesional, este proyecto no se hubiera realizado. Infinitas gracias.

ÍNDICE

SÍNTESIS

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I 10

ANTECEDENTES.....10

1.1 MONOGRAFÍA DEL LUGAR 10

Geografía 11

Economía 11

Cultura 12

Monografía del lugar de E.T.S. 16

1.2 MONOGRAFÍA DE LA INSTITUCIÓN 19

Objetivo General..... 20

Objetivos Específicos 20

Misión..... 20

Visión..... 21

Recursos Administrativos..... 21

Recursos Físicos 22

Recursos Educativos..... 22

1.3 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA 24

1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 25

CAPÍTULO II 28

REFERENTE TEÓRICO METODOLÓGICO	28
2.1 ABORDAMIENTO TEÓRICO -METODOLÓGICO	28
Terapia Ocupacional.....	28
Historia de la Terapia Ocupacional	31
Discapacidad Intelectual.....	49
Actividades de la Vida Diaria (A.V.D.)	61
Reinserción laboral para personas con discapacidad.....	63
2.2 OBJETIVOS.....	68
2.2.1 Objetivo General.....	68
2.2.2 Objetivos Específicos.....	68
2.2.3 Metodología del Abordamiento	69
Subprograma de Servicio.....	69
Subprograma de Docencia.....	70
Subprograma de Investigación	71
CAPÍTULO III.....	74
3.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	74
Subprograma de Servicio.....	74
Subprograma de Docencia:.....	78
Subprograma de Investigación:	82
CAPÍTULO IV.....	86

4.1 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	86
Subprograma de Servicio.....	86
Subprograma de Docencia.....	89
Subprograma de Investigación	97
CAPÍTULO V.....	103
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	103
5.1 CONCLUSIONES	103
Subprograma de Servicio.....	103
Subprograma de Docencia.....	104
Subprograma de Investigación	104
5.2 RECOMENDACIONES	105
Subprograma de Servicio.....	106
Subprograma de Docencia.....	106
Subprograma de Investigación	107
5.3 BIBLIOGRAFIA.....	108
Fuentes Electrónicas	109

SÍNTESIS DESCRIPTIVA

Al brindar un apoyo adecuado a las familias/encargados y al personal dentro de Fundación Faces, se llevó a cabo la realización del proyecto de ETS, el cual se trabajó en base a objetivos trazados y que se fueron realizando en cada uno de los subprogramas establecidos, donde se utilizaron herramientas adecuadas para recabar la información y así planificar de mejor manera la intervención con cada uno de los jóvenes-adultos, así como establecer talleres de capacitación periódicamente que ayudaron en la adquisición del conocimiento, que sirvió como soporte para establecer métodos de trabajo efectivo dentro y fuera de la fundación, ofreciendo un apoyo de manera individual y grupal tanto para los jóvenes-adultos como a sus familiares y docentes. Optimizando el uso adecuado de los recursos en cualquiera de los ambientes en los que se fueran desarrollando la población antes mencionada. Dicho proyecto se desplegó de la siguiente manera:

En el primer capítulo: se describe la monografía del lugar, descripción de la institución misión, visión, descripción de la población a la cual está dirigido el E.T.S., planteamiento del problema, especificando los obstáculos que se encontraron durante el período de observación.

En el segundo capítulo: el abordamiento científico sobre los problemas y carencias a las que se enfrenta el proyecto, estableciendo objetivos generales, específicos, así como el método de abordaje.

Tercer capítulo: en este capítulo se desarrollaron la presentación de actividades y los resultados, el cual se dividió en tres subprogramas: Subprograma de servicio, el abordaje de manera individual y grupal en el reforzamiento de las actividades de la vida diaria, evaluación inicial y reevaluaciones periódicas, seguimiento sobre el programa de inclusión laboral en el grupo medio, haciendo uso de actividades participativas sobre ocupaciones significativas y gratificantes para cada individuo. Subprograma de docencia, implementación de talleres informativos, establece rutinas de manera individual y grupal, fortaleciendo el trabajo en equipo con los padres de familia y docentes de la fundación. Subprograma de investigación, reconocer y encontrar métodos que ayuden a motivar a los padres de familia sobre la independencia hacia sus hijos, mostrando distintas maneras de poder modificar para el beneficio de ambos padres de familia/paciente. En este capítulo también se encuentra los recursos y el presupuesto que se necesitó para la ejecución del proyecto.

En el cuarto capítulo: aquí se encuentra el análisis sobre cada uno de los subprogramas trabajados anteriormente, evidencian la dificultad y el progreso que fueron teniendo cada uno de los jóvenes-adultos en la realización de todas aquellas actividades que conllevan la vida diaria dentro y fuera de la fundación.

Quinto capítulo: en éste se encuentra las conclusiones y recomendaciones que van dirigidos tanto a padres de familia como a los encargados dentro de la fundación, para que puedan fortalecer o mejorar en beneficio de la población. Se demostró la importancia sobre a oportunidad que deben tener las personas con discapacidad intelectual en el aprendizaje y desarrollo óptimo de sus

capacidades y habilidades, a través de las experiencias de vida que permita una integración positiva en los ambientes familiares, educativos, sociales y laborales.

INTRODUCCIÓN

La importancia del desarrollo, aprendizaje y fortalecimiento de las Actividades de la Vida Diaria A.V.D. en la población con discapacidad intelectual es de suma importancia para poder alcanzar la autonomía que todo ser humano necesita durante su vida. Guatemala es un país que cuenta con un estimado de población con distintos tipos de discapacidad, siendo la discapacidad intelectual una de ellas, donde también se evidencia los obstáculos que presenta en encontrar apoyo, para abordar a las personas con esta condición. Tomando en cuenta que entre mayor sea el nivel de discapacidad, así será la dificultad que enfrentan estas personas junto a sus familias o encargados.

Actualmente son pocas las instituciones que se dedican dentro del tema educativo a abordar esta problemática, fortaleciendo a las familias o encargados de estas personas e incluso a otras instituciones para adquirir el conocimiento que se requiere para afianzar las bases que necesita la persona con discapacidad y así pueda desenvolverse, haciendo uso de la mayoría de los recursos que pueda encontrar a lo largo de su vida.

Ante la problemática que experimentaban este grupo de personas nace una institución que se preocupó por el derecho al trabajo en las personas con la condición de discapacidad, surgiendo la Fundación para la Autorrealización y Capacitación Especial de Jóvenes y Adultos con Retraso Mental FACES. Su interés para evaluar y determinar las capacidades de las personas tratantes, permitió capacitarnos a través de distintos talleres ocupacionales que les proporcionara el

aprendizaje de un oficio o profesión para posteriormente aplicar a un puesto de trabajo, promoviendo la calidad de vida, específicamente en adultos-adultos mayores. Sin embargo, cabe mencionar que, al transcurrir los años, los métodos de evaluación se fueron quedando atrás y no existieron actualizaciones que permitieran poder identificar los niveles de discapacidad y las aptitudes que podían ser explotadas de manera positiva, obstaculizando las oportunidades que se presentaron para la inclusión e inserción de dicha población.

Al observar estos obstáculos se hizo necesario la implementación de un proyecto que permitiera seguir desarrollando y fortalecer constantemente dentro y fuera la institución; las Actividades de la Vida Diaria, para continuar siendo ese soporte importante para las familias y encargados de las personas con esta condición; así como capacitar al personal de la institución periódicamente que evidencien los avances u obstáculos que se fueran presentando ante las modificaciones que se establecen para que las personas con discapacidad puedan ejecutar de manera casi independiente, impidiendo el deterioro de cada persona y validando su participación en la vida.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES

1.1 MONOGRAFÍA DEL LUGAR

Departamento de la República de Guatemala

Departamento: Guatemala (Capital)

Guatemala es uno de los 22 departamentos de la República de Guatemala. Está situado en la región

central del país, tiene una extensión territorial de 2253 kilómetros cuadrados y su población es de aproximadamente 2 975 417 habitantes. Cuenta con 17 municipios y su cabecera departamental es el municipio de Guatemala. El departamento de Guatemala limita al norte con Baja Verapaz, al este con El Progreso, Jalapa y Santa Rosa, al sur con Escuintla y al oeste, con Sacatepéquez y Chimaltenango.



El idioma que más se habla en el departamento es el español. Su clima habitual es templado y su fiesta titular se celebra el 15 de agosto, en honor a la Virgen de la Asunción. Su asentamiento fue el 4 de noviembre de 1825.

Guatemala tiene una población de 942 348 habitantes, de los cuales 444 429 son hombres y 497 919 son mujeres (Instituto Nacional de Estadística, 2002 y 2006).

Geografía

El municipio de Guatemala está dividido en una cabecera municipal, siete aldeas y 20 caseríos. El municipio se encuentra situado en el altiplano central, rodeado de 18 cerros y 2 barrancos. Es irrigado por 36 ríos y dos riachuelos, y en su territorio está la Laguna El Naranjo (Diccionario Municipal de Guatemala, 2001).

Las aldeas del municipio son: Las Canoítas, Guajitos, La Libertad, Los Ocotes, Las Tapias I, Las Tapias II y Las Tapias III (Lanuza, s.f.).

Los caseríos del municipio de Guatemala son: Acatán, Aceituno, El Amak, Los Ángeles, Argentina, Arrivillaga, El Caminero, El Campo, Los Chompipes, El Jícaro; Kilómetro 9, 10 y 11; Lomas de Ciudad Vieja, Lourdes, El Purgatorio, Rincón de la Paja, Rodriguitos, La Sabana, San Antonio El Bebedero, Sector Soto y Los Vados (Lanuza, s.f.).

Economía

El municipio de Guatemala cuenta con la cosecha de diversos productos agrícolas, que en su mayoría se llevan a la capital para su venta. En su área rural hay crianza de ganado vacuno, porcino y aviar (Diccionario Municipal de Guatemala, 2001).

En referencia a la producción artesanal, se trabajan textiles, cerámica, mimbre, productos de madera y de metal, muebles, imaginería, hojalatería, artículos de cuero y joyería, entre otros. Sin

embargo, su economía se centra principalmente en el comercio y los servicios dentro de la ciudad de Guatemala (Diccionario Municipal de Guatemala, 2001).

Cultura

La actual capital de Guatemala es la cuarta ubicación de la República: la primera la fundó Pedro de Alvarado en Iximché, capital del reino cachiquel, el 25 de julio de 1524. La segunda se asentó en un lugar llamado Almolonga, el 22 de noviembre de 1527. La tercera en el Valle de Panchoy – actualmente La Antigua Guatemala-, el 10 de marzo de 1543 y la última –entiéndase la actual- en el Valle de la Ermita o de la Virgen, el 2 de enero de 1776 (Diccionario Municipal de Guatemala, 2001).

En el municipio se encuentran más de 10 sitios arqueológicos. Los más importantes son: Acatán, Bethania, Campo de Marte, Charcas, El Pilar, Eureka, Kaminal Juyú, Mulato, Naranjo, Piñol y San Rafael. Las ruinas de Kaminal Juyú y el montículo de La Culebra cuentan con restos del antiguo acueducto que vertía el agua en la capital. Existen también varias iglesias que son consideradas monumentos nacionales, como La Ermita del Cerro del Carmen, La Merced, San Francisco, La Recolección, Capuchinas y Santo Domingo, entre otras. También son monumentos nacionales los edificios como el de la Policía Nacional Civil, Correos o el Palacio Nacional de la Cultura (Diccionario Municipal de Guatemala, 2001). Guatemala tiene una población de 942 348 habitantes, de los cuales 444 429 son hombres y 497 919 son mujeres (Instituto Nacional de Estadística, 2002 y 2006).

El departamento de Guatemala fue creado por Decreto de la Asamblea Constituyente de fecha 4 de noviembre de 1825 (Diccionario Municipal de Guatemala, 2001).

Actualmente el departamento de Guatemala tiene 17 municipios

1. Guatemala (municipio)
2. Amatitlán
3. Chinautla
4. Chuarrancho
5. Fraijanes
6. Mixco
7. Palencia
8. San Miguel Petapa
9. San José del Golfo
10. San José Pínula
11. San Juan Sacatepéquez
12. San Pedro Ayampúc
13. San Pedro Sacatepéquez
14. San Raymundo
15. Santa Catarina Pinula
16. Villa Canales
17. Villa Nueva

Historia de Guatemala (Departamento)

La ciudad capital de Guatemala fue fundada por Pedro de Alvarado en 1524 el día de la festividad de Santiago, por lo que se le conoció como Santiago de los Caballeros de Guatemala. Santa Cecilia también era considerada como patrona de la ciudad, porque en 1526 los reyes kachiqueles se sublevaron hasta que fueron finalmente sometidos el día en que se celebra a esta santa de la Iglesia Católica.

El 9 de septiembre de 1541 murió Pedro de Alvarado y el ayuntamiento nombró en su lugar a su viuda, doña Beatriz de la Cueva como gobernadora; pero solamente pudo ocupar el cargo dos días, porque el 11 de septiembre ocurrió la inundación de la ciudad: fuertes lluvias aflojaron la tierra de las laderas más altas del Volcán de Agua y de allí se produjo un deslave que arrasó con cuanto encontró a su paso. En un principio se decidió trasladar la ciudad al valle de Tiangues en Chimaltenango, pero finalmente, el ingeniero Juan Bautista Antonelli indicó que era mejor el valle de Panchoy. Se eligieron como nuevos gobernadores al obispo Francisco Marroquín y al Licenciado Francisco de la Cueva, hermano de Beatriz. Ellos gobernaron hasta el 17 de mayo de 1542, en que llegó el licenciado Alonso de Maldonado, enviado del virrey de México.

Como consecuencia de las Capitulaciones de Tezulutlán, el rey Carlos I promulgó el 20 de noviembre de 1542 las Leyes Nuevas que prohibieron la esclavitud de los indígenas y ordenaron que todos quedaran libres de los encomenderos y fueran puestos bajo la protección directa de la Corona. En 1543 se trasladó la ciudad al valle de Panchoy; la nueva ciudad tuvo trazo rectilíneo

y se entregaron terrenos alrededor de la plaza central para el ayuntamiento y la catedral; el resto fue para los vecinos y las órdenes religiosas. El ingeniero Antonelli estuvo a cargo del trazado.

La primera Audiencia que se estableció en el Reino de Guatemala fue la «Audiencia de los Confines», llamada así por estar entre los confines de Nueva España y el Perú. Fue fundada en las Leyes Nuevas de 1542, se estableció en Gracias a Dios en Honduras y su primer presidente fue el licenciado don Alonso de Maldonado; el territorio de la Audiencia era Yucatán, Chiapas, Soconusco, Centroamérica y Panamá. El 16 de junio de 1548 se trasladó la Audiencia a la ciudad de Antigua Guatemala, llegando como presidente Alonso López de Cerrato. Hubo muchos problemas entre la Audiencia de los representantes de la Corona y el ayuntamiento de los conquistadores de Guatemala, al punto que la Audiencia fue suprimida en 1565.

En 1551, la catedral de la ciudad fue investida con todos los privilegios e indulgencias de la iglesia de Santiago en Galicia por el papa Julio III. Con la nueva «Audiencia de Guatemala» establecida en 1570, se inició la época colonial propiamente dicha, y las autoridades máximas del Reino de Guatemala fueron el arzobispo católico y el presidente de la Real Audiencia. Por su parte, la ciudad de Santiago de los Caballeros llegó al alcanzar tal esplendor, que fue considerada como una de las más bellas del Nuevo Mundo.

La Nueva Guatemala de la Asunción es el cuarto asentamiento de la capital del Reino de Guatemala. La razón de su traslado al Valle de la Ermita fueron los terremotos de Santa Marta, que destruyeron en buena parte la ciudad de Santiago de Guatemala, la antigua capital del Reino de Guatemala. La orden de traslado fue dada el 1º de diciembre de 1775 y el 2 de enero del

siguiente año hubo reunión por primera vez en el ayuntamiento de la nueva ciudad. Una placa, que está frente a la Parroquia de la Santa Cruz, justo al inicio de la calzada Milla y Vidaurre bautizada así en honor al escritor y diplomático José Milla y Vidaurre, conmemora este hecho. El nombre de la nueva ciudad fue decretado por el Rey de España el 23 de enero de 1776.

Su desarrollo se ha visto afectado en numerosas ocasiones por desastres naturales, terremotos en su mayoría, que han devastado la ciudad y sus alrededores retrocediendo en ella años de desarrollo. El último que la afectó fue el terremoto de 1976 que dañó seriamente la estructura moderna construida y la que se encontraba en construcción, al igual que reliquias históricas como las iglesias de Nuestra Señora de la Merced, La Recolección, Nuestra Señora del Cerrito del Carmen — primera iglesia construida en el valle hacia 1620—, y el edificio del Mercado Central.

Monografía donde se realizó el E.T.S.

Zona 11 Guatemala

La Zona 11 de la ciudad de Guatemala es una de las 25 zonas en las que se divide la ciudad de Guatemala, de acuerdo al establecimiento de las mismas durante el gobierno de Jacobo Árbenz en 1952. La zona 11 abarca desde la Calzada Roosevelt a la colonia Castañas y de la Calzada Raúl Aguilar Batres a la colonia Santa Rita (Mollinedo, 2012). Las zonas se aprobaron en aquel año en base a los estudios presentados por la Dirección de Planificación de la Municipalidad de Guatemala, relacionados con la zonificación de la ciudad (Mollinedo, 2012).

Es una de las zonas más populosas. En ella se encuentran: Museo Miraflores, Centro Comercial y Hotel Tikal Futura, Hospital Roosevelt, Hospital Rodolfo Robles, Sanatorio Hermano Pedro, varios centros comerciales, varias colonias, el mercado del Guarda y la Calzada Roosevelt, que la separa de la zona 7. Limita con el municipio de Villa Nueva (Municipalidad de Guatemala. Instituto Geográfico Nacional IGN, Marzo de 2006). Los trabajos realizados en la década de los cuarenta fueron más allá de los límites anteriores. Se introdujeron, a diferencia de esas épocas, trabajos en otros sectores por ejemplo la pavimentación asfáltica y reparación de diversos tramos de calles y avenidas principales.

La infraestructura construida en el lapso de 1940-1950, permitió la apertura de nuevas áreas para asentamientos de población. Fue un incentivo para la inversión en las lotificaciones, la construcción y el poblamiento de las mismas. El colector, de 2,5 metros de diámetro y 1200 metros de longitud y 17 metros de profundidad que atraviesa la colonia El Progreso y la Granja Ruiz (zona 7) y la zona del Hospital Roosevelt (zona 11) (Ibíd., (p. 3), ofrecieron servicios que atrajeron y promovieron el crecimiento demográfico hacia esos lugares.

Todas las mejoras que se hicieron sentir con la modernización de las vías de comunicación y el traslado de los habitantes a lugares alejados del centro redundaron en el incremento de los vehículos para la movilización. Paralelo al incremento de vehículos aumentaba también el uso de los buses urbanos, reflejándose también en este sentido el incremento de población. Debido a estos el sector de la zona 11 resultó una de las mejores opciones para poblar, ya que se encontraba en las cercanías de las vías de comunicación y eso las hacía atractivas. En la década de los cincuenta se realizaron también trabajos para un mejor abastecimiento de agua.

La densificación de los sectores de la zona 11 obligó a la municipalidad a que se construyeran servicios de drenaje y alcantarillado apropiados para un mayor número de personas por lo que se construyeron grandes colectores en “La Reformita-Mariscal-Roosevelt”, colectores en zanjas de 4 metros de profundidad en la parte de menor altura y de 41 metros en la opuesta, beneficiándose las zonas 7, 11 y 12. (Ibíd., p.60). Se incentivó el área sur con la construcción de la Avenida de Amatitlán, que inició con la construcción del Trébol en 1959 (El Imparcial, 29 de mayo de 1957) hasta el km. 11 hacia el pacífico (Municipalidad de la ciudad de Guatemala. “Memoria 5 de agosto. p.68”). Así como la construcción de la Calle del Mariscal era una finca situada al sur de la ciudad, rodeada de manantiales y bosques. Fue urbanizada en la década de los años 1930. (Instituto Guatemalteco de Turismo, galería Guatemala: La ciudad de Guatemala para niños y jóvenes. Nuestros rasgos y símbolos culturales. Pág. 48.)

De suma importancia, por el crecimiento hacia lugares circunvecinos, es la construcción de la Calzada Roosevelt entre 1967-1968 y el paso a desnivel sobre el Hospital Roosevelt donde confluye dicha calzada (El Imparcial, 14 de junio de 1968). Se implementó entre 1988 y 1989 el “Programa Urbano de Alimentos por Trabajo APT CARE” que realizó proyectos, como la construcción de la calzada “Las Charcas” en la zona 11, donde se construyó el paso a desnivel Las Charcas (frente al centro comercial Novicentro) haciendo viable la movilización desde la colonia San Cristóbal (Mixco) hacia la ciudad (Instituto Guatemalteco de Turismo, galería Guatemala: La Ciudad de Guatemala para niños y jóvenes. Nuestros rasgos y símbolos culturales). Actualmente esta zona cuenta con la mayoría de servicios públicos y privados para su desarrollo.

1.2 MONOGRAFÍA DE LA INSTITUCIÓN

Nombre de la institución: Fundación para la Autorrealización y Capacitación Especial de Jóvenes y Adultos con Retraso Mental -FACES-.

Ubicación 31 Avenida A 3-27, zona 11 Utatlán II, Guatemala,

Teléfono: 2434-6631.

Tipo de Institución según su financiamiento: Público

Tipo de Institución según área geográfica: Privada

Funciones y Objetivos de Fundación Faces: Es una entidad de Educación Especial Ocupacional no lucrativa y de servicio, pionera por sus alcances a favor de la Capacitación e Inserción Laboral de Personas con Discapacidad Intelectual en Guatemala, fundada el 10 noviembre de año de 1,999, reconociendo su Personalidad Jurídica el 11 de octubre del año 2,000, identificada con la inclusión social y mejoramiento de la calidad de vida de sus usuarios. Fundada por la Lic. Olga Alicia González de Berger y un grupo de padres y colaboradores que creyeron en el proyecto. Con reconocimiento Nacional e Internacional, mismo que le ha permitido ser miembro desde 1999 de la Association for Retarded Citizens of USA THE ARC y la inducción de procesos laborales de la Asociación de Paz y Bien de Sevilla España. (2000) FACES, como las siglas lo indican, busca la “Autorrealización y Capacitación Especial de Jóvenes y Adultos con Discapacidad Intelectual”, cuyo lema es “Una Obra Productiva de Infinito Amor”.

Objetivo General

Implementar un programa de atención integral a jóvenes y adultos con retraso mental en Centros de Educación Especial para capacitación laboral y hogares protegidos.

Objetivos Específicos

1. Crear un centro de Educación Especial para capacitación pre laboral de manera que se logre la inserción de los alumnos al trabajo, como personas productivas y autosostenibles.
2. Establecer talleres protegidos de actividades ocupacionales dirigidos a los beneficiarios cuyas limitaciones no les permiten su inserción al trabajo.
3. Elaboración de propuestas de políticas públicas.
4. Establecer servicios de atención institucional y ambulatorio a personas cuyas limitaciones intelectuales y de adaptación social les mantiene en vida dependiente.
5. Creación de la escuela para padres, para orientar, capacitar y apoyar a la familia en el proceso de integración de la persona con retraso mental.
6. Desarrollar en coordinación con universidades, entidades estatales y privadas investigación social y tecnología en el campo de la Educación Especial en Guatemala.

Misión

Ser una entidad pionera en la Autorrealización y Capacitación Especial de jóvenes y adultos con Discapacidad Intelectual, identificada con la inclusión social de alumnos egresados e insertados

laboralmente, de reconocida credibilidad nacional e internacional por las actividades que realiza; con personal multidisciplinario, con mística de trabajo y compromiso social.

Visión

Formar seres humanos dignos a través de la capacitación e inserción laboral de personas con discapacidad intelectual, para que por medio de actividades acordes a sus capacidades, destrezas sociales y habilidades de autoayuda, desarrollen el potencial de aprendizaje y adquisición de conocimientos que les permita alcanzar la calidad de vida que les integre a la sociedad y gozar del ejercicio de su ciudadanía.

Recursos Administrativos

El área administrativa es dirigida por la Sra. Dinora de Paz quien tiene a su cargo todo lo concerniente al manejo y administración de la fundación, seguido por una secretaria, así mismo cuenta con dos maestros, y una instructora en el área de panadería y cocina; también cabe mencionar que actualmente cuenta con estudiantes del área de Psicología, de Educación Especial, Terapia Ocupacional y Recreativa y de Deporte.

Recursos Físicos

La fundación se encuentra ubicada en una casa amplia, de un solo nivel, donde al iniciar el recorrido se encuentra la oficina de la administradora, seguido por la oficina de la secretaria y el área de evaluación psicológica. Posteriormente se ubica el área del comedor y cocina, dos baños, uno para hombres y uno para mujeres, así como el área de deporte, alrededor se observará el área verde (jardín).

Recursos Educativos

Los recursos educativos con los que cuenta la fundación son varios, comenzando por el área del comedor y cocina donde se les enseña la realización de diferentes comidas, así como el aprendizaje que conlleva las actividades de la vida diaria como elaborar su propia comida y limpieza de los utensilios. Así mismo unido a esta área está el taller de la panadería y chocolatería que es utilizado para la enseñanza en la elaboración de pan, así como otros diferentes productos para su venta.

También cuentan con los talleres de Actividades de la Vida Diaria A.V.D., donde se les capacita e instruye todo lo que conlleva desde la limpieza de una habitación, hasta el vestirse adecuadamente y el cuidado personal.

La fundación cuenta con un espacio que es utilizado para el taller de computación donde 2 veces por semana se les da clases de mecanet, además de contar con un taller ocupacional que es utilizado como una pequeña empresa de empaque de diferentes productos llamado PASMO. En el taller de

Actividades Terapéuticas Manuales A.T.M., se trabajan diferentes cursos como lo son bisutería, manualidades, pintura, costura, entre otros.

El espacio que es utilizado para deporte también se modifica para implementar los talleres de danza, de relajación; actividades que conllevan ejercicios de estimulación cognitiva y actividades recreativas.

Atención que presta:

- ✓ Lúdica
- ✓ Educativa
- ✓ Salud
- ✓ Terapia Ocupacional
- ✓ Terapia cultural
- ✓ Psicológico

1.3 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

Actualmente la fundación cuenta aproximadamente con 20 jóvenes-adultos, de ambos géneros, se observa que la mayoría de los pacientes provienen de familias de clase económica media baja, y de origen capitalino; la mayoría ambulatorios y con cierto grado de dependencia quienes presentan diferentes discapacidades intelectuales dentro de las cuales podemos mencionar: autismo, esquizofrenia y retraso mental.

De acuerdo a su diagnóstico y grado de independencia se encuentran clasificados en 3 grupos; altos; que son los jóvenes que han logrado mayor independencia en la realización de sus actividades tanto personales, como aquellas que conllevan lo laboral; los medios que son los jóvenes que tienen cierto grado de dificultad en la realización de actividades donde su discapacidad no les permite desarrollarse, pero que logran con cierto grado de dificultad realizar las acciones que se les indican y los bajos, quienes son los que por su alto grado de discapacidad son dependientes en la mayoría de actividades a realizarse.

De los 20 jóvenes se puede mencionar que alrededor de 12 son los que asisten regularmente a la fundación ya que algunos tienen la capacidad de transportarse por sí solos y otros son llevados por sus familiares, mientras que el resto llega esporádicamente precisamente por la dificultad que se les presenta de poderse movilizar y llegar a la fundación.

1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Fundación Faces cuenta con diferentes talleres para el aprendizaje de jóvenes con ciertas discapacidades, tales como: retraso mental (leve, moderado y profundo), esquizofrenia, autismo, entre otros; los grupos de aprendizaje están divididos en: altos, medios y bajos.

La problemática encontrada es que no se tiene una continuidad y reforzamiento diario en casa del trabajo realizado dentro de la fundación, ya sea en el área ocupacional como la recreativa; este trabajo se ve perdido al no hacerse acompañar del apoyo y motivación familiar creando así un grado de dependencia del individuo.

De acuerdo al diagnóstico de los jóvenes-adultos dentro del grupo bajo, se ha focalizado que requieren total y absoluto apoyo en la realización de las actividades de la vida diaria, entre las cuales se pueden mencionar el ir al baño, cepillarse, cambiarse e incluso hasta comer en algunos casos; ya que se ha observado que pierden el seguimiento y ejecución de las actividades a menos que alguien se encuentre vistiéndolos o realizando la acción en lugar de ellos/as, y en algún caso guiándolos para que logren realizar la actividad establecida. Éstas dificultades ocasionan en algunos casos, atraso en otras actividades a realizar; como por ejemplo en natación, ya que se les debe cambiar de ropa para entrar y salir de natación y a su vez acompañar dentro de la misma piscina para realizar los ejercicios.

Al atrasarse, complica en otros pacientes el que no puedan recibir su clase de natación en su horario establecido; de igual forma se puede observar la misma situación al momento de la refacción; al

terminar de ingerir sus alimentos se les debe levantar de la mesa y llevarlos/as a cepillarse, ya que por su propia voluntad no logran hacerlo, se quedan sentados/as y allí pasarían todo el día sin levantarse o se levantan en alguno de los casos pero no le dan seguimiento a los demás talleres y actividades dentro de la fundación.

Debido a la necesidad que presenta la fundación con este grupo de pacientes es fundamental abordar la problemática de este grupo y hacer ciertas modificaciones en el aprendizaje y en el enfoque desde el propio diagnóstico, ya que los pacientes no pueden ser tratados de manera generalizada.

Al no contar con un terapeuta ocupacional encargado en estos puntos de trabajo, los pacientes, entran en un estado de sedentarismo, realidad que se ha mencionado anteriormente y que no es conveniente para el desarrollo e independencia del mismo individuo, ya que en la mayoría de las familias de dichos pacientes, no cuentan con una persona encargada directamente de ellos/as, para su cuidado personal, por la situación económica en la que viven; y esto a su vez implicaría que al momento de la ausencia de las familias o encargados de los pacientes, estos quedarían en total abandono al no poder lograr ciertas actividades de independencia y sobre este escenario se puede sumar el avance de edad de los pacientes, que al no tener actividades recreativas que conlleven ejercicios al aire libre o dentro de la fundación, puede provocar el incremento de algunas enfermedades de la tercera edad como: enfermedades cardiovasculares, artritis, hipertensión, artrosis e incluso contracturas musculares, entre otras más.

Otra problemática encontrada en el grupo medio es la ausencia del seguimiento a las actividades del programa de reinserción laboral, por la falta de continuidad hace que los pacientes se vean afectados. Este programa es de suma importancia para que los pacientes de este grupo se desenvuelva en el ámbito laboral, ya que a través del aprendizaje de una ocupación ellos podrían obtener una incentivo monetario además de alcanzar un grado de independencia y el desarrollo de múltiples habilidades; se inicia en el paciente con pequeños procesos de enseñanza en donde se induce a la responsabilidad, cuidado, mantenimiento y uso de herramientas adecuadas para la jardinería, utilizando como recurso físico el jardín que se encuentra ubicado dentro de la fundación. Entre las actividades que el paciente puede practicar están: el riego de plantas, recoger hojas caídas, podar plantas, aprender abonar y trasplantar algunas de ellas.

Todas estas actividades pueden ser incluidas en los pacientes del grupo medio en su diario vivir y así reforzar su aprendizaje dentro de la fundación, a través de la motivación y apoyo familiar o de la comunidad.

CAPÍTULO II

REFERENTE TEÓRICO METODOLÓGICO

2.1 ABORDAMIENTO TEÓRICO -METODOLÓGICO

Terapia Ocupacional

La **Terapia Ocupacional (T.O)** es, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), “el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficit invalidantes y valora los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social”.

Se encarga de facilitar y mejorar el desempeño de las personas en sus actividades del diario vivir, sean éstas actividades de automantenimiento, trabajo, estudio, deportes, juego o de tiempo libre para poder realizar cualquier actividad (ocupación), la persona tiene que tener la oportunidad de participar en ella, por tanto, el terapeuta ocupacional también interviene para promover, abogar y facilitar la participación social de la persona considerando su entorno y su cultura.

En ocasiones la traducción literal del término Terapia Ocupacional, da pie a confundir la finalidad de ésta disciplina con la intención de tener ocupada o entretener a la persona. Por lo que es importante remarcar que el fin de la T.O es **conseguir la máxima funcionalidad** de la persona con algún tipo de limitación, ya sea física, cognitiva, conductual o una variedad de ellas, a través

de la actividad con sentido y/o talleres terapéuticos con unos objetivos tanto generales como específicos.

Desde la primera utilización del enunciado Terapia Ocupacional, realizada por Barton en 1914, hasta las propuestas actuales propiciadas por las asociaciones profesionales, las definiciones de Terapia Ocupacional han sido numerosas y han evolucionado a lo largo del tiempo.

La ocupación, en su utilización terapéutica debe ser específica y adecuada a la enfermedad o discapacidad, al paciente y al medio que le rodea para que pueda ser utilizada de la manera más eficaz.

En todo momento se debe tener presente los diferentes entornos en los que la Terapia Ocupacional se presenta como una opción de tratamiento en el ámbito de la discapacidad de origen físico, psicológico y de la marginación social. Esta definición no aborda en su totalidad y complejidad las ocupaciones, limitando estas exclusivamente a las actividades de la vida diaria.

Los profesionales que desarrollan esta profesión, están dotados de unos conocimientos socio-sanitarios englobados dentro del ámbito de la rehabilitación, los cuales permiten la intervención en tres ámbitos: automantenimiento, productividad y ocio de la persona y además dotan al profesional de la capacidad para:

- Realizar una valoración de las capacidades y limitaciones de la persona. (Con las diferentes baterías del servicio).

- Prevenir discapacidades (desequilibrios, disfunciones ocupacionales, anticiparse a posibles lesiones y patologías).
- Realizar valoración de las capacidades sensoriales, superiores, sociales y psicológicas.
- Elaborar y evaluar programas de tratamiento de rehabilitación con sus correspondientes objetivos individualizados.
- Obtener la implicación por parte del paciente en su propio tratamiento.
- Entrenar y reeducar en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
- Entrenar el uso de ayudas técnicas siempre y cuando sea necesario, compensando sus limitaciones.
- Confeccionar y realizar la prescripción de órtesis, prótesis y ayudas técnicas, así como el entrenamiento de la persona en su utilización.
- Adaptar el entorno y elaborar programas de eliminación de barreras arquitectónicas. Asesorar a familias, usuarios y profesionales de otras especialidades.
- Evaluar los medios de transporte y sus posibles adaptaciones.
- Capacitar al individuo para lograr el mayor grado de reinserción socio-laboral posible como miembro activo dentro de su comunidad.
- Ayudar al individuo a reajustar sus hábitos diarios.
- Reinserción del individuo en su vida cotidiana y en su medio en las mejores condiciones posibles.
- Colaborar con instituciones públicas y/o privadas para la promoción y desarrollo de programas de intervención en población con discapacidad.

Historia de la Terapia Ocupacional

La Terapia Ocupacional crece con el propio desarrollo de la historia del hombre, puesto que la ocupación ha tenido un papel central en la existencia humana. La salud y la ocupación están directamente relacionadas, porque la pérdida de la salud disminuye la capacidad para realizar ocupaciones (Reed, 1998).

El uso terapéutico de la actividad y del movimiento ha sido apreciado desde el inicio de las civilizaciones más primitivas. Desde 2600 a. C. en China se pensaba que la enfermedad era generada por la inactividad orgánica y se utilizaba el entrenamiento físico, mediante una serie de ejercicios gimnásticos -similares a los que hoy se conocen como Tai-Chi-, para promover la salud e incluso, según sus creencias, para asegurar la inmortalidad.

Se han encontrado documentos que demuestran como alrededor del 2000 a. C., los egipcios alzaron templos donde las personas afectadas de "melancolía" acudían en gran número para aliviar su enfermedad y en los cuales, los juegos y actividades recreativas eran la nota característica.

La medicina griega de la época clásica, entre los años 600 y 200 (a. de J.C.), recomendó la práctica de diversas actividades con fines terapéuticos. Se atribuye a Esculapio el tratamiento del "delirio" con canciones, música y representaciones cómicas. (Drake y Baden, 1699).

También Pitágoras, Tales de Mileto y Orfeo utilizaron la música como remedio a ciertas enfermedades. Esculapio en la Grecia clásica, funda el hospital de la ciudad de Pergaña en el año 600 a. C. Aquí se trataba de aliviar el delirium con el empleo de canciones, música, literatura y

farsas. Hipócrates, quien resaltaba la relación cuerpo-mente, recomendaba la lucha libre, la lectura y el trabajo para mantener y mejorar el estado de salud de los individuos.

Para aliviar las "mentes trastornadas", Cornelio Celso (14-37 d. C.) recomendaba la música, la conversación, la lectura el ejercicio hasta la fatiga, los viajes y hasta un cambio de escena; para el mantenimiento de la salud, sus recomendaciones se dirigían hacia la navegación, el manejo de armas, los juegos de pelota, los saltos, la carrera y los paseos. Para los problemas de estómago aconsejaba realizar lecturas en voz alta, así como otras actividades para diferentes dolencias. Lo también curioso es que mantenía que las ocupaciones deberían ajustarse al temperamento de cada persona. Seneca (55 a. C. 39 d. C.) aludía al trabajo como remedio de cualquier clase de agitación mental.

Más adelante, Galeno (131-201 d. C.), tomando ejemplo de los clásicos, defendía el tratamiento mediante la ocupación, señalando que "el empleo es la mejor medicina natural y es esencial para la felicidad humana". Durante la Edad Media apenas se desarrolla la idea del uso de la ocupación con fines terapéuticos y hay que esperar hasta el Renacimiento. El Islam se convirtió en el heredero de la ciencia médica griega y romana y, aunque en menor medida, conservó los primeros esbozos de interés por la ocupación como terapia. Dentro de sus máximos exponentes del saber se encuentra Avicena (980-1037), médico árabe de la época, considerado como el Galeno del islam. Autor del Canon de medicina, citado por Coulter en el Physical Therapy (Nueva York, 1932), quien escribió: "Existe un ejercicio adecuado para cada órgano (...) Ejercitando adecuadamente el cuerpo mediante el movimiento y el trabajo no serían necesarios médicos ni remedios".

Se debe sumar a estos intentos de tratar las enfermedades por medio de actuaciones distintas a las que primaban en ese momento, la circunstancia de que en Europa imperaba el cristianismo, cuya filosofía termina en gran medida con la conceptualización de ciertos trabajos vejatorios, ya que, según el pensamiento cristiano, el trabajo dignifica al hombre y esto va a repercutir en toda la organización de la sociedad de la época.

En occidente el saber se concentra en las órdenes religiosas, que, ya desde el primer momento de su fundación, contemplan el cuidado de los enfermos y el acercamiento de estos a la ocupación. Como ejemplo, se cita la regla de San Benito, creada en el año 529, que, en su capítulo 48º, expone: "A los hermanos enfermos o delicados se les dará una obra o trabajo que les guarde de la ociosidad, sin abandonarles, pero sin inducirles tampoco a esquivarlo".

En la Península Ibérica, quizás gracias a su localización geográfica, confluyen en este momento una serie de factores culturales que van a favorecer la aparición de un nuevo enfoque en las ciencias médicas. En este momento se debe recordar, que se concentran aquí la cultura del Islam y del cristianismo, y que durante muchos siglos habían convivido armoniosamente. Esta situación provoca un intercambio cultural que, sumado a la filosofía renacentista, crea un clima adecuado para el nacimiento de los primeros esbozos de la Terapia Ocupacional.

Es importante señalar que, como afirman los historiadores, es en 1409 y en Valencia donde se funda el primer hospital psiquiátrico de Europa, el Hospital de Santa María de los Santos Mártires Inocentes, por la orden religiosa de los Hermanos de la Merced. Esto sucede mientras en Centro Europa, y también en España, todavía se quemaban y quemarían posesos y brujos, gran número

de ellos enfermos mentales. El enfoque de este hospital es revolucionario para su época: allí se atendían inocentes, orates, débiles de juicio o discreción, inocentes, alienados, insanos o dementes, con el fin de conseguir su reinserción social. Era administrado por un comité formado por diez comerciantes de la ciudad, con una orientación eminentemente laica, y dirigido por siete médicos. No será hasta finales del siglo XVIII cuando el resto de Europa se contagie de esta orientación con el "Tratamiento moral" de Pinel. El tratamiento amable a los pacientes, así como la instauración de un tratamiento por medio de la ocupación rural, significa una fuerte apuesta por una nueva comprensión de la locura y una primicia mundial en el enfoque del tratamiento de los enfermos mentales.

Un personaje importante de la época que es interesante destacar es Cristóbal Menéndez, médico que publica en Sevilla, en 1553, El Libro de Ejercicio corporal y de sus provechos por el cual cada uno podrá entender que ejercicio le sea necesario para conservar su salud, donde utiliza el término de "ejercicio" en un sentido muy amplio, ya que hace referencia a la práctica de cualquier ocupación. Recomienda para la conservación de la salud la realización de ciertas actividades: juegos de naipes, ajedrez, baile, juego de pelota, ejercicios de armas... Es también importante su aportación al incluir la motivación en dichas actividades como elemento fundamental.

La creación del manicomio de Valencia inició un importante movimiento de proliferación de establecimientos asistenciales para enfermos mentales durante los siglos XV y XVI. Pero, de todos ellos, es de máxima importancia el "Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia" de Zaragoza, fundado en 1425 por Alfonso V de Aragón, el Magnánimo, donde se instaura un régimen abierto para los pacientes y aparece por primera vez descrito el tratamiento por medio de

ocupaciones o trabajos, desarrollado por el padre Murillo. Algunos datos sobre el volumen de los pacientes dementes atendidos en esta institución y con este nuevo tratamiento a través de ocupaciones, fueron recogidos por J. J. López González en el diario de Casa mayor:

"Año 1783.

Dementes atendidos- 379.

Dementes fallecidos- 36.

Dementes curados- 69".

El empleo de la ocupación como instrumento en el tratamiento de enfermedades se continuó realizando en España durante los siglos posteriores. Así se deduce de la normativa dictada por la Real Resolución del 21 de julio de 1780, donde se ordena: "La instrucción y aplicación de los hospicianos a los ejercicios, oficios y artes útiles al estado".

Este hospital, antes de ser destruido totalmente por los franceses en la Guerra de la independencia española en 1808, fue estudiado con sumo detalle por M. Liberti, en 1791, medico comisionado por el Comité de Mendicidad de Paris para redactar un informe, dado que dicho comité buscaba reformar la asistencia médica en Francia y, para ello, requirió información sobre los diferentes hospitales representativos de Europa. En dicho informe Liberti cita: "En cuanto al tratamiento, se emplean los baños de agua dulce, los refrescantes; pero estos son por lo general infructuosos. Es así mismo difícil practicarles remedios durante sus accesos, sobre todo las sangrías, pues pueden deshacer el vendaje; más una experiencia constante ha demostrado que en este Hospital el medio más eficaz es la ocupación, o un trabajo que ejercite sus miembros. La mayor parte de los locos que se emplean en los talleres u oficios de la casa curan en general. La experiencia demuestra que

los locos distinguidos que no se emplean nunca como los otros en ocupaciones serviles, o en los trabajos manuales curan muy raramente".

Philip Pinel (1745-1826) se interesó extraordinariamente por la información recogida por Liberti sobre este hospital y seguramente tuvo acceso a este informe, ya que fue publicado, en 1791, en una revista de la cual Pinel también era colaborador. Algunos historiadores especulan con la idea de que existiera una visita por parte de Pinel al citado centro. Otros apuntan que, dado el lema fundacional de este hospital, "Urbis et Orbis", el cual obligaba a admitir y atender a tantos pacientes de fuera de Aragón que lo solicitasen, y dado que en esos momentos en España existía un ambiente tremendamente afín hacia Francia, y al encontrarse el territorio aragonés compartiendo frontera con esta nación, es muy posible que Pinel tratara a pacientes previamente atendidos en el hospital de Zaragoza. De hecho, en 1801, en su *Traite medico- philosophique sur l'alienation mentale*, recoge sus observaciones sobre el Psiquiátrico de Zaragoza y las lleva a la práctica en Francia, liberando a los "locos" de sus cadenas en 1793, como ya se hiciera casi cuatro siglos antes en España, e implanta entonces en Francia, y poco después en el resto de Europa, el "Tratamiento moral", basado en el modelo de asistencia y tratamiento del "Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia" de Zaragoza.

"Tenemos que envidiar a cierta nación vecina un ejemplo que nunca será bastante conocido. No lo presenta Inglaterra ni Alemania sino España, en una de cuyas ciudades Zaragoza, existe un asilo para enfermos y principalmente para locos que lleva el lema "Urbis et orbis". Sus fundadores y directores emplearon el trabajo mecánico para hacerlo servir de contrapeso a los extravíos del entendimiento por la afición que inspira y el deleite que proporciona el cultivo de los campos, y

por el natural instinto que conduce al hombre a satisfacer sus necesidades con el fruto de su industria. El hombre es consolado de este modo en la mayor y más horrible de sus desgracias. Su dignidad ha salido victoriosa, triunfo que corresponde al manicomio de Zaragoza". Placa conmemorativa de un texto del *Traite médico-philosophique sur l'alienation mentale* de Pinel, situada en el Hospital Psiquiátrico Nuestra Señora del Pilar. Zaragoza.

Por tanto, si se acepta, como la comunidad internacional afirma, que el Tratamiento moral es el antecesor de la Terapia Ocupacional, debemos considerar que en estas instituciones psiquiátricas hospitalarias españolas se encuentran los verdaderos cimientos de esta profesión, la Terapia Ocupacional. El "tratamiento moral" del enfermo es utilizado como un mecanismo de ajuste y adaptación propiciado por el seguimiento de normas y el desarrollo de hábitos sociales de carácter benéfico. La vida en ambiente saludable, la dieta adecuada, la actividad organizada, los principios de la moral imperante en las clases acomodadas, con una vuelta a la naturaleza a través del bucolismo y del espíritu roussoniano constituyen la esencia de este "tratamiento moral".

Pinel considera la ocupación como elemento esencial para la concepción del tratamiento moral. Introduce el uso de las actividades como la música, la literatura, el ejercicio físico y el trabajo que pasaron a formar parte del programa terapéutico de cada institución, con la condición de ser empleados de acuerdo con los gustos del enfermo. Análisis, razonamiento y planificación son principios necesarios para la utilización del tratamiento moral según Pinel. En Inglaterra surge muy pronto una corriente similar siendo William Tuke el pionero de esta nueva manera de ver y abordar la enfermedad.

Los postulados del tratamiento moral tenían una influencia desigual a lo largo de la primera mitad del S XIX en Europa y en los Estados Unidos, país al que llega su influjo, fundamentalmente, a través de Inglaterra (vid: Reedy Sanderson, 1999). Especialmente las ideas de los cuáqueros ingleses sirven de referencia a múltiples instituciones y personajes relevantes en EEUU y vinculados a la atención de las personas con trastornos mentales, ya desde las primeras décadas del siglo XVIII. Ya en 1709 se recoge el interés temprano de los cuáqueros por la ayuda a los locos (vid: Foucault, 1967); esta disposición genera diferentes iniciativas. En 1756 se inaugura el "Pennsylvania Hospital for the Insane", siendo el primer médico de esta institución Benjamín Rush (1745-1813), considerado padre de la psiquiatría norteamericana. Durante las primeras décadas del siglo XIX las visitas de cuáqueros norteamericanos de Pensilvania y Nueva York al Retiro de York fueron frecuentes, importando a los Estados Unidos algunas de las ideas del tratamiento moral que formaron parte de distintas iniciativas: el "Lunatic Asylum of New York", en 1815, primera institución de carácter privado ("corporate asylum") para enfermos mentales en los Estados Unidos, dirigido por Thomas Eddy, cuáquero norteamericano; el "Friend's Asylum", en 1817, dirigido por Thomas Scattergood; el "McLaen Asylum" de Boston, fundado en 1818 y dirigido por el Dr. Rufus Wymann, basado en la planificación de ocupaciones; el "Bloomington Hospital" en Nueva York y el "Hartford Retreat" en Connecticut (vid: Punwar y Peloquin, 2000).

Siguiendo la costumbre imperante en Europa, los superintendentes de las primeras instituciones, seculares cuáqueros, se encargaban de supervisar la aplicación de los principios del tratamiento moral, mientras que los médicos residentes se ocupaban de proveer los tratamientos médicos. Sin embargo, a mediados del siglo XIX la figura del médico se impone en la dirección de los asilos, combinando las funciones médicas y la supervisión de la aplicación de los principios del

tratamiento moral. Los primeros líderes en la psiquiatría norteamericana, entre otros, Abraham Brigán (1798-1849) y Pliny Early (1809-1892), en Nueva York; Thomas Kirkbride (1809-1883), en Pensilvania; Luther Bell (1806-1862), en Massachussets, e Isaac Ray (1807-1881), en Maine, fundadores de la Asociación Americana de Psiquiatría el 16 de octubre de 1844 en Filadelfia (con el nombre de Asociación de Superintendentes Médicos de Instituciones Americanas para Enfermos Mentales), se constituyen a partir de 1840 en la principal vía de implantación de los principios del tratamiento moral en los Estados Unidos (vid: Reed, 1993).

El afianzamiento de la figura del superintendente médico y su tutela sobre la segunda generación de asilos consolida la forma en que se practica el tratamiento moral en Estados Unidos (vid: Pelloquin, 1989). Entre 1840 y 1842 se desarrollan en el "Pennsylvania Hospital for the Insane" programas basados en la utilización de actividades como tratamiento. El Dr. Thomas Kirkbride (1809-1883) fue el encargado del diseño y supervisión de estos programas después de visitar varios asilos en Inglaterra y EEUU. Además, las directrices desafiadas por Kirkbride para la construcción de los asilos, aprobadas por la Asociación de Superintendentes Médicos, guían la construcción de los asilos estatales a lo largo del siglo XIX. El Asilo "Sheppard and Enoch Pratt Hospital" creado en 1895, el mismo año en que Dunton, posteriormente fundador de la Terapia Ocupacional, pasa a formar parte del equipo médico de esta institución. Isaac Ray Abraham Brigham, Pliny Early y Luther Bell asumen la función de superintendentes de los principales asilos privados y, durante la segunda mitad del siglo XIX, están directamente implicados en la creación de los primeros asilos estatales en Worcester y Utica.

Como queda dicho, la concepción que de la enfermedad mental tenía este grupo de psiquiatras estaba fuertemente influenciada por los principios del tratamiento moral. En sus presupuestos, la enfermedad mental se basaba en las relaciones de la mente y el intelecto con el medio que rodea a la persona; así, las operaciones mentales, el conocimiento y las ideas tienen su origen en las sensaciones transmitidas al cerebro desde el mundo exterior. Las tensiones sociales, la desorganización del entorno y de las emociones provocan que las sensaciones resultantes se desorganicen, dando lugar a trastornos del juicio, alucinaciones o lapsos de memoria, aun manteniendo aparentemente intactas las funciones intelectuales del sujeto. Sus recomendaciones clínicas para el abordaje de la enfermedad mental se basaban en la instauración en el asilo de un entorno más adecuado. El principio fundamental del tratamiento giraba en torno a la estructuración del tiempo cotidiano por medio del trabajo: mantenerse ocupado como salvaguarda de la adhesión del enfermo mental a los hábitos morales adecuados. Así, los hombres se ocupaban en actividades de carpintería, pintura o mantenimiento de la institución y las mujeres, en tareas domésticas y artesanales.

El período de mayor auge del tratamiento moral en EEUU abarca de 1840 a 1880. Después de este lapso de tiempo declina progresivamente a favor de otro tipo de afrontamiento de la enfermedad mental. El deterioro de las condiciones de las instituciones, el cambio de las características culturales y de la tipología médica de la población tratada, las dificultades para el mantenimiento económico de los asilos y la modificación del pensamiento médico sobre la etiología de la enfermedad mental ejercerán una influencia determinante en la dirección del cambio. A causa de la guerra civil en Estados Unidos se entra en un período de letargo para este tratamiento, y la ocupación no resurge hasta principios del siglo XX bajo el término Terapia Ocupacional.

El movimiento llamado de artes y oficios, conocido como otro antecesor de la Terapia Ocupacional, surge a partir de 1860. Las ideas del Movimiento de las Artes y Oficios tienen también su origen en Inglaterra: John Ruskin (1819-1900) y Williams Morris (1834-1896) son sus principales representantes. Las ideas básicas de los fundadores de las Sociedades de Artes y Oficios ensalzan el valor del producto manufacturado y rechazan la producción industrial. Desde su perspectiva, la producción en cadena cercena la integridad del trabajador y su valía como ser humano; consecuencia del trabajo repetitivo, desligado de valores culturales, en el que prima la cantidad y rapidez en la producción frente a la calidad y elaboración del producto realizado.

A partir de esta premisa, la producción artesanal, en oposición a la fabricación en serie, se asocia con el orgullo y dignidad del trabajador o artesano. Consecuentemente, el trabajo artesanal puede ser utilizado como método educativo o terapéutico en la medida en que se vincule la felicidad del hombre al trabajo que realiza. Esta idea puede resumirse en el lema: "el trabajo es salud". El trabajo implica una responsabilidad social: el arte y el trabajo deben beneficiar a la comunidad. Los productos fruto del trabajo, sólidos y útiles, simbolizan los principios morales aplicables al hombre. El trabajo se asienta en los valores que unen la labor, la familia y la comunidad. En resumen, se ensalza la construcción de objetos de alto valor estético y de utilidad para su uso diario; este tipo de desempeño laboral encarnaría unos valores morales y un estilo de vida más significativo que el trabajo realizado en la fábrica. Según recoge Reed, en estos enfoques predominarían la práctica psiquiátrica y física respectivamente, aunque algunos terapeutas ocupacionales retomaran la terapia industrial y laboral en la rehabilitación psiquiátrica.

El doctor Adolf Meyer a finales del siglo XIX y principios del XX proporcionó a la Terapia Ocupacional una base filosófica sobre la que pudo crecer. Consideraba muchos de los trastornos mentales como resultado de hábitos o comportamientos desorganizados que provocaban problemas para llevar una vida normal; creía que los ritmos cotidianos (trabajo, juego, descanso y sueño) debían estar en equilibrio, logrado por el hacer y la práctica habitual, con un programa de vida saludable como base para un sentimiento o emoción sana. En 1892 escribía: "El uso apropiado del tiempo en alguna actividad útil y gratificante parece ser una cuestión fundamental en el tratamiento de pacientes neuropsiquiátricos". Así el tratamiento se volvió una mezcla de placer y trabajo que incluía actividad productiva y ocio. Las relaciones interpersonales fueron igualmente importantes, dado que Meyer afirmaba que el contacto personal con los instructores era lo que hacía emerger un intercambio de recursos y experiencias. Era de vital importancia que estos instructores fueran capaces de respetar los intereses y las capacidades naturales de sus pacientes.

Herbert J. Hall, en los inicios del siglo XX prescribía la "cura de trabajo" como un tipo de medicina para dirigir el interés y regular la vida. En 1906, este médico estableció un taller en Marblehead en el que se usaban el tejido a mano, la talla de madera, el trabajo en metal y la cerámica como tratamiento para la neurastenia. Creía que la adecuada ocupación de las manos y de la mente es un factor muy potente en el mantenimiento de la salud física, moral y mental en el individuo y la comunidad. En 1908 inició un programa de formación que se centraba en el trabajo como tratamiento y en 1915 fue coautor del libro "El trabajo de nuestras manos -Un estudio de las ocupaciones para los inválidos-" que se puede considerar como el primer estudio sistemático acerca de los efectos de la ocupación sobre la salud mental.

Otra figura clave, Eleanor Clarke Slagle, su trabajo con el doctor Meyer, en 1915 organizó en Chicago la primera escuela para terapeutas ocupacionales: The Henry B. Favill School of Occupations, que dirigió desde 1918 a 1922. En dicha escuela recalcó entre otras recomendaciones, el arte de hacer las cosas de una manera aceptable socialmente, la interdependencia de los componentes físico y mental graduando la actividad de simple a compleja, y la necesidad de establecer el hábito de la atención y construir sobre el. Estos objetivos pueden conseguirse utilizando actividades manuales, trabajo vocacional y preindustrial, baile folklórico, juegos, actividades de recreo y gimnasia, y todo ello basado en la filosofía de Meyer del equilibrio entre trabajo, descanso y juego.

Si alguien está considerado como el padre de la profesión es el doctor William Rush Dunton Jr., como psiquiatra, ya en 1895, utilizaba la Terapia Ocupacional como tratamiento de los pacientes mentales. En 1912 se hizo cargo del Programa de Ocupaciones y Recreo en el Sheppard and Enoch Pratt Asylum de Baltimore, siendo en 1915 cuando publicó el primer texto completo de Terapia Ocupacional: "Occupational Therapy". Su segundo libro, "Reconstruction Therapy" (1919) estableció un credo para los terapeutas ocupacionales que aún tiene sentido hoy. Editó la primera revista: "Archives of Occupational Therapy", y trabajó como presidente de la primera Sociedad Americana de Terapia Ocupacional (NSPOT), defendiendo a través de sus escritos la joven profesión, a la que proporcionó consejo y conocimiento hasta su muerte en 1966. George Edward Barton, arquitecto que experimentó personalmente los beneficios del tratamiento de la ocupación en la convalecencia de una tuberculosis, organizó en 1914 la Consolation House en Clifton Springs, donde por medio de las ocupaciones, los enfermos continuaban su convalecencia de trastornos crónicos y desarrollaban sus destrezas vocacionales para incorporarse posteriormente a

una vida activa y productiva. Fue cofundador de la National Society for the Promotion of Occupational Therapy (NSPOT) y su primer presidente en 1917.

El Pragmatismo, corriente filosófica considerada como la primera tradición originaria de Norteamérica, ejercerá una poderosa influencia en las ideas de los fundadores de la Terapia Ocupacional, como queda reflejado en la literatura sobre la materia (Bing,1981; Breines, 1989; Peloquin, 1991; Turner, 1996; Reed, 1999; Romero, 1999; Punwar y Peloquin, 2000 y Moruno, 2001).

Como es bien sabido, las ideas del pragmatismo se deben fundamentalmente a Charles Sanders Peirce (1839-1914), William James (1842-1910) y John Dewey (1859-1952) y sus postulados fundamentales y se resumen en: La esencia de una creencia es el establecimiento de un hábito. Así, la veracidad de las creencias humanas está asociada a la incidencia de las mismas en la conducta. Desde este punto de vista, cualquier creencia o idea, para ser significativa, debe afectar a nuestras acciones. La validez de un concepto solo puede alcanzarse a través de las relaciones satisfactorias que esa idea establece con nuestra experiencia. De esta forma, las ideas se contrastan con los efectos de estas en nuestra vida práctica, con su eficacia, funcionalidad o capacidad para satisfacer emocionalmente.

Las ideas deben relacionarse con las consecuencias derivadas de las acciones que guían para, de esta forma, determinar su validez y significado (vid: Leahey, 1995). Los filósofos norteamericanos colocan la acción humana en un lugar privilegiado al actuar como tamiz del conocimiento, idea que ejercerá una gran influencia en la cultura norteamericana de principios del siglo XX y cuya

vigencia aún puede rastrearse en la actualidad. Las ideas del pragmatismo tienen un correlato casi inmediato en la educación. Si la veracidad de las nociones y conceptos está vinculada a la utilidad de los hábitos desarrollados por los hombres, la necesidad de estudiar los procesos de aprendizaje parece obvia. Las ideas de Dewey representan el principal exponente de las repercusiones del pragmatismo en la educación: la adquisición del conocimiento debe basarse en la experiencia práctica. Todo conocimiento es válido en tanto que es útil para resolver problemas de nuestra vida diaria y ayuda al ser humano a adaptarse a su entorno. El hecho de que una idea pueda ser considerada verdadera depende del uso práctico con el cual es introducida. La verdad es tentativa y cambiante en la medida en que cambia el ambiente o las situaciones relacionadas con la utilidad de un concepto. El conocimiento se basa en "aprender a través del hacer". El aprendizaje se produce a través de la acción, por medio de la experiencia práctica: se aprende haciendo. Así, el proceso de crecimiento, desarrollo y progreso, más que el producto estático o el resultado de la acción, se convierte en sí mismo en significativo. Esta concepción filosófica fue congruente con las creencias de la moral protestante predominante en la época, para la cual las invenciones humanas llegaron a considerarse como una forma de alabar la gracia divina; con el culto al individualismo y el liberalismo económico, característico del proceso de industrialización que envuelve al país; y con la deificación del progreso tecnológico (vid: Leahey, 1995). No es de extrañar que el pragmatismo y las propuestas educativas de Dewey ejercieran una influencia directa en los pioneros de la Terapia Ocupacional. Prueba de ello es el texto "Studies in Invalid Occupations", publicado por Susan Tracy en 1910, considerado el primer manual sobre Terapia Ocupacional, que hace referencia directa a las ideas de Dewey, distinguiéndolas como base del conocimiento en que se apoya la práctica de la Terapia Ocupacional. Basándose en estos principios se justifica la utilización de ocupaciones como medio terapéutico.

En la Primera Guerra Mundial la Terapia Ocupacional se abrió al enfoque científico para el tratamiento de la incapacidad física, usándose por primera vez dispositivos, técnicas y métodos como el análisis cinesiológico, etc. Las relaciones que explican los efectos de tal acontecimiento en la Terapia Ocupacional se articulan alrededor de tres aspectos fundamentales (vid: Peloquin, 1991 y Gutman, 1997): La implicación de los fundadores (Dunton, Slagle y Kidner) durante el período bélico, tanto en la formación de profesionales como en la provisión de servicios a los soldados. La demanda durante el tiempo de guerra de trabajadores ocupacionales, que incidió en la necesidad de clarificar el tipo de servicio que promovían los fundadores de la Terapia Ocupacional. La vinculación de la Terapia Ocupacional a las prácticas médicas de la rehabilitación física. Sin lugar a dudas, la repercusión de mayor relevancia del conflicto bélico la constituye el cambio en la tipología de los pacientes atendidos en los servicios de Terapia Ocupacional (amputaciones, lesiones craneales, ceguera, y también nuevos trastornos psiquiátricos como las neurosis de guerra), y, consecuentemente, la modificación del tratamiento realizado.

Frente a la emergencia de las nuevas patologías, el trabajo desarrollado por los trabajadores ocupacionales con esta población provoca un cambio cualitativo en la concepción del uso de la ocupación; esta adquiere paulatinamente el valor de servir de medio para alcanzar la funcionalidad entendida como la recuperación, desarrollo y mantenimiento de la capacidad funcional del organismo, en particular de individuos con miembros amputados, para la realización de actividades laborales y de automantenimiento. A estos hechos se viene a sumar el desarrollo de los principios básicos de la ergonomía, que surge también durante los años de conflicto y que propugnan la adaptación de la maquina al ser humano. Así, la adaptación de puestos de trabajo, el entrenamiento

en el uso de prótesis y ayudas técnicas que posibiliten la actividad laboral y la autonomía personal en el aseo, vestido o transporte se constituyen en objetivos terapéuticos con los veteranos de guerra, objetivos que los terapeutas ocupacionales adoptan como propios. Así, desde un primer momento la práctica incipiente de la Terapia Ocupacional se integra plenamente en la atención médica de las discapacidades físicas, desarrollando intervenciones que persiguen la reincorporación del individuo a la vida productiva, la adaptación y desafío de ayudas técnicas y la compensación de discapacidades permanentes (vid: Gutman, 1997).

En 1916, Goldthwait y Brackett desafían un plan para la organización de los servicios ortopédicos a los mutilados de guerra durante el período bélico. El plan de tratamiento diseñado estaba integrado por tres etapas en el proceso de rehabilitación: cuidados de cirugía ortopédica en la fase aguda, talleres curativos de Terapia Ocupacional para encamados durante el período de convalecencia y reeducación vocacional previa al alta hospitalaria. De esta forma, la Terapia Ocupacional se ubica en un lugar privilegiado dentro de los planes de tratamiento de los heridos de guerra (vid: Gutman, 1997). Durante ese mismo año, Thomas Bessell Kidner (Londres, 1866-1932), firmante del acta fundacional de la Terapia Ocupacional, es nombrado "Vocational Secretary of the Canadian Military Hospitals Commission", posteriormente prestará sus servicios en la Oficina Federal de Educación Vocacional de los Estados Unidos. Kidner es un ferviente defensor del servicio de Terapia Ocupacional como medio de proveer actividades laborales en un encuadre hospitalario que fomente el restablecimiento de la musculatura, las articulaciones, nervios, con el objetivo último de facilitar la reincorporación de los pacientes a sus puestos de trabajo.

Además, durante el Segundo Encuentro Anual de la Sociedad Nacional para la Promoción de la Terapia Ocupacional, Dunton recibe un telegrama del General Pershing solicitando, tan pronto como sea posible, alrededor de dos mil nuevos ayudantes ocupacionales. La Primera Guerra Mundial influirá de forma determinante en la conceptualización de la Terapia Ocupacional de este autor; la experiencia desarrollada por los terapeutas ocupacionales durante la contienda acentúa la influencia médica en la concepción de Dunton; "the physical side of occupational therapy" (vid: Dunton, 1919, en Peloquin, 1991). Así, en su libro "Reconstruction therapy" incluye fotografías de individuos utilizando ayudas técnicas para la realización de actividades de aseo, laborales y para el transporte. De esta forma, la práctica clínica de la Terapia Ocupacional durante la guerra añade un nuevo foco de atención centrado en la recuperación funcional del paciente y, ligada a esta aproximación, surge una incipiente preocupación por la organización de los conocimientos científicos que subyacen a la práctica.

La clasificación propuesta por Dunton, que establece tres tipos diferentes de trabajo ocupacional, ejemplifica la diversidad de ideas que se aglutinan en la concepción inicial de la Terapia Ocupacional (vid: Dunton, 1919, en Peloquin, 1991): "invalid occupation", como la forma más simple de intervención, basada fundamentalmente en la realización de actividades recreativas que promuevan una mejora del estado de ánimo, el descanso y que sirvan de válvula de escape frente a las ideas morbosas asociadas a la enfermedad; "occupational therapy", que define como la intervención más característica, encaminada a la recuperación de la funcionalidad física y mental; y "vocational training", que no considera Terapia Ocupacional en sí pero que está asociada a ella cuando se persigue la recuperación de la funcionalidad de personas discapacitadas. De esta forma, desde el ámbito práctico, se produce un giro que provoca un cambio sustancial en la profesión, la

Terapia Ocupacional pasa a interesarse por la reeducación de cualquier forma de discapacidad, sea somática o psíquica, que afecte a la funcionalidad del individuo.

La finalización de la Primera Guerra Mundial provoca que decrezca el número de pacientes con discapacidad física y que la práctica clínica vuelva a concentrarse en el campo de la salud mental. En Estados Unidos, en 1937, los terapeutas ocupacionales en activo en los distintos ámbitos clínicos se distribuyen según los siguientes porcentajes: 2% en ortopedia, 59% en hospitales psiquiátricos, 25% en hospitales generales, 8% en hospitales de tuberculosos, y el 6% en otras instituciones (vid: Hopkins y Smit1998).

Discapacidad Intelectual

En el DSM-5 (APA, 2013) se sustituye el término de ‘retraso mental’ que aparece en el DSM-IV (APA, 1995) y DSM-IV-TR (APA, 2000), por el de Trastorno del Desarrollo Intelectual (TDI), manteniéndose la subclasificación existente, aunque con los nombres de: 1. TDI Leve 2. TDI Moderado 3. TDI Severo: 4. TDI Profundo 5. Retraso Global del Desarrollo (por ‘retraso mental de gravedad no especificada’). El cambio de terminología se debía haber hecho hace ya mucho tiempo y por la misma razón por la que el término ‘retraso mental’ sustituyó a los términos de ‘morón’, ‘imbécil’ e ‘idiota’ con los que se denominaban al RM leve, RM moderado y al RM severo hasta bien entrado el siglo XX: porque el término ‘retraso mental’ puede resultar ofensivo. Los TDI quedan englobados, en DSM-5, dentro de los Trastornos del Neurodesarrollo.

1. Definición y diagnóstico de la Discapacidad Intelectual.

Verdugo y Schalock (2010), citando a Schalock et al. (2010), parten de cinco premisas para definir operativamente la DI, estas son: 1. Las limitaciones en el funcionamiento presente se deben considerar en el contexto de ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura. 2. Una evaluación válida tiene en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y conductuales. 3. En una persona, las limitaciones coexisten habitualmente con capacidades. 4. Un propósito importante de la descripción de limitaciones es el desarrollo de un perfil de necesidades de apoyo. 5. Si se mantienen apoyos personalizados apropiados durante un largo periodo, el funcionamiento en la vida de la persona con DI generalmente mejorará (Verdugo y Schalock, 2010, pp. 12-13). Así pues, la DI definida por sus características queda así: “La discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en funcionamiento intelectual como en conducta adaptativa tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad aparece antes de los 18 años” (Schalock et al., 2010, p. 1). Las limitaciones referidas se atribuyen a diferentes causas según el enfoque de estudio de la DI: Ambiental: los problemas están causados por déficits en la conducta adaptativa. Cognitivo: el problema está en que los procesos cognitivos (procesamiento de la información, procesos de autorregulación, metacognición) que emplea el sujeto son inadecuados, solución: empleo de programas de modificabilidad cognitiva (PEI, Harvard, Bright Star). Conductista: desde este punto de vista las limitaciones que presenta un sujeto con DI son debidas a que su repertorio de conductas es muy limitado, la solución está en ‘implantar’ esas conductas en el individuo mediante programas de modificación de conducta. Evolutivo: el desarrollo de los sujetos con DI es el mismo que el de los sujetos ‘normales’ pero más lento. Médico: la DI es causada por un síndrome, por una enfermedad, etc. Según los criterios que aparecen en DSM-IV y IV-TR, para poder diagnosticar DI es necesario

que se cumplan tres (los tres) requisitos: a) el CI debe ser menor o igual a 70, b) el sujeto debe presentar alteraciones en la adaptación a su medio, c) el comienzo del trastorno debe ser antes de los 18 años (en DSM-5 se indica que el inicio debe ocurrir durante el período de desarrollo, viene a ser lo mismo). (Tabla 1. Criterios para el diagnóstico del retraso mental en DSM-IV APA, 1995, p. 48).

A. Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio: un CI aproximadamente de 70 o inferior en un test de CI administrado individualmente (en el caso de niños pequeños, un juicio clínico de capacidad intelectual significativamente inferior al promedio).

B. Déficit o alteraciones concurrentes de la actividad adaptativa actual (esto es, la eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y por su grupo cultural), en por lo menos dos de las áreas siguientes: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.

C. El inicio es anterior a los 18 años. Código basado en la gravedad correspondiente al nivel de afectación intelectual: Retraso mental leve: CI entre 50-55 y aproximadamente 70. Retraso mental moderado: CI entre 35-40 y 50-55. Retraso mental grave: CI entre 20-25 y 35-40. Retraso mental profundo: CI inferior a 20 o 25. Retraso mental de gravedad no especificada: cuando existe clara presunción de retraso mental, pero la inteligencia del sujeto no puede ser evaluada mediante los test usuales.

2. Clasificación de los TDI.

Las características que siguen a continuación describen de forma general cada uno de los colectivos, pero no se puede olvidar que la variabilidad intersujetos es enorme. Se establecen cuatro tipos de trastorno [retraso mental (RM) en DSM-IV y IV-TR]:

A) Leve (CI: 50-55 y 70; 85% del total). Estos sujetos pueden pasar inadvertidos en la etapa de educación infantil. Con apoyos y adaptaciones adecuadas pueden terminar la escolaridad obligatoria con un nivel de educación primaria. Cuando son adultos pueden llevar a cabo una vida más o menos independiente.

B) Moderado (CI: 35-40 y 50-55; 10% del total). Estas personas adquieren habilidades de comunicación en la primera niñez, pueden atender a su cuidado personal, suelen alcanzar un nivel de un 2º de primaria en relación con los aprendizajes escolares y de mayores pueden realizar, con supervisión, trabajos no cualificados. Igualmente, con supervisión, pueden vivir en comunidad en centros.

C) Grave (CI: 20-25 y 35-40; 3-4% del total). En la etapa escolar estos niños pueden aprender a hablar, a realizar habilidades elementales de autoayuda, una lectura mínima (algunas palabras). En la adultez pueden, siendo estrechamente supervisados, realizar tareas simples y vivir en comunidad.

D) Profundo (CI < 20; 1-2% del total). La causa del trastorno suele ser un problema neurológico. El ambiente en el que se desenvuelven estas personas debe estar muy estructurado y muy

supervisado. En DSM-IV y IV-TR se dice que un sujeto con RM leve es ‘educable’ (educable) y con RMModerado, RMGrave y RMProfundo “adiestrable” (trainable). Afortunadamente en DSM-5 estos calificativos desaparecen.

E) de gravedad no especificada. Esta categoría se emplea cuando existe una clara sospecha de la presencia del trastorno, pero por la razón que sea no podemos evaluar la inteligencia del sujeto por medio de los tests usuales (p.e.: individuos excesivamente deficitarios o no cooperadores, o niños).

3. Etiología.

En DSM se dice que las causas del trastorno pueden ser, en primer lugar, biológicas y/o psicosociales pero que en un 30-40% de los sujetos que han pasado por centros clínicos es imposible determinar una causa clara. Opinión semejante es la que sustentan González, Raggio-Risso, Boidi-Hernández, Tapié-Nicolini, y Roche-Lowezy (2013), según estos autores la mitad de los niños con retraso mental permanecen sin diagnóstico etiológico a pesar de los avances médicos que se han dado en los últimos años. Las causas del trastorno según DSM-IV y IV-TR son:

- a) Hereditarias en, aproximadamente, un 5 %. Ej.: síndrome de X frágil.
- b) Alteraciones en el desarrollo embrionario, aprox. un 30 % de los casos. Ej.: – cromosómicas: síndrome de Down (trisomía 21), – otras: consumo materno de alcohol (durante el embarazo), infecciones, etc.
- c) Problemas durante el embarazo y en el momento del parto (perinatales), aprox. un 10 %. Ej.: malnutrición fetal, prematuridad, hipoxia, infecciones víricas (rubéola), traumatismos, etc.
- d) Posnatales. Enfermedades adquiridas en la infancia y la niñez (encefalitis, meningitis, etc.), traumatismos, et., son responsables de un 5 % de los casos aproximadamente.

e) Entre un 15 y un 20 % de los casos son debidos a influencias ambientales: falta de estimulación social, lingüística y de cualquier otro orden, y a otros trastornos mentales graves (p.e.: TEA autista).

Por su parte, González et al. (2013) estiman:

- Causas genéticas (ej.: síndromes de Down y X frágil): 40 % de los casos,
- Teratógenos 5 ambientales y prematuridad: 20 %,
- Enfermedades metabólicas (ej.: fenilcetonuria 6): 1-5 %, y
- Múltiples causas: 3-12 %.

Afinando más, se puede decir que:

a) en la mayoría de los casos leves, la causa es desconocida aunque se apunta a la incidencia de factores sociales,

b) en los demás casos suele haber una causa médica que explica el trastorno.

4. Procesos Cognitivos.

Las personas con TDI funcionan con dificultades en sus procesos cognitivos y nos interesa saber el impacto que dichas dificultades tienen en el aprendizaje de las habilidades que les permiten funcionar con el máximo de autonomía en su vida diaria.

- Atención. La atención en su dimensión temporal puede clasificarse en atención a corto plazo y atención sostenida, las personas con TDI suelen tener problemas en la atención sostenida, les cuesta trabajo mantener la atención un período más o menos largo en la tarea, a corto plazo no suelen tener problemas. Por otra parte, mediante la atención selectiva se puede seleccionar de entre un conjunto de estímulos aquellos que son relevantes. Si no se presta atención a los aspectos relevantes de los estímulos es imposible que se produzca aprendizaje discriminativo: los sujetos con TDI emplean más tiempo en realizar este tipo de operaciones.

- Memoria. Los sujetos con TDI tienen dificultades en todos los aspectos de la memoria:
 - en el registro sensorial: la información a aprender se mantiene durante unos meses,
 - en la memoria a corto plazo (MCP): la información a aprender se mantiene activa durante unos pocos segundos hasta que es transferida a la MLP,
 - en la memoria a largo plazo (MLP): las personas con TDI tienen dificultades en los dos procesos que la componen: metamemoria: darse cuenta del control de la memoria, y control ejecutivo: la forma de controlar y coordinar diferentes procesos de información.
- Lenguaje.

Existe una fuerte conexión entre el retraso en diferentes áreas del lenguaje (desarrollo del vocabulario, discriminación auditiva, estructura gramatical y longitud de las frases) y los TDI. Los niños con TDI adquieren el lenguaje a una velocidad más lenta que los niños sin TDI.

5. Características de Personalidad.

Sin olvidar que cada persona es diferente y la gran variabilidad existente entre los sujetos con TDI, apuntaré algunas de ellas:

- autoconcepto, parece ser que el autoconcepto de los alumnos con TDI ubicados en aulas específicas de educación especial es más negativo que el de alumnos con TDI situados en aulas ordinarias (no es concluyente),
- capacidad intelectual limitada,

- estrategias tendentes a evitar el fracaso no a conseguir el éxito, incentivos negativos tales como no ser castigado, facilitan el aprendizaje,
- locus de control externo, el sujeto cree que todo lo que le sucede está fuera de su control, no puede hacer nada para ‘cambiar su destino’, todo está dominado por el azar o por lo que hacen los demás (es un concepto semejante al de indefensión aprendida).
- motivación, debido a la historia personal de fracasos: motivación para huir del fracaso.

6. Potencial de aprendizaje.

Para el maestro ‘generalista’ el concepto psicométrico de la inteligencia no le resulta de gran valor, el saber si un niño en cuestión tiene un CI de 89 o de 91 no le va a resolver el problema de ‘cómo atenderle’, ‘cómo hacer que aprenda’. A este tipo de profesional le es mucho más útil el concepto de ‘potencial de aprendizaje’ definido por Robles y Calero (2008) como “la capacidad de un sujeto para sacar provecho de un entrenamiento dirigido a la enseñanza de resolución de problemas más o menos complejos en los que en un principio fracasa” (p. 58). En otras palabras, el potencial de aprendizaje es la capacidad que tiene el sujeto para aprender aquello que en la actualidad no domina. El enfoque psicométrico pone el acento en qué obtiene el sujeto (el producto), mientras que el enfoque del potencial de aprendizaje acentúa el cómo (proceso cognitivo) se llega al producto obtenido por el sujeto; al contrario que en la evaluación psicométrica de la inteligencia, en la que el maestro no puede hacer este tipo de evaluación, el maestro puede, y debe, realizar la evaluación del potencial de aprendizaje de sus alumnos. Suponiendo que se tenga un alumno que presenta dificultades en la realización de la tarea ‘X’ o que se quiere saber si un alumno en cuestión es capaz de realizarla:

1º) Analizar la tarea para ver qué tipo de habilidades cognitivas están implicadas en ella (exploración, habilidades lingüísticas, orientación espacial, comparar, relacionar)

2º) Diseñar 3 versiones de la tarea en cuestión con igual nivel de dificultad,

A: administrar al alumno una de las versiones sin ofrecerle ayuda de ninguna clase; en este punto hay que observar las dificultades con que tropieza el niño.

B: entrenar con otra versión de la tarea, ahora es cuando podemos ofrecer toda la ayuda que sea necesaria, hay que observar todos los detalles significativos.

C: evaluar con la tercera versión, no se ofrece ningún tipo de ayuda,

3º) Comparar la ejecución del sujeto entre A y A',

4º) Establecer las conclusiones pertinentes.

El concepto de potencial de aprendizaje se relaciona con la teoría de Vygotsky acerca de las zonas de desarrollo y con la de Feuerstein sobre el aprendizaje mediado. Vamos a repasar estos conceptos por su indudable importancia. La teoría de Vygotsky viene a decir que en el aprendizaje del individuo existen dos zonas:

- la del desarrollo real, que coincide con lo que el sujeto domina del currículo, y
- la del desarrollo próximo (o potencial), que es aquella en la que el sujeto puede llegar a dominar aquellos aspectos que no domina con ayuda o sin ella, Vygotsky (1979) define esta zona como: la distancia entre el nivel real de desarrollo del niño, determinado por la capacidad de resolver independientemente un problema, y el desarrollo potencial, determinado a través de la resolución de un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración con otro compañero más capaz (p. 133).

Una tercera zona sería la del desarrollo lejano en la cual el sujeto sería incapaz de aprender con o sin ayuda. El proceso de aprendizaje del alumno debe situarse en la Zona de Desarrollo Próximo (ZDP), ¿qué pasaría si esto no sucediera?, veamos, suponiendo que la enseñanza -que no el aprendizaje- se situara en la zona de desarrollo real, se tendría a un maestro empeñado en enseñarle a su/s alumno/s cosas que ya saben. Esto sucede cuando el maestro se empeña en que sus alumnos realicen retahílas inmensas de ejercicios repetitivos que rebasan con creces la automatización de la habilidad de que se trate: ‘para mañana tenéis que traer hechas las 257 sumas de los deberes’, así lo que se consigue es que el alumno se aburra y se harte hasta llegar a aborrecer el colegio, no tiene sentido enseñar al alumno lo que ya ha aprendido.

En el caso del aprendizaje situado en la ZDP, el alumno no domina lo que el maestro intenta enseñarle, pero puede llegar a dominarlo con o sin ayuda, ayuda que puede venir dada por cualquier medio: maestro, libros, tv, compañeros de clase (aprendizaje cooperativo), etc., el aprender en esta zona supone un reto para el alumno, son aprendizajes nuevos que despiertan su curiosidad.

La enseñanza -que no es aprendizaje, otra vez- situada en la zona ‘lejana’ es absurda, no se puede enseñar a nadie aquello que no está preparado para aprender: no se puede enseñar a un chico de 4 años física cuántica (creo), la desesperación del chico que se da cuenta de que no entiende, ni va a entender, lo que le enseñan está asegurada. Feuerstein (Feuerstein y Rand, 1974; Feuerstein, Rand y Hoffman, 1979), apoyándose en las ideas de Vygotsky, desarrollo su teoría sobre el aprendizaje mediado. Según Martínez Beltrán (1990): La Experiencia de Aprendizaje Mediado, tal como la define Feuerstein, consiste en procesos de interacción entre un organismo humano en desarrollo y

el adulto con experiencia, que, al interponerse entre el alumno y las fuentes externas de estimulación, media entre el mundo y el niño creando un marco, seleccionando, localizando y alimentando las experiencias ambientales de tal manera que se produzca un conjunto de formas y hábitos apropiados de aprendizaje (p. 108).

En resumidas cuentas: el aprendizaje mediado consiste en los procesos de interacción que se producen entre el que aprende y el que enseña, este último -que no tiene que ser únicamente el maestro- hace de mediador entre el conocimiento y el sujeto que aprende. La falta de experiencias de este tipo de aprendizaje hace que el alumno sea un receptor pasivo de información y el maestro un transmisor de la misma.

Así pues, en el proceso de aprendizaje juega un papel esencial la figura del ‘mediador’ que es aquella persona/personas/experiencias que interactúa/n con el alumno. Esta teoría pone el énfasis en la interacción organismo-ambiente.

6.1. Intervención en el trastorno: PEI.

Según Feuerstein y cols., el responsable de los problemas que surgen, o pueden surgir, en las tres fases del procesamiento de la información (entrada, elaboración y salida de la información) es un inadecuado aprendizaje mediado. Hay que apuntar que a las tres fases se superpone una dimensión afectiva que puede afectar al rendimiento del alumno. El instrumento utilizado por Feuerstein (1990) para intervenir en el trastorno es el Programa de Enriquecimiento Instrumental (PEI).

El PEI tiene como objetivo general desarrollar y enriquecer el funcionamiento cognitivo del alumno. Sus objetivos específicos son (Prieto Sánchez, 1989):

- Corregir las funciones cognitivas deficientes: percepción, estructuración, pensamiento lógico, etc.
- Adquirir conceptos básicos, vocabulario u operaciones mentales: conceptos espaciales, temporales, relaciones entre los objetos, etc.
- Desarrollar la motivación intrínseca: fomentar en el niño la atracción por las tareas en sí.
- Desarrollar el pensamiento reflexivo: intentar, y conseguir, que el sujeto reflexione y comprenda su propia ejecución (¿cuál es la razón por la que estoy haciendo lo que hago?).
- Desarrollar y fomentar el autoconcepto/autoestima del sujeto: el alumno se perciba como actor y no como receptor del proceso de enseñanza y aprendizaje.

Este programa consiste en la aplicación de una serie de instrumentos (organización de puntos, orientación espacial, comparaciones, clasificaciones, relaciones temporales) que desarrollan una serie de funciones cognitivas que se consideran prerequisites de otros aprendizajes más complejos. Es decir, si se pretende que nuestros alumnos clasifiquen las diferentes especies animales, lo primero que nuestros alumnos deben aprender no son las diferentes clases de animales que existen, sino que deben aprender a clasificar, y para conseguirlo se utiliza uno de los instrumentos del PEI. Por tanto, este programa -que va dirigido a sujetos que presentan problemas de rendimiento académico, retraso mental y empobrecimiento cultural- ha de ser aplicado como parte del currículo escolar. El programa está dirigido a sujetos a partir de 10 años con un CI entre 40 y 90 que puedan recibir información verbal o escrita (hay intentos con versiones del programa para niños de entre 6 y 9 años).

Actividades de la Vida Diaria (A.V.D.)

Las **Actividades de la Vida Diaria** (AVD) son aquellas que componen la actividad cotidiana del ser humano permitiéndole establecer diferentes hábitos y rutinas cuando estas se llevan a cabo de forma autónoma y dentro de un equilibrio ocupacional. Las ocupaciones son centrales en la identidad y capacidades de una persona e influyen en el modo en el que uno emplea el tiempo y toma decisiones.

Las AVD, son de gran importancia para lograr el correcto **equilibrio ocupacional**. Un buen **desempeño ocupacional** probablemente haga que la persona tenga un mayor equilibrio ocupacional, lo que va a conducirnos a una vida plena y feliz. Estas forman parte de las **áreas de ocupación**, también conocidas como **áreas de desempeño ocupacional**. Cada **área de ocupación** es importante, y el hecho de que alguna falle puede repercutir negativamente en otras. Cuando se habla de áreas de ocupación habría que hablar también del trabajo, juego, tiempo libre, participación social y educación.

Trabajo. Se trata de cualquier acción encaminada a conseguir un trabajo o el propio hecho de trabajar en sí mismo. Las actividades de voluntariado también son consideradas como trabajo, aunque no se perciba una remuneración económica. Dentro de este punto hay varios aspectos que se deben tener en cuenta.

1. Interés de la propia persona en encontrar un trabajo y por tanto el interés que pone en su proceso de búsqueda de empleo.
2. El hecho o la acción en sí mismo de encontrar el trabajo.

3. Desempeño que la persona tiene en el trabajo. Cómo trabaja, si lo hace bien o mal, lento o rápido.
4. Proceso por parte de la persona para prepararse el retiro o jubilación. Este punto también está dentro del trabajo y aunque es algo futuro, probablemente llegué un momento en la vida de toda persona en la que haya que pensar en esto.
5. Voluntariados y/o trabajo voluntario. Como ya he dicho, el voluntariado, dentro de esta clasificación, es considerado como trabajo pese a que no se consiga ninguna remuneración económica.

Juego. Estas acciones van a proveer un disfrute a quienes lo practican. Pueden ser simplemente una manera de entretenerse o de pasar el tiempo. Dentro del juego se incluyen dos puntos.

1. La exploración del juego. en Terapia Ocupacional hace referencia al proceso de descubrimiento y aprendizaje del propio juego.
2. Juegos de participación y participación en el juego. Poco más que añadir en este punto, se trata del acto en sí de participación en el juego, que puede llevarse a cabo de forma grupal o individual.

Tiempo libre. Son todas aquellas acciones que se realizan pero que no son obligadas de hacer. Se eligen de forma voluntaria. Para que se consideren como de tiempo libre, deben ser realizadas en un tiempo o momento en el que no entren en conflicto con la obligatoriedad de realizar otras ocupaciones como pueden ser el trabajo, el estudio o el descanso personal. También al igual que con las áreas de ocupación vistas anteriormente, vamos a dividir ésta en dos puntos.

1. **Exploración del tiempo libre** que es el proceso de descubrimiento y afianzamiento.

2. **Preparación en el ocio** que es el proceso que debe realizarse para llevar a cabo ese momento de ocio. Por ejemplo, comprar entradas para ir a ver una película o planificar una excursión a la montaña el fin de semana próximo.

Participación social. Se trata de los eventos en los que hay que estar y participar en sociedad. Implica interacciones con los otros y obliga a adaptarse a un contexto y situaciones consideradas normales dentro de un sistema social determinado. Dentro de la participación social se encuentran tres puntos en los que poner nuestra vista:

1. Participación social con la familia.
2. Participación social en grupo o en comunidades.
3. Participación social con un compañero o amigo.

Educación. Llegando al último punto dentro de las áreas de desempeño ocupacional. Se trata de la educación y se refiere a toda acción necesaria para ser un estudiante y llevar a cabo el rol de estudiante. Hay que destacar tres aspectos:

1. Participación en la educación considerada como formal.
2. Explorar y buscar las necesidades y los intereses propios relacionados con la educación. Esto se refiere a explorar la educación que nos interesa más allá de la educación formal.
3. Participación en la educación informal. Hace referencia a llevar a cabo los estudios o cursos seleccionados voluntariamente por la persona.

Reinserción laboral para personas con discapacidad

Inclusión laboral de personas con discapacidad, es el acceso al empleo en las mismas condiciones de tareas, sueldos y horarios que cualquier otro trabajador sin discapacidad; sin embargo, hay

características propias en el proceso de inclusión con las cuales se puede trabajar para mejorar la calidad del trabajo de un colaborador con discapacidad. Se han identificado los siguientes procesos que permitirán seguir pasos adecuados para la contratación.

Levantamiento de perfil: Es un análisis donde se examina el conjunto de funciones, tareas, rasgos, competencias que debe poseer el puesto de trabajo de acuerdo con el cargo específico a ocupar.

Perfil inclusivo: Es aquel perfil que contiene elementos que permiten levantar información con relación a la vacante o puesto para postulantes con o sin discapacidad.

Proceso de selección: El proceso de selección es aquel que permite a través de ciertas técnicas, se identifique al candidato más idóneo para ocupar la vacante requerida en la empresa; en el proceso de selección inclusivo hay que incorporar la variable de la discapacidad.

Consideraciones importantes: Infórmese sobre la normativa vigente con relación a la contratación de personal con discapacidad. Utilice de preferencia el Servicio Público de Empleo u otras bolsas de empleo, ONG's, que tengan el conocimiento en el área de integración laboral de personas con discapacidad, a fin de acceder a perfiles acorde a sus vacantes. No se anticipe ni se niegue a entrevistar a una persona basándose en el porcentaje de discapacidad. Entregue información sencilla respecto al cargo que desempeñaría. En cualquier vacante que exista, promueva la participación de una persona con discapacidad. Considere la posibilidad de acompañamiento de un familiar para optimizar el proceso de selección, en ciertos tipos de discapacidades.

Pasos del Proceso de Selección:

Reclutamiento: Es el conjunto de técnicas y procedimientos que se proponen atraer candidatos potencialmente calificados para ocupar puestos dentro de cada organización.

Convocatoria: Son aquellos mecanismos de comunicación que buscan informar en primera instancia la disponibilidad de una vacante de trabajo y posteriormente para que asistan a las entrevistas los postulantes.

Entrevista: Es el intercambio comunicativo que se da de modo formal con el objetivo de evaluar la experiencia, el posible desempeño, las capacidades o la confiabilidad que un individuo muestra para un cargo.

Evaluaciones Técnicas y Pruebas Psicométricas: Las evaluaciones técnicas son herramientas que tienen por objeto medir un conocimiento específico; las pruebas psicométricas miden una característica psicológica en particular, rasgos del comportamiento o de la personalidad, también sus competencias en el entorno laboral. Según las habilidades de la persona con discapacidad se deberán adaptar los instrumentos o a su vez realizar los ajustes necesarios que permitan cumplir con esta fase del proceso.

Resultado Final del Proceso de Selección: Etapa en la que se informa o notifica el nombre del postulante seleccionado o las razones del porque no se escogió a candidato alguno. Nota: El resultado final del proceso de selección, debe utilizar las recomendaciones similares a la convocatoria, considerar más tiempo para la presentación de la documentación, puesto que existen

servicios en varias instituciones públicas que demandan de mayor tiempo para el acceso y atención a personas con discapacidad.

Acompañamiento: Es el seguimiento in situ que se realiza a una persona o grupo de personas desde que se incorporan a una organización, luego el nivel de desempeño mientras desarrolla sus tareas, las relaciones interpersonales con compañeros, jefes, además abarca el clima laboral, la comunicación, capacitación, entorno familiar, aspectos psicológicos, de salud, con la finalidad de garantizar la estabilidad y permanencia de personal con discapacidad. Se debe abordar ciertas recomendaciones importantes en este proceso:

Inducción: La inducción debe ser 100% inclusiva y adecuada a las necesidades específicas de la persona con discapacidad (interprete de lengua de señas, accesibilidad a su puesto de trabajo). La empresa debe construir herramientas inclusivas (Técnicas de Comunicación) que le permitan socializar el código de ética interno, el manual administrativo, sobre el comité de seguridad y salud ocupacional o cualquier otra información relevante con relación a horarios y sueldos. Si la persona contratada tiene discapacidad intelectual considere la opción para que un familiar de confianza y/o representante le acompañe a la inducción y la firma del contrato.

Socializar la llegada de una persona con discapacidad a la institución con sus jefes inmediatos y compañeros, identificando su requerimiento para el desempeño laboral y desenvolvimiento general. Explicar, para que con pleno conocimiento se firme el Reglamento Interno.

Durante la relación laboral: Destine personal fijo de preferencia un equipo multidisciplinario para realizar acompañamiento específico de las relaciones interpersonales y laborales de los empleados con discapacidad. Cuando la persona con discapacidad requiera tratamiento o rehabilitación constante se sugiere llevar un registro conjunto de citas, controles médicos para identificar fechas de los permisos requeridos con las justificaciones necesarias. Incluya actividades de información y sensibilización permanentes respecto a la discapacidad en las que participen todos los empleados sin importar su nivel jerárquico. Promueva el dialogo constante entre las personas con discapacidad respecto a sus derechos y obligaciones.

Accesibilidad: Son aquellas condiciones del entorno físico, infraestructura, comunicaciones y transporte, que permiten el libre desenvolvimiento, independientemente de sus capacidades. Está regido bajo parámetros nacionales e internacionales. Todo entorno debe ser concebido, diseñado, construido, equipado y mantenido de forma que cada persona, pueda acceder a él para utilizarlo con autonomía y seguridad. Un edificio es accesible cuando todos sus elementos que lo integran garantizan la accesibilidad del conjunto. Cabe mencionar que toda edificación sea pública o privada, deberá cumplir con la normativa de accesibilidad, para brindar el adecuado servicio a sus funcionarios como a usuarios con y sin discapacidad, obteniendo así construcciones accesibles, amigables y eliminando barreras.

Actividades inclusivas: Es el proceso que permite abordar y responder a la diversidad de las necesidades de todos los colaboradores de la organización a través de una mayor participación, compartiendo en todos los espacios que se desarrollan durante el ámbito laboral y de esta manera reducir la exclusión. Las actividades planificadas para fortalecer el clima laboral deberán

involucrar la participación de todos los trabajadores de forma inclusiva. Si la empresa otorga uniforme a sus empleados deberá elaborarlos en la misma calidad y modelo, para todos sin excepción. Fomentar la inclusión de las personas con discapacidad en todas las áreas de interrelación laboral, sociales, deportivas y demás actividades.

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 Objetivo General

Mejorar la calidad de vida de los pacientes dentro de la Fundación, a través de una mayor participación en ocupaciones significativas y gratificantes, que les provea una mayor independencia en la realización de las Actividades de la Vida Diaria hasta la participación en programas de trabajo.

2.2.2 Objetivos Específicos

Subprograma de Servicio

Trabajar individualmente con cada paciente las Actividades de la Vida Diaria para lograr la independencia; reforzando las capacidades y habilidades cognitivas, sociales y laborales.

Dar seguimiento en el programa de inclusión laboral con el grupo medio, a través del aprendizaje, cuidado y mantenimiento del área de jardinería.

Subprograma de Docencia

Implementar talleres con la participación de los familiares o cuidadores de los pacientes en el seguimiento del aprendizaje de las Actividades de la Vida Diaria y de jardinería, para llevarlo a cabo dentro de sus ambientes familiares o comunidades.

Subprograma de Investigación

Determinar los factores que inciden en la falta de interés de los padres de familia o cuidadores en la ejecución del seguimiento del programa de Actividades de la Vida Diaria.

2.2.3 Metodología del abordamiento

Subprograma de Servicio

En el siguiente subprograma se trabajó en base a dos objetivos específicos; para poder alcanzar los resultados de ambos se desarrolló en dos metodologías diferentes, como a continuación se detalla.

Objetivo 1

Fase 1: Evaluación de cada uno de los pacientes para determinar el grado de dependencia en la realización de las Actividades de la Vida Diaria, a través de un test que describa cada una de las actividades y el grado de dificultad.

Fase 2: Análisis de los resultados de evaluación para identificar el modelo de rehabilitación de cada uno de los pacientes.

Fase 3: Planificación y aplicación del plan de trabajo, realizando reevaluaciones cada cierto tiempo y verificar su mejoría.

Fase 4: Obtención de resultados.

Objetivo 2

Fase 1: Referencia de los jóvenes al área de Terapia Ocupacional por medio de la psicóloga de la Fundación, para la respectiva evaluación y clasificación del grupo de trabajo al que se integrarán.

Fase 2: Evaluación por medio del test, para confirmar el nivel en el que se encuentran los miembros del grupo medio.

Realizar la clasificación de habilidades laborales por medio de la jardinería

Fase 3: Ejecución y acompañamiento del programa de jardinería, haciendo observaciones en la ejecución de las actividades, competencias y dificultades de cada uno de los pacientes.

Realizar evaluaciones en un determinado tiempo.

Fase 4: Obtención y análisis de resultados para avanzar al nivel alto.

Subprograma de Docencia

En este subprograma se incluyó la participación de los padres de familia, desarrollando un plan de trabajo que se trasladó a sus respectivos hogares o comunidades para buscar la independencia de los jóvenes en la ejecución de las Actividades de la Vida Diaria, así mismo motivando la

participación en el aprendizaje de un desempeño laboral de acuerdo a sus habilidades y destrezas, que serán evaluadas por medio de test para identificar qué áreas necesitan ser reforzadas o modificadas. Sus fases se dividieron en las siguientes:

Fase 1: Inicio de planificación sobre el apoyo del proceso de aprendizaje e independencia en el hogar que favorezca la inclusión laboral en los pacientes.

Fase 2: Se presentó a las autoridades superiores el plan de trabajo con el grupo de padres de familia para su aprobación.

Fase 3: Implementación de talleres para padres, para la reeducación del programa de Actividades de la Vida Diaria e inclusión laboral.

Realización de planes de trabajo para implementarlo en sus ambientes familiares o comunidades.

Fase 4: Ejecución y seguimiento del programa de trabajo de Actividades de la Vida Diaria y jardinería llevado a casa o comunidad, a través de lo aprendido en los talleres para padres de familia, haciendo sus respectivas modificaciones (listado de actividades a realizar), para la independencia de los pacientes.

Fase 5: Evaluación y obtención de resultados del programa, con la finalidad de un acompañamiento familiar.

Subprograma de Investigación

Para la ejecución de este subprograma la metodología de trabajo abarca más puntos de referencia, siendo uno de ellos la investigación del problema identificado, pues debe ser una herramienta que nos determine las causas y efectos que tiene la falta de interés de los padres de familia de los jóvenes en proseguir con el plan de trabajo de las Actividades de la Vida Diaria, y cómo esto

perjudica y atrasa el trabajo elaborado dentro de la Fundación a la población de los grupos medios y bajos, este subprograma conlleva una metodología mucho más estructurada pues dependiendo de la investigación y resultados que obtendremos será el éxito o fracaso del plan de trabajo.

Fase 1: Buscar e identificar el problema que afecta la realización del aprendizaje de los jóvenes dentro de sus hogares.

Fase 2: Ya identificado el problema, se consultaron referencias bibliográficas para obtener el conocimiento y así poder elaborar un instrumento que ayude a identificar el ¿Por qué? de la recurrencia del problema encontrado y cómo modificar o contribuir a la participación de la mejora de calidad de vida de los jóvenes.

Fase 3: Elaboración del instrumento de acuerdo a las referencias bibliográficas que determine las incidencias que estén ocurriendo y dificulten el avance de los jóvenes en el aprendizaje de las actividades de la vida diaria como en el plano laboral.

Fase 4: Diseñado el instrumento de evaluación se procederá a la aplicación de éste al grupo de padres de familia que conforman los grupos medio y bajo.

Fase 5: En este punto se procedió a la tabulación y recopilación de los datos que dará el resultado de la evaluación aplicada.

Fase 6: Interpretación, en esta fase del subprograma se detalló los factores que estén incurriendo en la falla del programa en los jóvenes en la fundación.

Fase 7: En esta fase se procede al análisis de los resultados.

Fase 8: Adquiriendo los resultados del análisis, se procede a detallar las conclusiones que se pueden extraer del análisis de la evaluación aplicada.

Fase 9: En este punto toca enumerar o mencionar las recomendaciones que se necesitan para mejorar el ambiente o las relaciones que pueden presentar los jóvenes dentro y fuera de la Fundación.

CAPÍTULO III

3.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Subprograma de Servicio

Durante el desarrollo del Ejercicio Técnico Supervisado dentro de Fundación Faces, se realizaron actividades terapéuticas de acuerdo con cada uno de los objetivos planteados para llevar a cabo el proyecto de factibilidad.

En el primer objetivo a trabajar, se inició por evaluar a cada uno de los jóvenes – adultos, de ambos grupos, de manera individual y grupal; dicha evaluación se realizó a través de la observación, para no interferir en las actividades ya programadas y así obtener un mejor resultado.

Luego de observar algunas dificultades en cada uno, se procedió a evaluar por medio de un protocolo de valoración de habilidades adaptativas, este modelo sirvió para corroborar el grado de independencia en la que se encontraron. Los ítems a evaluar fueron: habilidades de autocuidado, habilidades de vida en el hogar, habilidades de autodirección, habilidades de uso de recursos de la comunidad, habilidades académicas funcionales, habilidades de comunicación, habilidades de ocio y tiempo libre, habilidades sociales, habilidades de trabajo, habilidades de salud y seguridad; dichos ítems tenían una valoración de: independiente, dependiente, en proceso y observaciones, en otros ítems se evaluó; logra, no logra, en proceso y observaciones, para posteriormente interpretarlo en una gráfica.

Dentro del grupo bajo integrado por 4 personas, tres mujeres adultas en edades comprendidas de 45-55 años y un joven de 22 años; se comprobó que una de ellas se encontraba en un grado de dependencia absoluta, requería apoyo en casi todas las acciones a ejecutar, mientras que las siguientes dos mujeres y el joven estaban en un grado de dependencia moderada, lograron ejecutar algunas acciones, como por ejemplo ir al baño, cepillarse, lavarse la cara y manos, barrer, ordenar su mochila, las demás acciones requerían apoyo y continuo reforzamiento para realizarlas.

En el grupo medio, integrado por tres mujeres, en edades de veinticinco a treinta y cinco años, y cuatro hombres en edades de veinticinco a cuarenta y cinco años de edad; se encontraron en un grado de independencia casi total; inclusive en algunos casos los jóvenes lograban hacer uso de los recursos de la comunidad como el traslado en medios de transporte y manejo de dinero, a diferencia de las mujeres que siempre necesitaron ser acompañadas por algún familiar o encargado para su traslado, así como el manejo del dinero. En este grupo se encontró deficiencia en las habilidades académicas funcionales de acuerdo el grado de discapacidad intelectual de cada uno, en algunos casos lograron resolver los problemas planteados para la evaluación cognitiva, mientras que otros no lo lograron. La mayoría reconoce y escribe su nombre, pero algunos no logran leer, identificando las letras que conforman sus nombres, pero no tienen el conocimiento previo en el tema de la educación. En el área de comunicación, no todos logran transmitir de manera estructurada sus ideas e inquietudes, caso especial de una jovencita quien tiene problemas de lenguaje, presenta tartamudez. Dentro de las habilidades sociales la mayoría se desarrolló de manera adecuada, mostrando respeto, educación y normas básicas de cortesía.

Grupo alto, como su nombre lo indica, en el se encontraban los jóvenes-adultos que se desenvuelven de una manera independiente, su grado de discapacidad intelectual es muy leve, por lo tanto, la ejecución de las acciones no se les dificulta, sin embargo, en el área social se pudo observar una mínima dificultad para interactuar o tener contacto con el resto de la gente, en algunos casos provoca un poco de ansiedad, pero es algo que manejándolo de manera correcta se puede lograr. Este grupo estaba integrado por una jovencita de veintiséis años y dos jóvenes de treinta y cinco y veintiséis años respectivamente.

Algunos integrantes de los grupos medio y alto están incluidos en un programa pre laboral, ejecutado dentro de la Fundación, y la mayoría logró desempeñar su proceso de manera independiente y adecuada.

Luego de la evaluación se procedió a la ejecución del proyecto de factibilidad, el cual consistió en establecer horarios y rutinas en las habilidades de la vida diaria, en cada uno de los grupos, a través del cuidado y el mantenimiento del jardín de la Fundación, se comenzó por mostrarles la función de cada una de las herramientas a utilizar, así como la importancia del cuidado diario que necesitan las plantas.

Por otro lado, dentro del reforzamiento de las A.V.D. también se trabajó de manera individual el autocuidado, el cual consistió en el mantenimiento de la higiene personal, esto abarcaba desde el lavado de manos, cepillado, peinarse, y en algunos casos quitarse y ponerse ropa y zapatos; fortaleciendo un pequeño grado de independencia en el grupo bajo. Por el contrario, en el grupo medio, se trabajó también desde el cuidado de la higiene personal: limpieza de uñas, de pies y

manos, peinado, cuidado de su aspecto personal, evitando el uso excesivo de maquillaje y de ropa en las mujeres, y en los hombres, el uso adecuado de su vestimenta. A este grupo se le incrementó la dificultad a través de la realización de otras actividades tales como: la limpieza de su clase, barrer, trapear, limpieza del jardín, con horarios y tiempos establecidos para su desarrollo. Se incluye al grupo alto como apoyo para los grupos medio - bajo en el cuidado y mantenimiento del jardín. Dándoles así un nivel de responsabilidad al ayudar a sus compañeros en esta acción.

Todas estas rutinas que se establecieron dentro y fuera de la Fundación fueron evaluadas periódicamente, para ir conociendo si existió en algún momento una paralización o avance en el reforzamiento de las habilidades a desarrollar, para dichas valoraciones se tuvo como base el test de habilidades anteriormente mencionado; el cual proporcionó datos importantes y así determinar si se podía modificar algún otro tipo de estrategia o en algún caso podernos permitir incrementar la dificultad de algunas tareas para lograr una mejor independencia.

Como segundo objetivo a trabajar fue el de enfocar la atención en el desarrollo de las rutinas que se establecieron para el grupo medio, los cuales fueron evaluados anticipadamente por la psicóloga de la Fundación con el acompañamiento de la Terapeuta Ocupacional y así determinar a qué grupo se debían integrar.

Posteriormente a la evaluación; se asignaron tareas específicas y grupales para proseguir con el proyecto de jardinería, el cual se enfocó bajo el objetivo del reforzamiento pre-laboral en el mantenimiento y cuidado del jardín. Este proyecto permitió a los jóvenes-adultos realizar tareas simples y complejas las cuales iban desde, podar, trasplantar, barrer, limpiar, ordenar y regar el

área del jardín dentro y fuera de la Fundación; así como el conocimiento y uso de cada una de las herramientas a utilizar, las cuales fueron: tijeras para podar, manguera, rastrillos, escobas, regaderas, podadora de césped, tierra y abono. Desarrollando de alguna manera habilidades como la responsabilidad, puntualidad y orden en la ejecución del cuidado del jardín.

Al inicio de este objetivo a trabajar, se tuvo un acercamiento con los chicos a los cuales se les explicó de manera clara de acuerdo a su nivel intelectual, cuál era la importancia de cuidar dicho jardín, se les explicó la forma de trabajar, y seguidamente se les motivó a cumplir con cada una de las tareas, en algunos casos hubo un poco de resistencia, pero posteriormente al involucrarse se fueron permitiendo experimentar y así desarrollarse de una manera más tranquila.

Luego de algunas evaluaciones periódicas y de acuerdo con el avance que se reflejó en el test, algunos jóvenes se integraron al grupo alto, incrementando el grado de responsabilidad y de actividades a realizar dentro y fuera de la Fundación. Mientras que con otros chicos sólo se trabajó en el reforzamiento de sus habilidades para no perder de una manera drástica los avances obtenidos.

Subprograma de Docencia:

En este subprograma se implementaron diferentes talleres incentivando a la participación a los familiares, cuidadores y personal dentro de la institución a cargo de los jóvenes-adultos. Dichos talleres se efectuaron en distintas fechas, permitiendo observar, variar y evaluar el avance de las tareas asignadas.

En el primer taller se dio a conocer la importancia de la Terapia Ocupacional en personas con discapacidad intelectual y las áreas a trabajar de manera grupal e individual, así como la importancia de la familia o cuidadores en el desarrollo, reforzamiento y apoyo continuo, las modificaciones que se necesitaban efectuar en el ambiente familiar y dentro de la Fundación, buscando incrementar la independencia y autonomía de los chicos/as; de igual forma se les proporcionó el detalle de la primera evaluación mostrando las deficiencias y carencias en la ejecución de las actividades de la vida diaria, y el plan de trabajo en la readecuación para su ejecución.

En el segundo taller se expuso de manera más específica el plan de trabajo, el proceso, la readecuación de horarios y las modificaciones junto con las indicaciones para cada grupo y cada chico/a, dentro y fuera de la Fundación. Iniciando el plan de trabajo dentro del área ocupacional, abarcando los tres grupos de jóvenes-adultos, pero enfocando la atención principalmente en los grupos medio y bajo. Para los grupos antes mencionados se solicitó a los padres de familia o cuidadores permitieran a cada joven o adulto realizar las tareas por sí solo, incrementando la dificultad de la acción de manera gradual para estimular la actividad cognitiva, y por consiguiente lograr cierto grado de independencia, reforzando diariamente las habilidades que oportunamente se trabajaron diariamente dentro de la Fundación, a través de las distintas actividades y talleres que se ejecutaron, como por ejemplo; se solicitó que reforzaran diariamente el autocuidado, permitiendo al joven que se cepillara los dientes, se lavara las manos y rostro, así como darle el debido acompañamiento en el uso del baño y el sanitario, que se desvistiera y vistiera solo/a, evitando que el padre o cuidador ejecutara la acción en lugar del chico/a. En las habilidades del hogar, a través del taller de cocina, se trabajó amasado, así como la elaboración de distintas recetas,

enseñándoles el uso adecuado de los ingredientes y sus debidos procesos, así como la desinfección de algunos alimentos, como el uso de los utensilios adecuados; lavado, secado y colocar posteriormente en sus respectivos lugares todo lo que se utilizaba, como también dejando limpia y ordenada el área que se utilizó, en algunos casos la cocina o la panadería.

Por medio del cuidado y mantenimiento del jardín de la fundación se trabajó las habilidades en ambos grupos, el grupo alto fue de ayuda para los demás grupos pues cada chico tuvo asignado un compañero/a, para ayudar en las actividades a desarrollar como lo fueron: barrer, podar, regar y trasplantar; así como cuidar y ordenar las herramientas utilizadas, mostrando al inicio cómo se utiliza cada uno de los implementos y cómo se debía realizar la acción, posteriormente estas tareas debían ser reforzadas en su momento en el ambiente familiar. Se estableció el uso de una agenda, la cual sirvió como medio de comunicación entre el terapeuta y los padres de familia, dando la oportunidad de intercambiar información oportuna para el reforzamiento diario de las habilidades de la vida diaria.

En tercer taller se evaluaron todas aquellas actividades que se designaron y debían desarrollarse en casa y en la Fundación, estas actividades debían ser reforzadas diariamente por los padres de familia, cuidadores y personal a cargo de los chicos. Algunos padres de familia expusieron las dificultades que encontraron en la ejecución de algunas acciones, así como los docentes en sus respectivas áreas, talleres o actividades planificadas durante el tiempo estipulado. Se proporcionó la asesoría y reestructuración para el mejor desempeño de la habilidad. Para algunos padres de familia dentro del grupo bajo, se solicitó la modificación de algunas prendas de vestir, para algunas chicas para que a ellas se les facilitara desarrollar la habilidad de vestuario y no depender de nadie

más y a su vez beneficiarse en el área cognitiva a través de la estimulación. Por consiguiente este mismo grupo de padres expresó sentirse motivados y satisfechos con los cambios de rutinas y horarios establecidos para el beneficio de sus hijos, expresando algunos logros obtenidos en su ambiente familiar, como por ejemplo; haber establecido y trabajado diariamente en la rutina en la que sus hijos lavaron sus utensilios de comida, secaron y posteriormente colocaron en su lugar a la hora del desayuno, almuerzo, cena y refacciones; así como el uso de su lonchera y sus recipientes enviados de forma limpia por ellos mismos utilizados diariamente en la Fundación a la hora de su refacción. Obteniendo como beneficio adicional la interacción y comunicación que paulatinamente se fue afianzando en las relaciones familiares a través de esas acciones.

Por su parte los docentes dentro de la Fundación también exteriorizaron las mismas dificultades que los padres tuvieron en las habilidades de vestuario, al solicitar el cambio de vestimentas, también se pidió que enviaran una mudada de ropa extra para cada chico/a, para que ellos mismos se cambiaran al momento de algún inconveniente; situación que se repitió en varias ocasiones con el único chico dentro del grupo bajo, con quien en algunas ocasiones tocó darle el acompañamiento en el seguimiento de instrucciones a la hora de ducharse y posteriormente en el vestuario, guiándolo y reforzando para que lo realizara por sí solo. Por otro lado, expusieron los pequeños avances que se fueron adquiriendo a través del cuidado y mantenimiento del jardín, uno de los avances fue que los chicos del grupo bajo lograron identificar las herramientas que se necesitaron para la limpieza del jardín dentro y fuera de la Fundación, permitiendo obtener el avance de la independencia en la ejecución de algunas actividades como lo fue jardinería.

Todos estos pequeños avances obtenidos, en el último taller que se implementó permitió a los padres y cuidadores, así como a los terapeutas y docentes, adquirir otros conocimientos de abordaje para la ejecución de las Actividades de la Vida Diaria y la importancia del reforzamiento de estas, para obtener en algunos chicos independencia y posteriormente lograr la autonomía de algunos de ellos y así motivarlos hacia la inclusión laboral; reconociendo el trabajo fundamental que conlleva en la interacción padre-terapeuta y subsiguiente padres/cuidadores e hijos, dichos resultados fueron expuestos de manera gráfica en cada etapa y actividad por medio de fotos para su validación.

Subprograma de Investigación:

Para desarrollar este subprograma se necesitó buscar e identificar el problema que afectaba u obstruía el aprendizaje de los jóvenes dentro de sus hogares. Se inició por entrevistar a los padres o cuidadores de cada uno de los chicos, para que nos explicaran las rutinas que existían dentro de sus hogares y en unión con las tareas asignadas en la Fundación y así poder determinar del ¿por qué? de la recurrencia en la falta de interés por parte de la familia, el desánimo y sedentarismo de algunos jóvenes-adultos en proseguir con el plan terapéutico para desarrollar y fortalecer las A.V.D.

Se dio inicio recabando la información por medio de entrevistas, donde cada padre de familia o cuidador trató de explicar los obstáculos que encontró para apoyar a sus chicos en la realización de las Actividades de la Vida Diaria dentro de sus hogares, la mayoría expuso, lo siguiente:

- Es una pérdida de tiempo estarles enseñando
- No hace las cosas como se las pido
- Ya no tengo paciencia para enseñarle
- Se le hace difícil aprender
- No tengo tiempo para sentarme a enseñarle
- Ya no tengo paciencia, me cansa
- No tenemos un horario para hacer las cosas, en ocasiones hace lo que se le da la gana
- No existe un trabajo en equipo (Fundación-hogar)
- No me mandan tareas para que siga en la casa.

Después de realizar las entrevistas, se llevó a cabo una evaluación en la cual se utilizó como instrumento de investigación el “MODELO DE VALORACION DE HABILIDADES ADAPTATIVAS PARA PERSONAS CON PARALISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES”; este instrumento permitió corroborar las limitantes y dificultades que tenía cada uno de los chicos y a la vez hacer una comparación con las entrevistas que se llevaron a cabo, para así determinar el poco interés de los padres de familia en reforzar las A.V. D.

Luego de proceder a recabar la información obtenida por medio de la entrevista y el instrumento de investigación, se procedió por dar el resultado de la evaluación aplicada, el cual permitió descubrir los siguientes hallazgos; efectivamente dentro del grupo bajo, 1 de 4 integrantes se encontró que era totalmente dependiente de todas las actividades que conllevan el día a día, su nivel intelectual demostró ser una de las razones principales de la poca exigencia que se le permitía por parte de la familia, el estatus económico permitió siempre estar acompañada de una terapeuta

exclusiva para ella; el resto (3) se encontraron en un grado semindependiente, logrando realizar A.V.D. de poca dificultad, como por ejemplo cepillarse, cambiarse, comer por sí solos, entre otras actividades.

En el grupo medio conformado por 4 hombres y 3 mujeres se evidenció la poca paciencia y tiempo para reforzar las Actividades de la Vida Diaria, porque algunos padres de familia o cuidadores tenían que salir a trabajar, porque no estaban capacitados para poder enseñar, entre otras situaciones más que se fueron dando durante el proceso de evaluación; por eso en este grupo la mayoría se encuentran en un grado de semidependencia, ya que en gran parte en la realización de las actividades que los chicos debían realizar, los mismos padres no permitían que las ejecutaran por las razones antes expuestas; obstruyendo así el reforzamiento que debían proseguir como instrucción de las docentes en la Fundación y así no perder el trabajo realizado en dicha institución.

Por su lado en el grupo alto, se encontraron algunas dificultades de poco interés, por parte de las familias, pero como su nombre lo indicaba era el grupo que menos necesitaba atención sobre las A.V.D., el desarrollo de habilidades se encontraba en un grado bastante considerable para su desempeño social y familiar.

Una de las dificultades y se consideró la más importante, es la negación de la discapacidad intelectual en los chicos por parte de las familias, así como la poca credibilidad en la capacidad sobre sus habilidades, para la ejecución de todas aquellas actividades que conllevan su propia autonomía; los jóvenes-adultos en algunos casos encontraron obstáculos impuestos por sus mismos familiares, por lo tanto se manejaba mucha frustración por parte de ellos/as, lo que

repercutió dentro de la Fundación, llegando desanimados y desconfiados en sus propias capacidades.

Estos resultados sirvieron para llegar a la conclusión sobre la importancia de la Terapia Ocupacional en estas circunstancias, permitiendo establecer y trabajar sobre rutinas que les permitieran a los chicos mantener un orden sobre las Actividades de la Vida Diaria, de una manera tranquila, relajada y fácil de entender; así como dar a conocer a los padres de familia y cuidadores, como al personal de la Fundación la importancia de la autonomía y a su vez capacitarles para poder obtener una mayor independencia en cada uno de los chicos, reforzando diariamente todas aquellas acciones del diario vivir.

CAPÍTULO IV

4.1 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Subprograma de Servicio

Durante el desarrollo del proyecto se observó que una de las carencias fue la falta de rutinas y horarios establecidos de acuerdo a su capacidad física e intelectual, para desarrollar y reforzar diariamente las A.V.D. dentro y fuera de la Fundación; lo cual fue a su vez negativo, esto permitió establecer un método de trabajo que unificó la interacción terapeuta-padre de familia/cuidador para encontrar beneficios en el desenvolvimiento de las actividades que conllevan el diario vivir en cada uno de los chicos.

Esto proporcionó hacer cambios importantes por medio de ciertas adaptaciones en algunos aspectos como: la vestimenta, el uso de algunos utensilios, actividades que conlleva la higiene personal, entre otras; por otro lado también, unido a estas áreas se hicieron algunos ajustes significativos que proporcionarían el desarrollo de la autonomía de las personas con discapacidad intelectual, pues como bien se ha explicado, una de las grandes limitantes es la interacción con la sociedad y la comunidad a su alrededor; para esto se tuvo un acercamiento con el personal a cargo de otro tipo de actividades que llegaban a realizarse dentro y en algunas ocasiones fuera de la institución, instituciones como el Ministerio de Cultura y Deporte, practicante por parte de la Escuela de Danza e instructor de natación; en este caso se hizo de su conocimiento el grado de dependencia en el que se encontraron cada uno de los grupos, limitantes y habilidades facultativas,

así como los logros que se podían obtener con el debido acompañamiento y el constante reforzamiento por parte de los padres como de los terapeutas.

Al no contar con un método de abordaje y de trabajo desde la valoración de las habilidades adaptativas y su capacidad intelectual en este grupo de personas, es difícil para el personal docente poder establecer rutinas de forma personal y grupal, impidiendo así encontrar actividades que ayuden al desarrollo de las habilidades de la vida diaria, así como todas aquellas actividades que permiten reforzar la autonomía en las personas con discapacidad intelectual. Al momento de establecer este sistema de trabajo, la carga laboral para ambos grupos (docentes-padres de familia), concedió pequeñas dosis de confianza en el trabajo que se realiza; las intervenciones, modificaciones, las interrogantes y el debido acompañamiento fueron piezas estratégicas para mejorar la calidad de vida de cada uno de los integrantes en el Ejercicio Técnico Supervisado, ayudando de esta manera a poder incrementar algunos grados de dificultad y responsabilidad en las actividades de los grupos medio y alto en otros programas.

Por su parte al transcurrir dicho proyecto se unifica y se prosigue con el programa de inclusión laboral (Pasmo) que en ese momento se ejecutaba en la Fundación, incluyendo al grupo medio y bajo, quienes al principio no habían sido incluidos en este proceso laboral, pero con la ayuda y el refuerzo constante que se exigía en el proyecto de la jardinería, permitió que ambos grupos tuvieran una participación en ciertas fases del proceso de maquilado, como por ejemplo: se capacitó a dos jóvenes del grupo medio para insertar ampollas en su debido estuche, de igual manera se preparó a otros tres jóvenes más para la fase de armar cajas donde iban insertadas las ampollas, lo cual fue visto de manera provechosa por parte del personal a cargo del programa Pasmo, porque permitió

que la carga laboral en las diferentes facetas del proceso de maquilado se redujera y tuvieran una mejor organización, por el lado de los jóvenes, fue enriquecedor porque los motivó a sentirse útiles y capaces de realizar actividades que estaban fuera de su rutina diaria, permitiendo también incrementar no solo su autonomía sino la confianza en ellos mismos para poder realizar diferentes actividades donde se requiere concentración y responsabilidad. Así mismo se incluyó a los cinco integrantes del grupo bajo en el traslado de cajas grandes vacías para empacar el producto terminado, dando como resultado positivo que el sedentarismo en ellos se acortara, obligando a este grupo a que se mantuviera en constante movilidad por medio de esta actividad, todos estos procedimientos siempre tuvieron un debido acompañamiento por si se presentaba alguna dificultad.

Los padres de familia de los grupos que fueron incluidos en estas actividades expresaron su asombro y alegría, al notar como sus hijos podían participar de manera ordenada, tranquila y relajada en estos nuevos espacios, lo cual fue de gran ayuda para poder trabajar en equipo entre los padres de familia- docentes a cargo de los jóvenes, fortaleciendo así la ruta de comunicación entre ambas partes; motivando a sus hijos a cumplir con los requisitos establecidos para dicho programa, incrementando los grados de responsabilidad, compromiso, respeto, horario entre otros. Estos pequeños avances se fueron logrando por medio del trabajo y el constante refuerzo que se tenía planteando en el proyecto de la jardinería, tener el detalle sobre la capacidad física e intelectual de cada uno de los jóvenes permitió que se fueran desarrollando habilidades de manera gradual, se inició trabajando en tres equipos que fueron establecidos por capacidad y habilidad, programando rutinas que iban desde colocarse gabachas, preparar herramientas, limpiar el jardín, hasta trasplantar, sembrar pintar y mantener el área del jardín dentro y fuera de la Fundación. Estas

tareas también fueron replicadas de alguna forma en su hogares, cuidando de alguna planta en particular o ayudando en el mantenimiento de su área de jardín. En este proceso algunos jóvenes mostraron un poco de incomodidad al momento de sembrar algunas plantas, tocar la tierra provocó cierta sensibilidad, se les mostró la textura y cómo podían manejar su incomodidad ante la suciedad, para algunas personas con discapacidad intelectual, estas acciones llegan a un punto de alteración, sin embargo, trabajarlo poco a poco dio resultados exitosos, pues al tiempo ellos/as mismo pedían que se sembraran nuevas plantas o flores dentro del jardín.

Las reevaluaciones periódicas fueron una de las piezas claves para observar el avance e intervenir y modificar en la ejecución de aquellas actividades en las que se encontraban dificultades para su ejecución, el interés por parte de los padres de familia se evidenció por medio de esta herramienta, acercándose a la Terapeuta encargada del proyecto para buscar soluciones en las dificultades que empezaron a observar en cada uno de sus hijos y sus respectivas actividades. Con estas intervenciones se reconoce la importancia de contar con las herramientas adecuadas para la evaluación y valoración de cada una de las áreas en las que se desenvuelve una persona y que permite a su vez, modificar y reestablecer métodos de aprendizaje que ayuden a las personas con discapacidad intelectual a desenvolverse en su vida cotidiana.

Subprograma de Docencia

En esta parte del plan fue importante iniciar por medio de un proceso informativo, el cual fue abordado por medio de la implementación de diferentes talleres. Motivar el interés en la participación sobre el proyecto de ETS por parte de los padres de familia fue uno de los objetivos

que se quería alcanzar. Para cumplir este propósito se plantearon temas importantes, fáciles de explicar y comprender, que permitiera a los padres de familia principalmente, cuestionarse sobre el tema de la discapacidad intelectual y la Terapia Ocupacional y su rol en la población atendida dentro de la Fundación.

Para poder obtener la participación de los padres de familia, se optó por explicar que era parte del reglamento de la Fundación al cual ellos había accedido y asumido la responsabilidad de cumplir, esto se dio, pues al principio muchos de ellos no accedían a dichos talleres, lo cual ocasionó que se pospusiera el inicio de estos. Al encontrar resistencia, también permitió identificar el comportamiento de los jóvenes-adultos dentro de la Fundación, quienes en algunos casos también se negaban al acercamiento de la terapeuta ocupacional para poder evaluar y plantear las modificaciones.

Los talleres iniciaron explicando qué es la Terapia Ocupacional y Recreativa, la manera de evaluación desde este enfoque de trabajo y cómo el terapeuta ocupacional es capaz de elaborar un plan de trabajo capacitando a las personas por medio de la ocupación para adquirir habilidades que fortalezcan su independencia; permitiendo identificar el grado de discapacidad física e intelectual para la ejecución de distintas acciones, estableciendo un proceso terapéutico asistencial de principio a fin que le permita optimizar la participación en todas aquellas actividades que necesite para su realización, modificando su entorno si así lo requiere para lograr su autonomía; incluyendo a las personas y haciéndolas partícipes de las modificaciones y del apoyo que necesitan para su convivencia diaria siendo estos sus familiares, cuidadores o docentes. Como se mencionó anteriormente uno de los obstáculos que se encontraron al iniciar esta fase fue la negatividad en la

participación de los talleres, sin embargo, en el transcurrir del primer taller y proporcionar la información de una manera entendible para ellos, se logró el interés de los padres de familia para permitirse implementar las adecuaciones que se necesitaban realizar desde los espacios familiares y educativos para una vida mucho más independiente para los jóvenes- adultos. Uno de los puntos que se observó que generó el interés fue el hecho de hacerles saber que estarían acompañados en el proceso por la terapeuta encargada del proyecto, pues el no sentirse respaldados de esta manera fue una de las molestias expresadas en la entrevista inicial.

Para poder evaluar a cada uno de los jóvenes, se explicó que la Fundación en ese momento no contaba con un instrumento de valoración de las A.V. D., situación que motivó a la terapeuta encargada del proyecto buscar un instrumento adecuado que permitiera identificar todas las limitantes que se observaron durante la entrevista con los padres de familia y así evaluar la mayoría de las áreas que interesaban en ese momento fortalecer. Esta dificultad impedía que los jóvenes- adultos que se encontraban en ese momento en la Fundación no tuvieran un plan terapéutico especializado y enfocado desde sus propias capacidades y habilidades, lo que también era replicado desde sus hogares, pues la mayoría de los padres de familia no se interesaban en el reforzamiento diario que debían aplicar en sus hijos, no existían evaluaciones periódicas registradas, un registro periódico donde se observara el avance o las dificultades que se encontraban y las modificaciones que debían darse; lo que propició que el proyecto tuviera un inicio favorable por medio de los talleres y que los padres de familia aceptaran ser guiados en el plan de trabajo desde el área ocupacional en conjunto con los demás docentes que laboraban en ese momento en la Fundación.

Abordar a la población con discapacidad intelectual desde un enfoque terapéutico ocupacional se debe comprender que va más allá de desarrollar y fortalecer habilidades de la vida diaria, la terapia ocupacional observa y evalúa el entorno en el que se desenvuelve o se necesita insertar a la persona con esta condición. Buscando adecuaciones desde sus espacios personales y familiares para poder proporcionarle habilidades que le permitan su interacción con el mundo; trabajando en equipo con otras terapias o talleres que ayuden a potenciar las habilidades con las que cada individuo puede contar.

Al obtener un método de evaluación de las habilidades de la vida diaria, surtió un efecto positivo, el que cada padre de familia supiera el grado de discapacidad física e intelectual en el que se encontraban en ese momento sus hijos, permitió comprender y reconocer las limitantes que tenían sus hijos en ese momento, lo que los condujo de manera voluntaria a participar en el segundo taller.

El segundo taller se enfocó en explicar la reeducación del programa de actividades enfocadas en la vida diaria e inclusión laboral, esta reeducación consistió en implementar modificaciones importantes de manera individual y grupal, ambas debían trabajarse desde sus ambientes familiares o comunidades, así como en la Fundación. Se implementó un método de comunicación entre padres/encargados y docentes, el uso de una agenda de uso diario, en esta se detallaban desde el área ocupacional qué acciones debían reforzar en los hogares, de igual manera los padres de familia o encargados debían chequear diariamente si sus hijos cumplían con las rutinas establecidas desde sus ambientes o si necesitaban apoyo en algún aspecto en específico. Otra de las modificaciones que fue visualizada de manera positiva y se vio reflejada en los jóvenes, fue el cambio de los títulos que tenían los grupos anteriormente, pasaron de ser grupo alto, medio y bajo; a grupo A, B y C.

Para el grupo A siendo este el que menos recursos necesitaba en la ejecución de las acciones por ser el de grado más independiente, se le estableció la responsabilidad de ser apoyo para los grupos B y C, incrementando esta parte de su intelecto, se les enseñó que podían ser capaces de dirigir y asumir una responsabilidad sobre sus actos, para que a su vez reforzara su autoestima, su relación social y educativa (por medio de los valores), a la hora de optar por la capacitación de una plaza laboral. Por otro lado dentro del Programa de “Trabajo Protegido” (PASMO), se hicieron ciertas modificaciones que favoreció el incremento no solo de independencia, sino del sentido de compromiso y responsabilidad al capacitar a otros jóvenes-adultos en las diferentes fases del proceso de maquilado, esto fue sumamente positivo no solo para los involucrados, sino que incluso para el personal a cargo, evidenciando que al permitir capacitar y fortalecer en estas áreas otros chicos también podían ser incluidos en las demás etapas de todo el proceso que se llevaba en ese momento en dicho proyecto, lo que a su vez permitió que el proyecto nunca se viera estancado por la ausencia de alguno de los integrantes, en cualquiera de los procesos del trabajo. Esta metodología y readecuación de tareas también ayudó para que los tres grupos trabajaran en equipo en el proyecto de factibilidad, el cual consistía en el cuidado y mantenimiento del jardín, se asignó un integrante del grupo A a uno del grupo B y C en los diferentes días que se trabajó el proyecto, incrementando el refuerzo sobre los temas de responsabilidad, autocuidado, apoyo hacia con y las demás personas, compromiso y el interés sobre el cuidado de las plantas. Lo cual fue muy importante, demostrando qué grado de compromiso y responsabilidad podían asumir cada uno.

Como se explicó anteriormente para el grupo B también se modificaron algunas tareas dentro de las cuales estaba el cuidado y mantenimiento del jardín, con este grupo se trabajó tres veces por

semana por el grado de independencia en el que se encontraron, lo que se aprendía en la Fundación se replicaba en sus hogares, con algunas plantas o alguna área de jardín que ellos tuvieran. También se establecieron rutinas incrementando la dificultad en la ejecución de sus acciones periódicamente, como por ejemplo: el aseo de sus utensilios después de las comidas, la limpieza de sus habitaciones en el hogar, el orden y limpieza de sus prendas de vestir y las tareas asignadas diariamente. En este grupo una de las dificultades significativas que también se observó fue la rivalidad que se creó con el grupo A, pues al trabajar desde los grupos y al no tener identificados a los chicos desde sus capacidades todos trabajan de manera desordenada con los demás integrantes de los otros grupos, situación que fue mejorando conforme se fue trabajando de forma grupal y con el apoyo constante de los padres de familia, lo que permitió que fuera mermando ese sentir con sus demás compañeros.

Las dificultad más importante que se encontró en el grupo A, fue la resistencia por parte de los padres de familia como en los chicos, principalmente con el único joven de este grupo, el padre de familia al ser una persona de la tercera edad y al tener ya establecido “su rutina” se negaba a las modificaciones que se necesitaban hacer para que su hijo fortaleciera su independencia, sin embargo, el constante trabajo en la Fundación y con el apoyo de la psicóloga, permitió modificar ciertos aspectos que eran necesarios para que su hijo se desarrollara con un poco más de independencia; otro aspecto positivo que se obtuvo en este grupo es que a una de las integrantes quien dependía absolutamente de todo, se le modificó parte de su vestimenta, lo que permitía que ella ayudara a la hora de vestirse y por medio de las demás rutinas lograba ejecutar acciones como el lavado de sus utensilios de comida a la hora de la refacción, el cepillado de sus dientes, entre otras acciones.

El tercer taller se enfocó en evidenciar los resultados obtenidos en cada uno de los grupos, así como resaltar aquellos logros que se alcanzaron de manera individual. En este taller los padres de familia externaron principalmente cómo la evaluación y la identificación del grado de independencia de las habilidades de la vida diaria, les permitió reconocer las dificultades que sus hijos encontraban en algunas acciones que ellos solicitaban y sus hijos no lograban ejecutarlas al cien por ciento, lo cual era frustrante y negativo pues ocasionaba problemas entre ellos mismos; al momento de obtener una herramienta que permitiera identificar esas dificultades y hacerles saber que sí o que no podían realizar, les dio un alivio, porque se permitieron aceptar las modificaciones y trabajar sobre las rutinas que se establecieron para mejorar su calidad de vida. Para algunos padres de familia como docentes, trabajar desde las rutinas les permitió aprovechar de mejor manera el tiempo invertido en las diferentes actividades, simplificar utensilios, vestimenta e incluso algunas tareas dentro y fuera de la Fundación, incrementó las capacidades principalmente en los jóvenes del grupo B, lo que fue impactante y positivo para los padres de familia al observar qué capacidades y habilidades tenían sus hijos y no habían sido aprovechadas de la mejor manera para ellos mismos/as.

De igual forma se les presentó cómo a través del proyecto de factibilidad, el cuidado y el mantenimiento del jardín les proporcionó trabajar de manera individual y grupal, apoyándose mutuamente entre ellos mismos, fortaleciendo los lazos de amistad y compañerismo, así como a manejar su frustración, enojo o sus diferentes estados de ánimo. Así como la responsabilidad en el cuidado y manejo de los utensilios que se necesitaron en el jardín. Algunos comentarios de los docentes fueron de manera positiva, exponiendo cómo el proyecto les permitió aprender a dirigir los grupos y cómo trabajar desde lo individual. Establecer una comunicación fluida entre padres

de familia y docentes también fue otro aspecto positivo que obtuvieron a lo largo del proyecto, ya que no era algo que tenían establecido al inicio. Esta herramienta logró ese acercamiento y les fortaleció el acompañamiento en la reestructuración de las rutinas con los padres de familia, algo que se quedó establecido, para el resto de los chicos que ingresaron en la Fundación.

Como anteriormente se expuso, estos talleres se dividieron en tres facetas; el primer taller sirvió para demostrar lo importante que es tener herramientas de evaluación que permitan demostrarle al padre de familia en qué grado de independencia de habilidades de la vida diaria se encuentra su hijo/a, reconocer las fortalezas y debilidades que en él o ella se detectaron para así poder plantear un plan de trabajo de manera personal, beneficiando a su vez cualquier otro ambiente donde su hijo/a se desenvuelva.

Al llegar y observar que la Fundación no contaba con las herramientas actualizadas y con el personal profesional para su respectiva evaluación, generó que varios de los jóvenes-adultos no tuvieran un plan de tratamiento específico y así poder fortalecer las habilidades diarias. El buscar y utilizar un método de valoración, permitió evidenciar la manera más eficaz de abordar el desarrollo y fortalecimiento de habilidades desde cualquier faceta y etapa de la vida de las personas con discapacidad intelectual; estableciendo métodos de enseñanza como las rutinas, de acuerdo con la capacidad de cada individuo. Al finalizar el proyecto de ETS se obtuvieron logros muy importantes, como definir horarios y rutinas establecidas de manera individual y grupal desde los ambientes familiar y social. Incrementar el aprendizaje y la responsabilidad por medio del mantenimiento del jardín, para elevar la confianza en los jóvenes involucrados en el que hacer de su vida diaria y afianzar así su autonomía.

Por otro lado, los aspectos negativos que expresaron en algún momento los docentes de la Fundación se originaban por el poco apoyo y credibilidad que obtenían por parte de los padres de familia, los padres de familia no cumplían con las tareas asignadas por parte de los docentes, lo que generaba aspectos negativos en el diario vivir de algunos de los chicos. Al no tener un interés y seguimiento sobre las Actividades de la Vida Diaria, no se evidenciaba avance en algunos integrantes de los grupos, y solo incrementaba el desgano y el ocio. Situación que mejoró positivamente al tener una terapeuta ocupacional encargada específicamente en esta área, pues al establecer un método de trabajo y mediar las acciones que debían reestructurarse por el bien de los jóvenes, concedió que las rutinas y planes de trabajo funcionaran de firme, obteniendo mejores resultados en ambas vías.

Subprograma de Investigación

En las entrevistas realizadas a los padres y encargados de los jóvenes y adultos conformados dentro del grupo bajo, estos expresaron que uno de los factores principales que ellos/as consideraban provocaban el poco interés en reforzar las AVD en sus domicilios, era el tiempo que requerían de atención para poder realizar acciones como por ejemplo, el tender sus camas, situación que se agravaba porque no seguían instrucciones, tenían que repetir varias veces la misma acción, no lo hacían como se les solicitaba y en ocasiones ni siquiera lo querían hacer. Todo esto como origen del grado de discapacidad que sus hijos tenían y que no abordaron a temprana edad. Esto se complicaba para los padres o encargados, en algunos casos llegaba al punto de crear conflicto entre ellos mismos o con los demás miembros de sus familias por el tiempo que se “perdía” atendiendo a sus hijos con discapacidad.

Otro factor que también se observó en este grupo era que los padres de familia en su mayoría también eran personas de la tercera edad, lo cual complicaba la atención sobre los jóvenes, al no contar con un apoyo adicional de un familiar u otra persona que pudiera realizar el resto de las actividades, ocasionaba que el tiempo de atención e interacción para poder reforzar se disminuyera y se enfocaran en otras prioridades para ellos; originando frustración, agotamiento y poco interés en ambas vías llegando al punto del sedentarismo, situación negativa que no permitía desarrollar grados de independencia en este grupo. De alguna forma esto también se percibió dentro de la Fundación, al no contar con un profesional que implementara un método de trabajo que simplificara todas estas actividades, ocasionaba situaciones negativas que se seguían dando dentro la Fundación y en los entornos familiares. La falta de conocimiento en el tema de la discapacidad intelectual y la carencia de instrumentos que permitieran evaluar de forma detallada y diagnosticar los niveles de discapacidad física e intelectual de los jóvenes, obstaculizaba la implementación de un mejor abordaje, realizando las adaptaciones que ayudaran en el fortalecimiento de las habilidades de la vida diaria y el desarrollo de la autonomía.

Al recabar toda esta información se confirmó que esta carencia de conocimiento y de un profesional sobre cómo abordar la discapacidad, impedía que los padres de familia o alguno de los encargados de estos jóvenes no supieran afrontar las situaciones de la mejor manera. Todo esto posibilitó que las cosas mejoraran de manera positiva al implementar un método de trabajo que se dio desde cero, comenzando por buscar instrumentos que permitieran recabar la información necesaria y así poder implementar un plan de trabajo que diera resultados a corto y mediano plazo.

Para poder llevar a cabo la investigación dentro del grupo medio se inició por utilizar de igual manera la entrevista a los padres y encargados de los jóvenes - adultos y así identificar los factores que provocaban la falta de interés en reforzar las habilidades de la vida diaria, encontrando resultados negativos que eran derivados de la desinformación sobre la necesidad de fortalecer todas las áreas posibles en las que se puede desenvolver un ser humano y no únicamente la higiene personal. Cuando se fueron detallando los demás incisos que entran en el tema de la independencia y así obtener una autonomía, la mayoría se asombraron pues no lo habían tomado en cuenta. A pesar de esto al momento de evaluar a los integrantes de este grupo (tres mujeres y cuatro hombres), dos de ellas evidenciaban una deficiencia en las áreas de higiene personal, llegando con el pelo sucio e incluso algunas prendas de vestir ya de varios días de uso; cabe resaltar que una de ellas aparte de su discapacidad intelectual tenía la condición de piel escamosa y debía mantener una higiene mucho más estricta que no se llevaba a cabo.

Por otro lado, uno de los jóvenes a parte de su condición de discapacidad intelectual también contaba con discapacidad física, por momentos usaba silla de ruedas o muletas, en él se observó el poco interés que sus familiares ejercían sobre él para reforzar, no solo en las áreas de higiene personal sino también la exigencia que debía darse para desarrollar y fortalecer la independencia en el diario vivir. Dentro de la Fundación también se observaron varias situaciones que demostraban el poco interés sobre este tema. No existía una comunicación constante entre padres y docentes de la Fundación, esta situación negativa obstruía un mejor abordaje para los jóvenes de este grupo, dejando a un lado, como se menciona anteriormente; las demás áreas en las que se necesitaba trabajar en cada uno de los integrantes del grupo dentro y fuera de la Fundación. Estas

situaciones permitieron que se implementara un método de trabajo que fortaleciera la relación entre docentes y padres de familia, para así obtener resultados satisfactorios.

Otros resultados positivos que se alcanzaron, fue las modificaciones que se implementaron en los diferentes talleres, horarios y rutinas que ayudaron a los jóvenes a dirigirse de mejor manera, como por ejemplo, en panadería cumpliendo las reglas de orden y aseo a la hora de trabajar con los instrumentos e ingredientes para elaborar pan. Otro de los talleres que permitió que los jóvenes-adultos aprendieran a trabajar sobre horarios establecidos y con responsabilidades de acuerdo a su capacidad fue en el cuidado y mantenimiento del jardín de la Fundación. En esta parte del proyecto, era necesario establecer este método, porque se tenía como objetivo, capacitar algunos jóvenes de este grupo para posteriormente integrarlos en el proyecto de trabajo protegido (PASMO), situación que sirvió de motivación para los padres de familia en apoyo a los docentes en todas aquellas actividades donde se necesitaba reforzar las habilidades de la vida diaria por medio de los horarios establecidos, enseñando el compromiso, la responsabilidad y puntualidad, siendo estos replicados dentro sus hogares en el diario vivir.

Con los padres de familia del grupo alto, al igual que los dos grupos anteriores se inició por medio de las entrevistas, en este grupo ellos expresaron no encontrar mayor dificultad en sentirse presionados por el interés de desarrollar habilidades y reforzamiento en sus hogares, para ellos sus hijos lograban realizar la mayoría de tareas que se les asignaban, sin embargo, algunos al momento de evaluar con el modelo de valoración de las actividades de la vida diaria, examinando el autocontrol, la atención, los hábitos de cortesía, las habilidades sociales, así como el uso de los recursos de la comunidad, el ocio y tiempo libre. Expresaron que no tenían idea que estos factores

fueran importantes para el desarrollo de sus hijos, esto también se evidenció al momento de evaluar estas áreas en sus hijos, en algunos se encontró dificultad y en otros, no habían sido fortalecidos.

Aunque para los padres de familia no eran aspectos negativos que obstruyeran el fortalecimiento en sus hijos, conforme se les fue informando la importancia de estas áreas, para el desarrollo de los mismos al momento de enfrentarse a la sociedad, se interesaron y colaboraron trabajando en equipo con los docentes de la Fundación, para mejorar la calidad de vida y así optar en alguna oportunidad por una oferta laboral donde sus hijos se desarrollaran de manera autónoma. Estas áreas se fortalecieron de igual manera que los grupos anteriores, implementando horarios y rutinas que fueran comprensibles para ellos/as e incrementando la responsabilidad en diferentes talleres y actividades colocándolos como apoyo en los otros dos grupos en los días que se trabajaba el proyecto de jardinería y en otras actividades que ya se tenían establecidas como danza, natación, deporte y recreación. Al incrementar su grado de responsabilidad se obtuvieron avances positivos en cada uno de los integrantes de este grupo, permitiendo que se capacitara a los demás jóvenes y adultos para incluirlos en el proyecto de trabajo protegido (PASMO) y así colocar a cualquiera de estos en los demás procesos que conllevaba el maquilado del producto de dicho proyecto.

Cabe mencionar que los tres grupos fueron intervenidos de manera individual y grupal siendo necesario determinar y evaluar desde su interacción, no solo en su entorno familiar sino también en el desenvolvimiento que tenían dentro de la Fundación. Establecer horarios y rutinas de acuerdo con las capacidades y fortalezas de cada integrante, concedió avances significativos, que también fueron reforzándose de manejar continua con el acompañamiento adecuado que se les proporcionó a los padres y encargados de los jóvenes - adultos. Evidenciar que no solo las áreas personales

como la higiene son indispensables para cada ser humano, fue de los objetivos positivos que se lograron obtener. Acercarse a los padres de familia para comprender los factores que provocaban el desinterés, fue sumamente importante y enriquecedor, logrando adquirir conocimientos que ayudaran al cuidador y cómo éste podía hacer modificaciones para seguir fortaleciendo las áreas necesarias para el buen funcionamiento, no sólo físico, sino cognitivo de sus hijos, explicando de una manera fácil y sencilla que fuera comprensible; pudiendo implementarlo para llevar a éxito el proyecto establecido. Mostrar cuán valioso es tener un abordaje desde lo profesional y cómo los padres se permitieron confiar en el proyecto fue sumamente satisfactorio.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

CONCLUSIONES GENERALES

La importancia del área de Terapia Ocupacional en el desarrollo de distintas actividades permite el fortalecimiento y una mayor independencia, para otorgar una autonomía exitosa en las personas con discapacidad.

Contar con una intervención terapéutica profesional es indispensable para instituciones como Faces, pues contribuye en el desarrollo de las fortalezas y habilidades que necesitan las personas con discapacidad para su inserción en la vida cotidiana.

CONCLUSIONES ESPECÍFICAS

Subprograma de Servicio

Al implementar Actividades de la Vida Diaria personalizadas, permitió crear ambientes donde las personas con discapacidad se pudieron incorporar de manera gradual, reconociendo y fortaleciendo sus habilidades cognitivas, sociales y laborales, así como sus capacidades.

Continuar y fortalecer los programas establecidos, concedió un aprendizaje óptimo que ayudó a los jóvenes-adultos a experimentar su independencia en distintas actividades, evitando así el deterioro cognitivo por medio del reforzamiento constante.

Subprograma de Docencia

Los talleres ocupacionales otorgaron a los padres de familia o encargados, el aprendizaje para modificar, implementar y simplificar rutinas que fueran fáciles de comprender y ejecutar de acuerdo con el nivel de discapacidad intelectual de sus hijos.

Fortalecer el trabajo multidisciplinario, creó ambientes favorables para la población atendida, obteniendo con mayor éxito el alcance de los objetivos trazados a corto, mediano y largo plazo para cada persona con discapacidad en las distintas áreas.

Subprograma de Investigación

La falta de conocimiento sobre cómo abordar a este tipo de población por parte de los padres de familia, demuestra la incidencia sobre el desinterés que presentan estos ante las necesidades básicas de sus hijos en el aprendizaje de las Actividades de la Vida Diaria.

Los padres de familia al verse limitados de tiempo por cuestiones laborales desisten en el reforzamiento de las habilidades de la vida diaria, lo que obstaculiza los avances y la continuidad sobre las rutinas establecidas.

El no observar avances de forma inmediata provocaba en los padres de familia la desmotivación para continuar con las tareas establecidas dentro de los ambientes familiares, mostrando cambios significativos al experimentar los procesos que lleva un aprendizaje en las personas con discapacidad y la importancia del reforzamiento por medio del proyecto de ETS.

La edad avanzada de algunos padres de familia o encargados también fue un factor que se observó ante la problemática durante el desarrollo del proyecto.

5.2 RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES GENERALES

Establecer un área específica de Terapia Ocupacional que permita la implementación de actividades que ayuden a desarrollar, reforzar las capacidades y habilidades que necesitan las personas con discapacidad intelectual, para el fortalecimiento de su independencia.

Es indispensable contar con el apoyo de un profesional en el área ocupacional, que haga uso de los instrumentos adecuados, para una evaluación oportuna, recabando la información necesaria; estableciendo un método de intervención, de acuerdo con el nivel de discapacidad de cada persona y así crear actividades que ayuden a mejorar su calidad de vida.

Subprograma de Servicio

Realizar actividades individuales específicas que ayuden en el desarrollo de las habilidades y capacidades cognitivas, sociales y laborales; para contribuir con una inserción adecuada de acuerdo con el nivel de discapacidad de cada joven-adulto.

Dar continuidad a los distintos programas y talleres establecidos, para incrementar el aprendizaje y fortalecimiento de la independencia en cada uno de los integrantes dentro del proyecto, para obtener oportunidades laborales donde puedan ser integrados.

Subprograma de Docencia

Continuar y actualizar periódicamente los talleres ocupacionales, los cuales concederán una mayor participación por parte de los padres de familia y docentes, beneficiando así los programas establecidos dentro de la institución y su réplica en los ambientes familiares o comunidades.

Mantener un constante acercamiento con las demás áreas de trabajo, es necesario para enriquecer las distintas ocupaciones con los jóvenes-adultos, en los diferentes programas que se encuentran establecidos o se puedan implementar a futuro.

Establecer evaluaciones periódicas que permitan observar los obstáculos o avances que se fueran suscitando durante el desarrollo de los programas establecidos de manera individual y grupal.

Subprograma de Investigación

Mantener un constante acercamiento con los padres de familia o encargados, para dar un acompañamiento adecuado en los distintos procesos con sus hijos y obtener mejores resultados.

Validar y reconocer los factores que complican los avances en las tareas establecidas, para que los padres de familia o encargados se permitan buscar otras alternativas que les ayuden a facilitar y administrar el tiempo con sus hijos, haciendo uso de los recursos a su alrededor.

Simplificar algunas tareas específicas en el diario vivir, ayudará a los padres de familia a comprometerse de manera gradual en las distintas tareas establecidas para sus hijos dentro de sus hogares.

Implementar nuevas estrategias que ayuden a motivar a los padres de familia en su participación en los diferentes programas dentro de la institución.

5.3 BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- López, Polonio Begoña., Molina, Durante Pilar., Amai Noya Blanca. Conceptos básicos de terapia ocupacional. 3.-definición de terapia ocupacional y objetivos generales. *Conceptos fundamentales de terapia ocupacional*. (pp. 17). Editorial panamericana.
- López Polonio Begoña, (2003). Terapia ocupacional en el marco de la atención al discapacitado físico. Ámbitos de actuación. Rol del terapeuta ocupacional. *Terapia ocupacional en discapacitados físicos: teoría y práctica*. (pp.3). Editorial panamericana.
- Cruz, A. (2015). Secretaria de obras sociales de la esposa del presidente de la república “Mis Años Dorados”. *Gimnasia Terapéutica para deformidades de la columna en el Adulto Mayo*, San Miguel Petapa.
- Jiménez, Luis R. (1999) Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas. *Texto de terapia ocupacional I* (pp.321)
- Sanchez, O., Polonio, B., & Pellegrini, M. (2012). *Terapia Ocupacional en Salud Mental*. Madrid, España: Médica Panamericana, S.A.
- Vasquez, W., (2015). *Programa de Inserción laboral para personas con discapacidad intelectual*. Instituto Neurológico de Guatemala. Guatemala.

Fuentes Electrónicas

- O, Navarrete. (03 de abril 2017). *Generalidades de Terapia Ocupacional*. <https://www.es.scribd.com/document/256112963/generalidades-de-terapia-ocupacional>
- Fundación Faces (2017) <http://www.fundacionfacesguatemala.org>
- Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades - Conadis Manual de Buenas Prácticas para la Inclusión Laboral de Personas con Discapacidad. (2017). Ministerio de Relaciones Laborales. Dirección de Atención a Grupos Prioritarios. http://www.jardinuniversitario.utm.edu.ec/departamento/media/areatecnica/buenas_practicas
- <https://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/download>
- López, C. Moreno., J, Navarro D. & Carrasco, O. *Entrenamiento en habilidades de la vida diaria en personas con Trastorno Mental Grave*.
- Vidal, R. & C, Cornejo. (2013). *La inserción laboral de personas con discapacidad intelectual en Chile*. www.senadis.gob.cl/descarga/i/1607/
- <https://wikyguate.com.gt/zona-11-de-la-ciudad-de-guatemala.com> WikyGuate.