



Universidad del Aconcagua
Facultad de Psicología

UNIVERSIDAD DEL ACONCUAGUA

Facultad de Psicología

Tesina de Grado

Licenciatura en Psicología

**“Modos de abordaje institucionales que
posibilitan la inclusión social de la persona con
discapacidad intelectual”**

Director: Lic. Javier Ramírez

Alumno: Fernandez Fraire, Maria Emilia

Mendoza, 9 de Diciembre del 2015

Hoja de evaluación

Tribunal examinador:

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesor Invitado: *Lic. Javier Ramírez*

Calificación:

Resumen

En el presente trabajo de investigación se describen y analizan modos de abordaje institucionales que favorecen la inclusión social en las personas con discapacidad mental.

Para responder a los interrogantes se utilizó como unidad de análisis el Centro de Día de la Institución “Grupo Vida Natural” dedicada a la atención de personas con retraso mental. A su vez, se desarrolló un taller de “Habilidades sociales” con el fin de estimular y brindar herramientas a los concurrentes.

La metodología utilizada fue descriptiva con diseño cualitativo, empleando métodos de recolección de datos no estandarizados, con el propósito de explorar las relaciones sociales y describir la realidad.

Se implementaron los siguientes instrumentos: Observación Participante, Entrevistas en Profundidad, Grupos Focales e IAP (Investigación Acción Participativa). A su vez, se utilizaron *Técnicas Auxiliares* como documentos secundarios: fotos y Análisis de Documentos institucionales.

Los resultados obtenidos evidencian que los espacios institucionales que promueven los recursos personales, estimulando la autonomía y el trabajo en red permiten la inclusión social en la discapacidad.

Palabras claves: Discapacidad Intelectual, integración social, modo de abordaje, Psicología comunitaria.

Abstract

In the present research are described and discussed ways of institutional approach favoring social inclusion for people with disabilities.

To answer the questions was used as the unit of analysis the Day Centre of the Institution "Grupo Vida Natural" dedicated to the care of people with mental disabilities. In turn, a workshop on "Social skills" in order to encourage and provide tools to competing developed.

The methodology used was descriptive qualitative design, using data collection methods not standardized, with the purpose of exploring social relations and describing reality.

Participant observation, interviews, Focus Groups and IAP (Participatory Action Research) The following instruments were implemented. In turn, Technical Assistants were used as secondary documents: pictures and institutional projects.

The results show that institutional spaces that promotes personal resources, encouraging autonomy and networking allow social inclusion of disability.

Keywords: Mental Illness, social integration mode approach, community psychology.

INDICE

Hoja de evaluación.....	3
Resumen.....	4
Abstract.....	5
Índice.....	6
Agradecimientos.....	9
Introducción.....	10

Primera Parte: Marco Teórico

1. <u>Capítulo 1: Discapacidad Intelectual: el retraso mental</u>	
1.1- De la “enfermedad mental” hacia el concepto de “retraso mental”.....	15
1.2- Historia de la salud mental en la Argentina.....	22
1.3- Definición actual : “la discapacidad intelectual”.....	28
2. <u>Capítulo 2: Psicología Comunitaria: un marco para la inclusión e integración</u>	
2.1- Definición de la Psicología Comunitaria.....	36
2.2- Historia.....	38
2.3- Inclusión e Integración.....	40
2.3.1.- Habilidades sociales: una herramienta para la inclusión.....	43
2.4- Redes.....	46
3. <u>Capítulo 3 : Discapacidad intelectual y su marco normativo</u>	
3.1- Ley Nacional de salud mental N° 26.657.....	50

3.2-	Ley Nacional 22.431: Sistema de protección integral de los discapacitados.....	53
3.3-	Ley 24.901: Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad...55	
3.4-	Ley 26.378- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo.....	58
4.	<u>Capítulo 4: Centro de Día como dispositivo institucional</u>	
4.1-	Concepto de Institución.....	66
4.2-	Instituciones y tipo de prestaciones: Centro de Día.....	68
4.2.1-	Historia.....	69
4.2.2-	Perfil institucional del Hospital de Día.....	70
4.2.3-	Centro de Día: consideraciones actuales.....	71

Segunda Parte: Metodología

1.	Objetivos.....	81
2.	Hipótesis.....	82
3.	Preguntas de Investigación.....	82
4.	Metodología.....	83
5.	Diseño y Método de Investigación.....	84
6.	Participantes.....	86
7.	Técnicas e Instrumentos Utilizados.....	87
8.	Procedimiento.....	90
9.	La Institución "Vida Natural".....	91
9.1.	Funcionamiento Institucional.....	92
10.	Talleres.....	96
10.1.	Taller de Recreación y Actividades Manuales: Bijouterie.....	101
10.1.1.	Documentación: Proyecto Institucional.....	101
10.1.2.	Observaciones.....	104
10.1.3.	Funcionamiento del taller	105

10.2. Taller de Huerta y Vivero. Proyecto “Jardín Nativo”	109
10.2.1. Documentación: Proyecto Institucional.....	109
10.2.2. Observaciones.....	112
10.2.3. Funcionamiento del Proyecto “Jardín Nativo”	112
11. Implementación de la IAP.....	114
Presentación de resultados.....	129
Discusión de resultados.....	134
Conclusiones.....	138
Bibliografía.....	141
Anexos.....	146

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a mi Familia por haberme acompañado en todos estos años de esfuerzo y alegrías siendo incondicionales.

A mis amigas y hermanas de la vida por estar presentes y apoyarme en cada nueva etapa.

Al Licenciado Javier Ramírez por su enseñanza y apoyo a lo largo de todo este camino.

A todas aquellas personas que colaboraron para que esta tesis pudiera llevarse a cabo, sobre todo al Centro de Día “Vida Natural”

Por último gracias a todas las personas que son parte de mi vida y que caminan día a día a mi lado.

A todos ellos ¡Muchas Gracias!

INTRODUCCION

A través de este trabajo se procura realizar una reflexión sobre los actuales abordajes institucionales en relación a la discapacidad intelectual y su implicancia en el escenario social, principalmente, la inclusión social.

El planteamiento parte de la interacción entre la persona y la comunidad donde vive y se apoya fundamentalmente en la concepción de la propia capacidad del individuo, en sus destrezas personales, en la posibilidad de desarrollar actividades de manera independiente, partiendo de sus intereses y de la capacidad de elegir. Por esto, la meta de cualquier proceso de rehabilitación integral debe ser la inclusión social, centrándose en las necesidades y los deseos individuales, pues esto lleva a un verdadero proceso de integración. (Báez, 2008)

Surge entonces el planteamiento de una nueva cultura de la discapacidad, que parte de la interacción entre la persona y el ambiente donde vive y se apoya fundamentalmente en la concepción de la propia capacidad del individuo, en sus destrezas personales, en la posibilidad de desarrollar actividades de manera independiente, partiendo de sus intereses y de la capacidad de elegir (Céspedes, 2005).

Desde esta nueva perspectiva, el conocimiento es el producto de la forma singular de la relación entre las personas y su mundo. La metáfora de la red nos ubica en que las singularidades no son las partes que se suman para obtener un todo sino que construyen significaciones en la interacción. (Dabas, 1999)

El desarrollo de las ideas circunscritas al paradigma de la autonomía personal supone un cambio en la naturaleza de los derechos sociales dirigidos a las personas con discapacidad rechazando el concepto de dependencia. (Báez, 2008).

Es por lo explicitado anteriormente, que esta tesina intenta hacer una lectura crítica sobre las problemáticas que presenta la institucionalización y revisar los supuestos teóricos que fundamentaron estas estrategias de abordajes tradicionales, para luego, indagar sobre otros modos de abordaje institucionales que prioricen la subjetividad y posibiliten la inclusión social. La propuesta se orienta hacia la consideración del rescate de los recursos subjetivos con los que los sujetos cuentan, para a partir de allí, establecer un vínculo con la sociedad.

Asimismo se propone repensar la posición que en lo social ocupan los espacios institucionales dedicados a la atención de las personas con discapacidad intelectual.

Se plantea como hipótesis de este trabajo que aquellas modalidades de abordajes institucionales que fomenten la producción personal, subjetiva y que contengan como objetivo el trabajo en red son favorecedoras de la inclusión social en personas con discapacidad intelectual.

El mismo se abordará desde la psicología comunitaria con el fin de trabajar la temática de la inclusión social en relación a la discapacidad. Como refiere Montero (2006) el horizonte del psicólogo comunitario reside en la organización de una comunidad y la inherente participación de sus miembros, el apoyo a las cualidades positivas y el fomento de sus recursos, capacidades y potencialidades; cristalizándose estas acciones en el fortalecimiento de los individuos y su comunidad, obteniendo de esta manera transformaciones que mejoren la calidad de vida.

Las preguntas de investigación que guiarán el trabajo son: ¿cuáles son las formas de intervención que permiten la inclusión social? ¿Qué actividades

institucionales estimulan la producción personal?, ¿Qué relación guardan los talleres desarrollados en la institución con la inclusión social? ¿Qué actividades terapéuticas presentan?

Se realizará el mismo en la Institución “Vida Natural”, habilitada por Resolución N°: 102/94 Municipalidad de Las Heras, Resolución N°: 290/08 Superintendencia de Salud de la Nación, Resolución N°: 2333/07 Ministerio de Salud de la Provincia de Mendoza. Dicha institución está dedicada a la atención de pacientes con retraso mental desde 1993.

Como objeto de estudio se tomará el taller de armado artesanal de Bijouterie y el taller de Huerta y Vivero, en los cuales se indagará acerca de su modo de funcionamiento, su relación con el exterior y con los recursos de los concurrentes, las herramientas que utilizan, el nivel de autonomía de los sujetos que participan, el trabajo en equipo y en red con la comunidad.

A lo largo de este trabajo se abordará en lo teórico el funcionamiento de las instituciones dedicadas al trabajo con personas con discapacidad, partiendo de un recorrido acerca del origen de la concepción del retraso mental, los diferentes abordajes a lo largo de la historia, la concepción actual del mismo como “Discapacidad Intelectual” hasta arribar a las normativas que determinan y rigen su funcionamiento, tal como es el caso de la Nueva Ley de Salud Mental; la ley 22.431 sobre la Protección Integral de los Discapacitados, la ley 26.378: Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo, la ley 24.901 denominada Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a Favor de las Personas con Discapacidad.

A su vez se profundizará en la Psicología Comunitaria definiendo la misma y realizando un recorrido histórico desde su aparición hasta a actualidad, tomando como conceptos fundamentales a desarrollar la inclusión e integración, las habilidades sociales como herramientas para llevar a cabo las anteriores y el trabajo en red con la comunidad.

PRIMERA PARTE:
MARCO TEÓRICO

Capitulo Uno
***“Discapacidad
Intelectual: el retraso
mental”***

1.1- De la “enfermedad mental” hacia el concepto de “retraso mental.

Cuando se estudia la evolución del pensamiento científico en relación con el tema del retraso mental, se aprecia que la información disponible es escasa, y se hace difícil encontrar el punto de partida, sin abordar las enfermedades mentales en general.

Desde los tiempos más antiguos a la locura se le han atribuido diferentes orígenes; “una piedra en la cabeza”, “una condena del alma”, “una posesión diabólica”... “un delito”, “una conducta antisocial”, “un vicio...”. Las actitudes de la sociedad en torno a este tema están causadas por el miedo, la vergüenza, la culpa, la no aceptación o discriminación; guiadas desde el desconocimiento y el rechazo a aquello distinto. Dentro del marco histórico-social, el loco a través de la historia y en los diferentes momentos de la sociedad eran portavoces sociales que denunciaban las desigualdades y que luchaban por la justicia social. (Naccarato, 2013)

La historia del padecimiento mental es posible dividirla desde varios ángulos. Siguiendo a Gusberti (2008, 3): “la misma exige remontarse a la antigüedad, ya los griegos creían que las enfermedades eran castigos de los dioses a quienes si se les ofrecían sacrificios retiraban los mismos. Ésta punto de vista popular se mantiene hasta la época de Hipócrates”.

Hipócrates (440-377 a.C.) creía que la mejor protección contra las enfermedades era una vida sana, por ello su principal contribución consistió en

vincular el mal mental a las enfermedades del cuerpo, cuando surgía la enfermedad era porque la naturaleza había descarrilado a causa de un desequilibrio físico o psíquico y la solución o receta del mismo era la moderación, armonía y una mente sana; sostenía que el cerebro era el órgano central y que la patología mental estaba asociada con una lesión cerebral. El mismo logra establecer una categoría de trastorno mental, diferenciando manía, melancolía y frenitis. (Gusberti, 2008).

Galeno (130-200 a.C) realiza un gran aporte para la época sintetizando todos los conocimientos de sus antecesores y realizando una nueva clasificación de los trastornos en la psique. Según su opinión, las causas de las enfermedades mentales podían ser orgánicas (como en el caso de lesiones, excesos de alcohol, etc.) o mentales (miedos, desengaños, angustias, etc.). (Gusberti, 2008)

Otro aporte importante de la época fue Areteo de Capadocia (1 d. C) quien propone que la patología mental era la prolongación de procesos psicológicos anormales. Éste descubre las diversas formas de la manía y la melancolía; su percepción de la importancia de los factores emocionales fue un gran logro para su época. (Gusberti, 2008).

El paso de la Edad Antigua a la Edad Media se marca por la caída de Roma frente a los bárbaros; tras la muerte de Galeno se pierden los avances que habían ocurrido hasta el momento y vuelven a surgir las creencias populares: demonios, brujas, etc. (Gusberti, 2008).

Los monasterios eran los lugares de tratamiento de los enfermos mentales, los que se llenaban de sobrevivientes a terribles acontecimientos históricos como las cruzadas o la famosa "muerte negra". Se pensaba que la causa original de Satanás era el orgullo del poseído por lo que se intentaba dañar el orgullo del enfermo poseído para así desalojar a Satanás; las terapias consistían en exorcismos y purgantes o vómitos donde se sostenía que la crueldad con los enfermos era un castigo al demonio que habitaba en su interior. (Gusberti, 2008).

Con Paracelso (1490-1541) se deja un poco de lado las creencias diabólicas y se llega a la idea de que la manía danzante no era una posesión diabólica sino un tipo de enfermedad que debía ser tratada como tal, afirmando que un hombre enferma a partir de un conflicto entre la naturaleza instintiva y la espiritual debido a la influencia de los astros sobre el espíritu. Establece cuatro géneros de locura: lunáticos, insanos, vesánicos (termino que designa trastornos mentales graves como la demencia) y melancólicos, proponiendo un tratamiento por magnetismo físico que derivó en hipnosis. (Gusberti, 2008).

A mediados del siglo XVIII, San Vicente de Paúl (1576- 1660) declara que la enfermedad mental no es diferente a la orgánica, dando un pasaje de la concepción demoníaca a una concepción científica. (Gusberti, 2008).

En la época del renacimiento le corresponde a *Félix Platter* (1536-1614), profesor de anatomía y medicina de Basilea, el mérito de aplicar medidas precisas de observación, en relación con los enfermos mentales. *Platter* intentó clasificar todas las enfermedades incluidas las mentales; puede considerarse un precursor en este sentido. En su clasificación introduce el término de imbecilidad mental, con diferentes categorías. Poco después, en 1667, el anatomista y médico inglés *Thomas Willis* (1621-1675), introduce el término morosis para denominar el retraso mental, lo que a pesar de lo inhumano del término representó sin dudas un logro en sus tiempos. (Verdugo, 1997)

El retraso mental era considerado como una forma de locura o insania hasta 1689, en que *John Locke* (1632-1704), filósofo y médico inglés, establece por primera vez una clara distinción entre esta y otras enfermedades mentales, esto contribuyó naturalmente a la profundización del conocimiento. (Verdugo, 1997)

El siglo XVII se caracterizó por una serie de logros sin precedentes en el campo de la literatura, las artes, la filosofía y la ciencia, consecuencia de la

interrelación entre los numerosos factores señalados anteriormente (humanismo renacentista, descubrimiento del nuevo mundo, la reforma). (Verdugo, 1997)

La Revolución Francesa (1789) con su proclamación de igualdad, libertad y fraternidad entre los hombres, constituyó un acontecimiento de gran importancia. Sus ideas humanistas alcanzaron a los enfermos mentales, pues a partir de este momento comenzó a considerárseles como pacientes desde el punto de vista médico y a tratárseles como tales. Quien inició esta transformación fue el médico francés *Philippe Pinel* (1745-1826), cuando liberó de sus cadenas a los pacientes del hospital de Bicêtre en 1793, elevándolos a la categoría de enfermos. (Verdugo, 1997)

Es de destacar que hasta el siglo XIX el retraso mental no tuvo una conceptualización diferenciada de otras patologías; durante los primeros trabajos no se diferenciaba al deficiente mental del sordomudo, criminal, epiléptico o loco. Se consideraba a menudo como una variante de la demencia y se entendía frecuentemente que sus causas estaban relacionadas con una patología biológica. (Verdugo, 1994)

En 1818 Esquirol plantea por primera vez la definición de idiota, diferenciándola de la demencia y de la confusión mental. Según este autor el retraso mental se caracteriza por ser un déficit intelectual constatable de origen orgánico e incurable en que la inteligencia nunca ha llegado a desarrollarse

A su vez se comienzan a desarrollar intentos educativos y terapéuticos desde perspectivas humanitarias y románticas, Verdugo (1994) refiere:

La primera experiencia de educación y tratamiento es llevada a cabo por Jean Itard quien entiende que las capacidades humanas son casi infinitas y están determinadas por el ambiente, Itard demostró que una persona diagnosticada de "idiota", podía llegar a aprender determinadas habilidades sociales con un entrenamiento sistemático adecuado. Este primer intento de Jean Itard, aunque no fue calificado como positivo en su época, tuvo importantes repercusiones a lo largo del siglo XIX, como lo demuestran los trabajos de su discípulo Seguin, quien publicó el primer tratado sobre la deficiencia ("La instrucción fisiológica y

moral de los idiotas") y demostró la posibilidad de entrenar a los retrasados mentales hasta límites previamente inimaginables, a través de su sistema educativo llamado "Método Fisiológico". (p.14)

En los últimos años del siglo XIX y principios del siglo XX las teorías darwinistas predominan siguiendo el planteamiento de la selección natural y las instituciones se convierten en asilos que proporcionan cuidados asistenciales. (Verdugo, 1994)

Sin embargo, el estudio científico del retraso mental comienza a aportar claves importantes para la comprensión de la naturaleza de esta, se distingue el retraso de la enfermedad mental, tomando conciencia de las múltiples causas y niveles del mismo; a partir del desarrollo de ciertos test de inteligencia se unifica el criterio diagnóstico y se favorece la creación de aulas específicas para el retrasado mental. (Verdugo, 1994)

En el siglo XX las definiciones se basan esencialmente en los dos criterios siguientes:

- distribuciones estadísticas de la inteligencia, asignando determinado nivel de retraso en la ejecución intelectual
- problemas en la conducta adaptativa

Las definiciones y clasificaciones sociológicas han sido las que han puesto mayor énfasis en el criterio de "adecuación social" donde el criterio fundamental ha sido el fracaso para adaptarse al ambiente.

Tredgold (1937) propuso una de las concepciones clásicas al concebir al retrasado mental como aquella persona incapaz de llevar una vida adulta independiente; para el mismo, la concepción de "retraso mental" incluye: desarrollo incompleto, ineducable educativamente (incapacidad de beneficiarse del sistema educativo ordinario), bajo C.I., incapacidad para mantener una vida independiente y comportamiento desadaptativo. (Verdugo, 1994)

En el comienzo del 1960, surge una definición sobre retraso mental propuesta por la Asociación Americana sobre Deficiencia Mental (AAMD) en su Manual sobre terminología y clasificación en el retraso que plantea (Verdugo, 1994, 6): "el retraso mental está relacionado con un funcionamiento intelectual general por debajo de la media, que se origina en el periodo del desarrollo, y se asocia con deficiencias en el comportamiento adaptativo."

De esta definición se derivaba la distinción entre cinco niveles de retraso en función del número de desviaciones típicas desde la media, los mismos eran: Límite (83-67), ligero (66-50), moderado (49-33), severo (32-16), y profundo (16). El nuevo concepto sin embargo, daba prioridad al comportamiento adaptativo para determinar el retraso mental. (Verdugo, 1994)

La definición de la AAMD ha ido modificándose a lo largo del tiempo con el fin de proporcionar una conceptualización más exacta. En 1983 la Sociedad Americana de Deficiencia Mental publicó una nueva definición ligeramente revisada y de mayor utilidad y claridad (Grossman, 1983, 42): "El retraso mental se refiere a un funcionamiento intelectual general significativamente inferior a la media que resulta o va asociado con déficits concurrentes en la conducta adaptativa, y que se manifiesta durante el periodo de desarrollo"

En 1992, la AAMR replanteó la definición de retraso la cual supuso un cambio de paradigma. Verdugo (1994) la define de la siguiente manera:

El retraso mental no se considera un rasgo absoluto del individuo, sino una expresión de la interacción entre la persona con un funcionamiento intelectual limitado y el entorno. La tarea esencial no va a ser diagnosticar y clasificar a los individuos con retraso mental y con esa información determinar los tratamientos y servicios que necesitan, sino evaluarlos multidimensionalmente en base a su interacción con los contextos en los que se desenvuelven y basándose en esa evaluación del individuo y el ambiente determinar los tratamientos y servicios necesitados. Por ello, no se clasificará a los sujetos en virtud de su C.I. sino que se clasificará el tipo e intensidad de apoyos que necesitan. De esta manera, se propone un sistema de clasificación basado en la intensidad de los apoyos que requieren las personas con retraso mental (limitado, intermitente, extenso y generalizado). Se habla de "limitaciones en dos o más áreas de habilidades de adaptación". Esas áreas se

concretan en diez dominios o dimensiones de comportamientos diferentes: comunicación, auto-cuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre, y trabajo. Lo más importante es la modificación del concepto de "conducta o comportamiento adaptativo. (p.22)

El retraso mental debe manifestarse antes de los dieciocho años y para poder aplicar la definición deben tomarse en consideración las cuatro premisas siguientes (Verdugo, 1994):

1. Una evaluación válida ha de tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en los modos de comunicación y en factores comportamentales.

2. Las limitaciones en habilidades adaptativas se manifiestan en entornos comunitarios típicos para los iguales en edad del sujeto y reflejan la necesidad de apoyos individualizados.

3. Junto a limitaciones adaptativas específicas existen a menudo capacidades en otras habilidades adaptativas o capacidades personales

4. Si se ofrecen los apoyos apropiados durante un periodo prolongado, el funcionamiento en la vida de la persona con retraso mental mejorará generalmente.

En el año 2002 aparece la décima edición en la que se revisa la anterior conceptualización pero no supone un nuevo cambio de paradigma sino que en ella se intentan recoger las aportaciones surgidas durante este último tiempo, a la vez que trata de acercar la terminología empleada a la utilizada en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud. (García y Sánchez, 2004)

1.2- Historia de la salud mental en la Argentina

Realizando un recorrido por la historia del RM en Argentina devela la extensa trayectoria de muchas de las concepciones, principios y prácticas que, en la actualidad, se consideran progresistas. Interdisciplinariedad y trabajo en equipo, prevención primaria, trabajo en la comunidad, abordajes intersectoriales, son parte de antecedentes argentinos que se remontan incluso hasta las primeras décadas del siglo XX (Rosendo, 2009)

Si bien el proceso de construcción de la estructura institucional recorre un trayecto discontinuo que presenta un abanico heterogéneo de dispositivos, la premisa que respalda la institucionalización de la discapacidad mental muestra sin embargo una permanencia constante, que se extiende hasta nuestros días. (Naccarato, 2013)

A lo largo del siglo XX en Argentina, la discapacidad mental estuvo situada bajo una forma predominantemente intervencionista mediante dispositivos institucionales. Durante la primera mitad de siglo, los ámbitos de lo institucional aparecen trazados por los efectos de dos momentos diferenciados: el primero, dependiente de las políticas de la Salud Pública, que dio impulso a la creación de asilos y colonias que hallan en las estructuras hospitalarias y manicomniales la atención de los “deficientes”; el segundo, situado en el terreno de las políticas educativas, generalizando las consecuencias de la instauración de la escuela obligatoria y estableciendo una nueva escenografía, la de las “Escuelas Especiales”, como espacio destinado al problema de los “retrasados”. Estos dos momentos son subtendidos por una lógica que se define según tres criterios: el primero es su función, la cual se basa en brindar una respuesta a escala social frente al problema que encarna la discapacidad mental” mediante la creación de

instituciones públicas y regidas por la función tutelar del Estado; el segundo refiere a la consolidación de los saberes médico-psiquiátrico y pedagógico, estableciendo el primero como discurso hegemónico en los procedimientos de abordaje de la discapacidad mental y el último criterio refiere a la ambigüedad de su operatoria apuntalada en una política de resguardo y aislamiento, tras las medidas de protección y cuidado en favor de los “anormales”, desocialización de este colectivo. (Naccarato, 2013)

La década del '50 resulta interesante para el campo de la salud mental desde muy diversas aristas: desde lo académico, desde la innovación de servicios de salud, como desde las acciones emprendidas por el propio Estado. Sobre finales de la década se crean la carrera de Psicología en la Universidad de Buenos Aires pero también la de Sociología, Antropología y Ciencias de la Educación; se inaugura el Servicio de psicopatología de Goldenberg en el marco de un hospital general y se crea en 1957 el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM), que reemplazaría a la Dirección de Establecimientos Neuropsiquiátricos y a la Dirección de Higiene Mental. El campo de las problemáticas mentales comienza así un viraje desde el dominio de perspectivas psiquiátricas hacia orientaciones más integrales de salud mental. Los movimientos internos, tales como el anclaje de la psicología en el espacio universitario, la irrupción de las ciencias sociales y el surgimiento de las terapias de grupo, son simultáneamente potenciados por las transformaciones del contexto internacional que se encontraban orientadas hacia la atención comunitaria y los lineamientos provenientes de la Organización Mundial de la Salud, entre ellos, una nueva definición integral sobre “salud mental” y el reemplazo de la noción de “higiene mental”.(Rosendo, 2009)

Alrededor de la década del '60, y en forma creciente durante los siguientes veinte años, se observa en nuestro país la proliferación de instituciones ligadas con el tercer sector -hoy llamadas ONG- y privadas que imponen no sólo una nueva configuración, sino también una nueva perspectiva, respecto de la práctica

institucional. Se trata de un cambio de escala de la labor institucional, dando lugar al surgimiento de pequeñas asociaciones y organizaciones que asisten a un grupo reducido de personas (habitualmente, entre quince y treinta concurrentes), en escenarios que contrastan sensiblemente con la arquitectura y la impronta hospitalaria o escolar de las grandes instituciones públicas. A su vez, surgen instancias alternativas respecto de los dispositivos existentes que se enfocan en una reasignación de aquella función tutelar que el Estado fue cediendo gradualmente, la que pasa a depositarse en los reducidos márgenes de la labor institucional y da fisonomía a las prácticas (muchas veces, intuitivas y voluntarista). De modo regular, la finalidad de tales dispositivos se reconduce a las funciones de cuidado, custodia, ayuda, protección, defensa -testimonio, al mismo tiempo-, de una cosmovisión respecto del sentido y alcance de la propia práctica, como de las condiciones sociales en las cuales la llevan a cabo. (Naccarato, 2013)

En la década del '90 se producen las condiciones de una nueva mutación en el entramado institucional, ya que a partir de la sanción en 1997 de la Ley 24.901, se emprende una redefinición funcional y operativa de la tarea que venían desarrollando las organizaciones privadas y del tercer sector y también, aunque en menor medida, las instituciones públicas. Cabe señalar que esta coyuntura da origen a la puesta en vigencia de una matriz regulatoria de la actividad institucional: se produce la demarcación de modalidades prestacionales como es Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico, Educación Especial Inicial, Centro de Formación Laboral, etc.; de tal suerte, los fundamentos de la práctica ya no pueden entonces apoyarse en la vaguedad de nociones tales como las de *protección, cuidado o ayuda*, sino que deben validar la pertinencia de sus procedimientos en función del diagnóstico y la edad y situación de las personas a las que se dirige. En segundo lugar, se determinan los recursos técnicos y profesionales requeridos para el funcionamiento de cada una de las modalidades prestacionales; se trata, pues, de una mayor profesionalización de la labor institucional, a partir de la cual el rol de las distintas disciplinas vinculadas con la

salud y la educación cobrará una nueva relevancia y cuya intervención, en tanto que exigencia operativa del proceso de trabajo interdisciplinario, tendrá en lo sucesivo una presencia sistemática en el abordaje de la discapacidad mental. Por último, se pone en marcha la gradual estandarización de los formatos institucionales en donde van cediendo sus perfiles singulares, para mimetizarse al compás del cumplimiento de un conjunto de requisitos preestablecidos. (Naccarato, 2013)

Este contexto de reconfiguración del campo institucional lleva consigo también la impronta de una época: enfatizando la promoción de crecientes niveles en la calidad de atención, habilitando instancias de monitoreo y supervisión de la actividad institucional, el alcance de esta transformación ha hecho impacto en la superficie; la premisa, profunda, que proclama la gestión institucional de la discapacidad no sólo permanece incuestionada, sino que además se ha visto legitimada a través de la reforzada medicalización de este segmento social. (Naccarato, 2013)

Este recorrido ha permitido caracterizar la práctica institucional como una de las instancias implicadas en los procesos de producción social de la discapacidad intelectual, según dos líneas de análisis: por una parte, postulando que, en su propio despliegue, la actividad institucional va imprimiendo perfiles específicos a dicha categoría; por la otra, destacando que tal operatoria guarda una relación estrecha con los mecanismos de exclusión social. Así, pueden abordarse desde una nueva perspectiva diversos aspectos que forman parte de la actividad rutinaria de las instituciones y que, por su incardinación dentro de la trama de supuestos y significaciones que atraviesan dichos dispositivos, tienden a naturalizarse. (Naccarato, 2013)

Una de sus dimensiones está dada por la soldadura entre el diagnóstico de discapacidad mental y su institucionalización: en efecto, la propia práctica institucional tiende a acreditar y reproducir la implicación recíproca entre la

discapacidad mental y su gestión mediante dispositivos institucionales específicos, reforzando la suposición de que el colectivo conformado por estas personas tiene asignado un lugar predeterminado en la sociedad. Esta demarcación espacial de la discapacidad mental no sólo alienta la visualización de dicho segmento como categoría heterogénea respecto de la vida social convencional, sino que a su vez insta un conjunto de condiciones (por ejemplo: la decodificación de la integración intrainstitucional en términos de conducta adaptativa) que desempeñan un papel clave en su cronificación. (Naccarato, 2013)

También cabe señalar la medicalización y patologización de la discapacidad mental: la actividad institucional se ve encorsetada bajo la persistencia de un discurso del déficit que, en tanto conceptualiza la discapacidad mental como un inventario de fallas y disfunciones, como expresión de la patología, reclama de la labor institucional la puesta en juego de un repertorio de intervenciones técnicas asimilables al acto médico. Desde el discurso del déficit, no se trata de poner en juego los problemas que eventualmente pudieran presentar ciertas personas con discapacidad mental; se trata, más bien, de situar la discapacidad mental como un problema, y a la práctica institucional como la instancia de su reversión, atenuación o limitación. Como correlato, el sujeto con discapacidad mental queda localizado como el punto de aplicación de un saber que lo anticipa, de forma tal que no es él quien define o plantea los objetivos de su tratamiento, sino la institución la que moldea el mismo en relación a sus propios lineamientos. (Naccarato, 2013)

Otro punto crucial se liga con el poder del discurso científico para incidir en las formas de vida: las regulaciones institucionales, en tanto sustentadas en saberes legitimados socialmente, vehiculizan un conjunto de valores que determinan qué conductas deben ser promovidas y cuáles deben ser desalentadas; así, establecen una matriz de sentido en función de la cual la experiencia de cada uno de los concurrentes se podrá decodificar en términos de logros o retrocesos, así como sus pautas de vinculación podrán ser valoradas

positiva o negativamente. Poder del discurso, pues no se trata aquí de la comunicación como interacción dialógica, sino de la instauración de un desnivel estructural en relación al saber, cuyo resultado es la continua interpretación o metabolización de la experiencia y el discurso del sujeto por el de la institución; el saber se encuentra localizado en la mirada institucional y opera a través de una traducción constante del desempeño del sujeto a las nociones o categorías provenientes del discurso científico. (Naccarato, 2013)

Por último, merece destacarse la localización de la institución como instancia de relevo de la exclusión social: al establecer las coordenadas espacio-temporales que regulan la experiencia de vida de las personas con discapacidad, la práctica institucional opera mediante demarcaciones y contrastes; ello implica que la identificación del espacio institucional como el ámbito adecuado, “adaptado” a las necesidades y requerimientos de las personas con discapacidad mental, se consolida a expensas de otros posibles escenarios de inserción en la comunidad. Un indicador de la discontinuidad espacial que encarnan las instituciones está dado por la tendencia a la artificialización y sofisticación edilicia, tal como aparece impulsada por las reglamentaciones y normativas que establecen las pautas sobre seguridad, accesibilidad y prevención que deben cumplimentar tales espacios. Como resultado, las personas con discapacidad mental se despliegan en contextos que intensifican su inhabilitación y deserción social, toda vez que la hipervaloración de aquellas medidas de seguridad da forma a unos hábitats difícilmente asimilables a los escenarios más habituales en los cuales transcurre la vida en la comunidad. (Naccarato, 2013)

1.3- Definición actual de la discapacidad intelectual

El Comité de Terminología y Clasificación de la Asociación Americana sobre Discapacidad Intelectual y Discapacidades del Desarrollo (AAIDD) en su 11ª edición planteó el término “Discapacidad Intelectual” como constructo sustitutivo a “retraso mental”. (Schalock et al., 2010)

La misma aparece caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa que se manifiesta en las habilidades sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina según la clasificación, antes de los 18 años. (Schalock et al, 2008)

La diferencia principal entre el término “retraso mental” y “discapacidad intelectual” radica en el lugar donde se ubica al discapacidad; el primero (retraso mental) consideraba la discapacidad como un defecto en el interior de la persona, mientras que el último (discapacidad intelectual) considera la discapacidad como el ajuste entre las capacidades de la persona (de forma implícita se considera capacidad limitada como resultado de deficiencia neural) y el contexto en el que la persona funcionaba. (Schalock et al., 2008)

Siguiendo los aportes de Verdugo y Schalock (2010) la discapacidad intelectual se explica sobre la base de tres conceptos significativos:

a) el modelo socio-ecológico de discapacidad

El mismo resulta importante para la comprensión de la condición y el enfoque que se toma sobre las personas con discapacidad intelectual porque explica la misma en términos de:

- limitaciones en el funcionamiento individual dentro de un contexto social
- brinda una visión de las personas con discapacidad intelectual con un origen en factores orgánicos y/o sociales; lo que posibilita el entendimiento de que estos factores causan limitaciones funcionales que reflejan una falta de habilidad o restringen tanto en funcionamiento personal como en el desempeño de roles y tareas esperadas para una persona en un ambiente social.
- Ejemplifica la interacción entre la persona y su ambiente
- Cambia la explicación de discapacidad intelectual alejándola de posición centrada en la persona hacia el resultado de un desajuste entre las capacidades de la persona y las demandas de su ambiente
- Se centra en el rol que los apoyos individualizados pueden desempeñar en la mejora del funcionamiento individual

b) un enfoque multifactorial de la etiología

Se toman en cuenta cuatro factores (biomédico, social, conductual y educativo) dentro de las categorías prenatales, perinatales y postnatales. (Verdugo y Schalock, 2010)

Prenatal

- **Biomédico:** refiere a alteraciones cromosómicas, alteraciones metabólicas, infecciones transplacentarias, etc.
- **Social:** se incluye la pobreza, malnutrición materna, violencia doméstica, falta de cuidado prenatal, etc.
- **Conductual:** el uso de drogas por los padres, inmadurez parental, etc.
- **Educativo:** dentro de ésta están los padres con discapacidad sin apoyos, falta de oportunidades educativas, etc.

Perinatal

- **Biomédico:** prematuridad, daño cerebral, hipoxia, alteraciones neonatales, etc.
- **Social:** carencia de acceso a cuidados en el nacimiento
- **Conductual:** rechazo parental de cuidados, abandono parental del niño.
- **Educativo:** falta de derivación hacia servicios de intervención tras el alta médica

Postnatal

- **Biomédico:** daño cerebral traumático, malnutrición, trastornos degenerativos/ataques, toxinas
- **Social:** falta de estimulación adecuada, pobreza familiar, enfermedad crónica, institucionalización
- **Conductual:** abuso y abandono infantil, violencia doméstica, conductas de niños difíciles

- **Educativo:** retraso en el diagnóstico, intervención temprana inadecuada, servicios de educación especial inadecuados, apoyo familiar inadecuado.

c) **la distinción entre una definición operativa y otra constitutiva de la condición**

La diferencia se establece a partir de una definición operativa que establece los límites del término y separa lo que está incluido dentro del mismo de lo que está fuera. (Verdugo y Schalock, 2010)

Por otro lado, la definición constitutiva define el constructo en relación con otros constructos y define la condición en términos de limitaciones en el funcionamiento humano, lo que implica una comprensión de la discapacidad con una perspectiva multidimensional y socioecológica, subrayando el rol significativo que los apoyos desempeñan en la mejora del funcionamiento humano. (Verdugo y Schalock, 2010)

Dimensiones de la discapacidad intelectual

a) Dimensión I: habilidades intelectuales

La inteligencia se considera una capacidad mental general que incluye el razonamiento, planificación, solucionar problemas, pensar de manera abstracta, comprender ideas complejas, aprender con rapidez y de la experiencia, etc. Verdugo Alonso (2003) plantea que:

La evaluación del funcionamiento intelectual es un aspecto crucial para diagnosticar discapacidad intelectual, y debe ser hecha por un psicólogo especializado en personas con discapacidad intelectual y suficientemente cualificado. Deben tenerse muy en cuenta las cinco premisas comentadas previamente a la hora de evaluar a las personas por

lo que, en algunos casos, esta evaluación requiere la colaboración de otros profesionales. Además, las limitaciones en inteligencia deben ser consideradas junto a las otras cuatro dimensiones propuestas, pues por si solas son un criterio necesario pero no suficiente para el diagnóstico. (p.8)

A pesar de sus limitaciones, y del uso y abuso que se ha hecho históricamente del mismo, se considera al CI como la mejor representación del funcionamiento intelectual de la persona. (Verdugo Alonso, 2003)

b) Dimensión II: conducta adaptativa (habilidades conceptuales, sociales y practicas)

La conducta adaptativa se entiende como "el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y practicas aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria". (Verdugo Alonso, 2003)

Las limitaciones en la conducta adaptativa afectan tanto a la vida diaria como a la habilidad para responder a los cambios en la vida y a las demandas ambientales. Éstas coexisten a menudo con capacidades en otras áreas, por lo cual la evaluación debe realizarse de manera diferencial en distintos aspectos de la conducta adaptativa. (Verdugo Alonso, 2003)

c) Dimensión III: participación, interacciones y roles sociales

Esta nueva dimensión refiere a un aspecto relevante de la definición planteada en el año 2002. Verdugo Alonso (2003) refiere:

Lo primero que resalta es su similitud con la propuesta realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Clasificación internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud del 2001. La OMS en esa propuesta plantea como alternativa a los conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía, los de discapacidad, actividad y participación, dirigidos a conocer el funcionamiento del individuo y

clasificar sus competencias y limitaciones. Por tanto, en ambos sistemas resalta el destacado papel que se presta a analizar las oportunidades y restricciones que tiene el individuo para participar en la vida de la comunidad. (p.10)

En este caso el análisis se dirige a evaluar las interacciones con los demás y el rol social desempeñado, destacando así la importancia que se concede a estos aspectos en relación con la vida de la persona. Un funcionamiento adaptativo del comportamiento de la persona se da en la medida en que esta activamente involucrado, participando con su ambiente. La falta de recursos y servicios comunitarios así como la existencia de barreras físicas y sociales pueden limitar la participación e interacciones de las personas. (Verdugo Alonso, 2003)

d) Dimensión IV: salud (salud física, salud mental y factores etiológicos)

La salud es entendida como un "estado de completo bienestar físico, mental y social". (Verdugo Alonso, 2003). El funcionamiento humano está influido por cualquier condición que altere su salud física o mental; por eso cualquiera de las otras dimensiones propuestas queda influenciada por estos aspectos

Los efectos de la salud física y mental sobre el funcionamiento de la persona pueden oscilar desde muy facilitadores a muy inhibidores. A su vez, los ambientes también determinan el grado en que la persona puede funcionar y participar, creando peligros actuales o potenciales en el individuo o pueden fracasar no propiciando la protección y apoyos requeridos. Su etiología se plantea desde una perspectiva multifactorial del constructo compuesto por cuatro categorías de factores de riesgo: biomédico, social, comportamental y educativo. (Verdugo Alonso, 2003)

e) Dimensión V: contexto (ambientes y cultura)

Esta dimensión describe las condiciones interrelacionadas en las cuales las personas viven diariamente; se plantea desde una perspectiva ecológica que cuenta con tres niveles diferentes (Verdugo Alonso, 2003):

a) **Microsistema:** es el espacio social inmediato que incluye a la persona, familia, amigos, etc.

b) **Mesosistema:** dentro de éste encontramos la vecindad, comunidad y organizaciones que proporcionan servicios educativos, de recreación, de apoyo, etc.

c) **Macrosistema:** son los patrones generales de la cultura y sociedad

Los distintos ambientes que se incluyen en los tres niveles pueden proporcionar oportunidades y fomentar el bienestar de las personas. (Verdugo Alonso, 2003)

Capítulo Dos

“Psicología Comunitaria: Un marco para la inclusión e integración”

2.1- Definición de la Psicología Comunitaria.

La mayoría de los autores de Psicología Comunitaria definen a ésta como aquella que trata de la comunidad y que es realizada con la comunidad. Esto supone una característica primordial y esencial en lo comunitario: el rol activo de la comunidad y su participación como agente activo. (Montero, 2004)

Otra de las características de la psicología comunitaria es que apunta al desarrollo de fortalezas y capacidades de la comunidad. El cambio social, o como dice Sawaia (1998, citado en Montero, 2006, 42) el “movimiento de re-creación permanente de la existencia colectiva”, es una condición presente en la mayor parte de las definiciones lo cual le otorga un carácter político en el sentido en que quienes trabajan en la psicología comunitaria producen, junto con la comunidad, intervenciones para lograr cambios y fortalecimientos. A esto se agrega un carácter científico y aplicado desde los inicios (Rappaport, 1977)

Rappaport (1977, citado en Montero, 2006) define a la psicología comunitaria de la siguiente manera:

Es la disciplina que acentúa la perspectiva ecológica de la interacción, sosteniendo la posibilidad de mejorar la adaptación entre las personas y su medio ambiente mediante la creación de nuevas posibilidades sociales y a través del desarrollo de recursos personales en vez de hacer hincapié exclusivamente en la supresión de las deficiencias de los individuos o de sus comunidades. (p.73)

Esta definición muestra el énfasis en la relación individuo- medio ambiente, coloca su objetivo en la producción de una mejor relación entre ambos, colocando su objeto en la interface entre lo individual y lo social. (Montero, 2004).

Montero (1982, 70) define a la psicología comunitaria diciendo "...rama de la psicología cuyo objeto es el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social."

Las características que Montero (2006) menciona y que definen a la disciplina se pueden definir en las siguientes puntualizaciones:

- El objeto de estudio son los fenómenos psicosociales producidos en relación con procesos de carácter comunitario, teniendo en cuenta el contexto social y cultural.
- La comunidad es un ente dinámico compuesto por agentes activos constructores de la realidad que viven.
- Se hace énfasis en las fortalezas y capacidades de los sujetos.
- Toma en cuenta la relatividad cultural.
- Incluye la diversidad
- Asume las relaciones entre las personas y el medio ambiente donde viven
- Tiene una orientación hacia el cambio social dirigido al desarrollo comunitario.
- Incluye una orientación hacia el cambio personal en la interrelación entre individuos y la comunidad
- Busca que la comunidad tenga el poder y el control sobre los procesos que la afectan
- Tiene una condición política en tanto supone una formación ciudadana y fortalecimiento de la sociedad civil.
- La acción comunitaria fomenta participación y se da mediante ella

- Es ciencia aplicada, produce intervenciones sociales en la comunidad.
- Tiene un carácter preventivo
- Produce reflexión, crítica y teoría.

2.2- Historia

La Psicología Comunitaria surge en los Estados Unidos, en la década de 1.960 donde se produce una serie de movimientos sociales, económicos y políticos que conmovieron al continente americano. Durante los años sesenta y setenta del XX se produce una serie de movimientos sociales que difunden ideas políticas y económicas- entre ellas, la teoría de la dependencia- que va a influir sobre los modos de hacer y de pensar las ciencias sociales. En la psicología tales ideas producen un vuelco hacia una concepción de la disciplina centrada en los grupos sociales, en la sociedad y en los individuos que la integran- entendiendo al sujeto humano como un ser activo, dinámico, constructor de su realidad- así como en sus necesidades y expectativas; hacia una concepción distinta de salud y de enfermedad. (Montero, 2006)

En América Latina la psicología comunitaria nace a partir de la disconformidad con una psicología social que se situaba, predominantemente,

bajo el signo del individualismo y que practicaba con riguroso cuidado la fragmentación no dando respuesta a los problemas sociales. Es por esto que puede decirse que es una psicología que surge a partir del vacío provocado por el carácter subjetivista de la psicología social y por la perspectiva macrosocial de otras disciplinas. Las condiciones de vida de grandes grupos de la población, su sufrimiento, sus problemas y la necesidad urgente de intervenir en ellos para producir soluciones y cambios plantean entonces, la necesidad de dar respuesta inmediata estos s problemas reales cuyos efectos psicológicos no solo limitan y trastornan sino que degradan las condiciones de vida. (Montero, 2004)

Así en los años setenta, por fuerza de las condiciones sociales presentes en muchos de los países latinoamericanos y de la poca capacidad que mostraba la psicología para responder a los urgentes problemas que los aquejaban, comienza a desarrollarse una nueva practica que va a exigir una redefinición tanto de los profesionales de la psicología como de su objeto de estudio e intervención haciendo hincapié en el desarrollo y fortalecimiento de los aspectos positivos y recursos de esas comunidades. (Montero, 2004)

El enfoque comunitario entonces, propone que la intervención social formal se diseñe y realice de modo que contribuya en lo posible a fortalecer los apoyos y redes sociales y comunitarias (mediante la aplicación de principios como los de proximidad, continuidad de cuidados, normalización, integración, personalización, globalidad, autonomía, autogestión...). (Montero, 2004)

El rol del psicólogo comunitario en la actualidad se orienta a sujetos considerados activos para que dirijan, controlen y ejecuten la satisfacción de sus necesidades, transformándose a sí mismos y a su entorno. Desde esta óptica el quehacer profesional del psicólogo comunitario es de catalizador o facilitador de cambio, el cual parte desde la comunidad sobre la cual se opera. (Montero, 2006)

Así cobra importancia el establecimiento de una relación dialógica entre el psicólogo y la comunidad, no se concibe a la misma como objeto pasivo de

estudio o intervención, sino como actor partícipe. La construcción de conocimiento se genera en esta relación dando lugar a la existencia de puntos de vista disidentes y a la recepción de saberes y propuestas provenientes de diferentes áreas. (Montero, 2006)

2.3- Inclusión e Integración

Se entiende por “**inclusión**” el derecho de las personas con discapacidad a participar en todos los ámbitos de la sociedad recibiendo el apoyo que necesitan en el marco de las estructuras comunes de educación, salud, empleo, ocio y cultura y servicios sociales, reconociéndoles los mismos derechos que el resto de la población. (Escribano, A. y Martínez, A., 2013)

En 1983 se aprueba el Programa de Acción Mundial para los impedidos por parte de la Asamblea General en el contexto del Decenio de las Naciones Unidas para estos (1983-1992). Parés (2003) define su importancia de la siguiente manera:

Este constituyó un plan internacional de promoción de medidas a largo plazo para la prevención de la discapacidad, la rehabilitación, la participación plena de las personas con discapacidad en la vida social y el desarrollo de la igualdad de oportunidades. En él se

subrayaba el derecho de las éstas a tener las mismas oportunidades que los demás ciudadanos y a disfrutar, en pie de igualdad, de las mejoras en las condiciones de vida. También por primera vez se definió la discapacidad entendida como “la relación entre las personas y su entorno” y se adoptaron los principios de normalización, integración y participación. (p. 17)

En 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba las Normas Uniformes de las Naciones Unidas sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, la cual siguiendo a Parés (2003), plantea:

(...) su finalidad es garantizar que estas personas puedan tener los mismos derechos que los demás y, en la medida que logren los mismos derechos, deban también asumir las obligaciones correspondientes. Se destacan esferas de importancia decisiva para la calidad de vida y para el logro de la plena participación y la igualdad. Estas normas instan a los Estados a adoptar medidas que eliminen todos los obstáculos que impiden que las personas con discapacidad ejerzan sus derechos y libertades y que dificulten su plena participación en las actividades de sus respectivas sociedades. En estas normas se establece que las personas con discapacidad son miembros de la sociedad y tienen derecho a permanecer en sus comunidades locales, recibiendo el apoyo que necesitan en el marco de las estructuras comunes de educación, salud, empleo y servicios sociales. (p. 19)

En la actualidad, diferentes resoluciones y leyes como Resolución 1328/06 como la Ley 24.901 promueven “...*un sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad, contemplando acciones de prevención, asistencia, promoción y protección con el objeto de brindarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos...*” con el fin de la integración a la sociedad. La misma será tomada como la consecuencia del principio de normalización, es decir, el derecho de todas las personas con discapacidad a participar en todos los ámbitos de la sociedad recibiendo el apoyo que necesitan tanto en la educación, salud, empleo, ocio y cultura, como así también reconociéndoles los mismos derechos que el resto de la comunidad, para desempeñar así un rol equivalente al resto.

Cuatro variedades de inclusión (Dyson, 2001):

-Inclusión como colocación: Esta línea busca encontrar el lugar donde se educarán los estudiantes con discapacidad y necesidades educativas especiales y además en garantizar que dichos estudiantes tengan acceso a escuelas y clases regulares, teniendo el derecho a disfrutar de los mismos derechos que el resto de los miembros de la comunidad.

-Inclusión como educación para todos: Se considera que la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad se encuentra enmarcada en el contexto de los derechos humanos como conjunto y en el derecho de los niños en particular. Se trabaja a fin de combatir las actitudes discriminatorias promoviendo las comunidades integradoras, construyendo una sociedad inclusiva y logrando una educación para todos.

-Inclusión como participación: Amplía la preocupación sobre si son educados y cómo son educados para llegar a preguntarse hasta qué punto participan en los procesos educativos.

-Inclusión social: Trata tanto sobre las obligaciones como sobre los derechos; implica que la sociedad no solamente trabaja mediante una valoración igualitaria de los distintos grupos, en respuesta a sus derechos, realizan una contribución positiva a la sociedad.

Liliana Pantano (1993) sostiene que, la persona que ha participado de un proceso de rehabilitación y desarrolló al máximo posible sus capacidades, desde el punto de vista sociológico, está en condiciones de **integrarse** plenamente a la sociedad. Las posibilidades de participación están definidas culturalmente y a veces su concreción no depende de lo que el individuo está en condiciones de ofrecer, sino de las alternativas que la comunidad plantea para que aquellas puedan ser canalizadas.

La integración conlleva la *posibilidad* de la participación, y a su vez ésta la facilita y refuerza. La inclusión, en cambio, se define de muchas formas no existiendo un significado concreto y único del mismo. (Escribano y Martínez, 2013)

No es un nuevo enfoque, es un reenfoque, una reorientación de una dirección ya emprendida, un corregir los errores atribuidos a la integración. Es una idea transversal que está presente en los ámbitos de la vida social, familiar, laboral, etc. Por lo tanto, la inclusión supone una ampliación de la integración, subraya la igualdad por encima de la diferencia y su punto de partida es la igualdad de oportunidades. (Escribano y Martínez, 2013)

2.3.1. – Habilidades sociales: una herramienta para la inclusión.

Las **habilidades sociales** quedan definidas por Bermejo y García (2002) en el “Manual de evaluación y entrenamiento en habilidades sociales para personas con retraso mental” como:

Conductas necesarias para interactuar y relacionarse con los demás de forma efectiva y mutuamente satisfactoria. Por lo que cabe aclarar que:

- Se trata de conductas, esto quiere decir que son aspectos observables, medibles y modificables; no es un rasgo innato de un sujeto, determinado por su código genético o por su condición de discapacidad

- Entra en juego el otro. No se refieren a habilidades de autonomía personal, sino a aquellas situaciones en las que participan por lo menos dos personas

- Esta relación con el otro es efectiva y mutuamente satisfactoria. La persona con habilidades sociales defiende lo que quiere y expresa su acuerdo o desacuerdo sin generar malestar en la otra persona. (p.21)

La adecuación de las conductas al contexto es lo que se denomina “**Competencia social**”. La competencia social siendo los aportes de Gunzburg (1973, citado en Rubio, 1998) se manifiesta en tres aspectos:

- En la extensión con la que un individuo es capaz y puede cumplir con las costumbres, hábitos y estándares de conducta que establece la sociedad en la que vive
- En el grado de independencia que presente
- En la extensión con que participa activamente de su comunidad.

Las habilidades sociales (Bermejo y García, 2002) constituyen una de las áreas prioritarias en el desarrollo social de cualquier persona, su aprendizaje está condicionado por las experiencias vividas, el entorno en el que la persona se mueve y los modelos que lo rodean. En el caso de las personas con discapacidad intelectual, el desarrollo de habilidades sociales es necesario para favorecer una integración y una desinstitutionalización, es decir, posibilitar una apertura a la comunidad. Las autoras agregan:

El entrenamiento en habilidades sociales es la herramienta necesaria para que esta apertura a la comunidad tenga garantías de éxito, no sólo de cara a la verdadera integración, sino también de cara a la prevención de una exposición a mayores situaciones de riesgo... Ciertas conductas problemáticas que presentan las personas con discapacidad representan, a menudo, la expresión clara del déficit de una habilidad para expresarse o transmitir. (p.22)

Componentes de las Habilidades Sociales

Las habilidades sociales incluyen componentes verbales y no verbales (Bermejo y García, 2002).

Los **componentes no verbales** hacen referencia al lenguaje corporal, a lo que no se dice, a cómo uno se muestra en la interacción con el otro, etc. Dentro de esta categoría se incluye: la distancia interpersonal, el contacto ocular, la postura, la orientación, los gestos y los movimientos que se realizan con diferentes músculos y partes del cuerpo cuando uno se comunica. Los mismos se denominan “**habilidades corporales básicas**” y son prioritarias e imprescindibles antes de trabajar cualquier habilidad social más compleja. Los mismos, siguiendo a la autora, se pueden resumir de la siguiente manera (Bermejo y García, 2002):

- El contacto ocular el cual resulta prioritario en el establecimiento de una comunicación y relación eficaz. La mirada directa a los ojos garantiza que se está escuchando, prestando atención y además resulta necesario en el desarrollo de un aprendizaje eficaz.
- La distancia interpersonal refiere a la separación entre dos o más personas cuando están interactuando, lo que posibilita o dificulta una comunicación cómoda. La invasión del espacio personal genera malestar y violencia en el interlocutor.
- La expresión facial es la manifestación de las emociones, la cual expresa tanto el estado emocional del remitente como indica un entendimiento del que escucha. La expresión facial es clave en las

relaciones sociales en donde lo que prima son los sentimientos y las emociones.

- La postura del cuerpo ayuda al interlocutor a identificar si le estás escuchando, Según se adopte una postura erguida o relajada la gente conocerá si se está o no interesado en lo que se le está contando, además facilita o dificulta el seguimiento de instrucciones y cualquier otro tipo de aprendizaje. Muy relacionado con la postura está la orientación del cuerpo ya que la dirección en la que una persona orienta el torso o los pies es la que quisiera tomar en lugar de seguir donde está.
- Otras conductas no verbales se relacionan con los gestos y movimientos de brazos y piernas, sin embargo estos aspectos han recibido menos atención en la población con discapacidad.

Los **componentes verbales** hacen referencia al volumen de la voz, el tono, el timbre, la fluidez, el tiempo de habla, la entonación, la claridad y la velocidad y el contenido del mensaje. (Bermejo y García, 2002).

2.4- Redes

Las diferentes actividades que implican la formación de redes de intercambio social están sustentadas y obtenidas por lo que se denomina “pensar en red”. El término “red” en su polivocidad nos remite, por un lado a una línea más conceptual y por otro, tiene un sentido netamente técnico. La red es una propuesta de acción por momentos y en otros se aparece como modo de funcionamiento social, es en muchos casos la posibilidad de gestar un plano de consistencia donde la organización fija y estereotipada ceda su dominio a procesos de creatividad e invención. (Saidón, 2002)

La “red” es una metáfora que permite hablar de las relaciones sociales aportando atributos de contención, tejido, posibilidad de crecimiento o sostén. El termino puede aplicarse tanto a interacciones espontáneas que surgen en un momento dado y que aparecen en cierto contexto definido; o puede referirse al intento de organizar estas interacciones de un modo más formal, trazando una frontera o limite, poniendo un nombre y generando un nuevo nivel de complejidad o dimensión. (Pakman, 2002)

El rol del psicólogo comunitario se orienta a sujetos considerados activos para que dirijan, controlen y ejecuten la satisfacción de sus necesidades, transformándose a sí mismos y a su entorno. Desde esta óptica el quehacer profesional del psicólogo comunitario es de catalizador o facilitador de cambio, el cual parte desde la comunidad sobre la cual se opera. (Montero, 2006)

Así cobra importancia el establecimiento de una relación dialógica entre el psicólogo y la comunidad, no se concibe a la misma como objeto pasivo de estudio o intervención, sino como actor partícipe. La construcción de conocimiento se genera en esta relación dando lugar a la existencia de puntos de vista disidentes y a la recepción de saberes y propuestas de diferentes áreas. (Montero, 2006)

Para Saidón (2002) pensar en red con el fin de facilitar las ligazones del tejido social no puede estar acompañado de una actitud voluntarista sino que

requiere de un pensamiento complejo que tenga en cuenta la producción de subjetividad social en los más diversos acontecimientos. Las respuestas asistenciales atienden la urgencia de la situación pero en muchas ocasiones perjudican transformando en pacientes a sujetos que luchan por su supervivencia y se tiende a reforzar así caminos individualizantes. Saidón (2002, 206) plantea: “hemos aprendido que no es bueno apresurarse y querer pasar por encima de los acontecimientos sino poder habilitarlos y ofrecer redes y dispositivos continentales, que permitan desplegar los hechos reales y no solamente lo que nuestros hábitos de pensamiento intentan producir.”

Promover una actitud de escucha pasa por la construcción de redes sociales que posibiliten un plano de consistencia donde se puedan colocar los acontecimientos con toda la intensidad que en ellos se despliega. (Saidón, 2002).

La noción de red no es un objetivo en sino que como metáfora parte de una metodología para la acción que permita mantener, ampliar o crear alternativas deseables para los miembros de la misma. A su vez, la red invita a la reflexión social, por lo que puede ser una expresión de una práctica política de sujetos sociales. Como practica reflexiva ha de trascender el simple ejercicio de lo acostumbrado para meditar a través de la observación mutua sobre las categorías de lo “normal”. (Pakman, 2002).

Capítulo Tres

***“Discapacidad
intelectual y su marco
normativo”***

3.1- Ley Nacional de salud mental N° 26.657

La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con discapacidad mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas.

La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado.

Los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deben adecuarse a los principios establecidos en la presente ley.

El Estado reconoce a las personas con discapacidad mental los siguientes derechos:

a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud.

b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia.

c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos.

d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.

e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe

f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso.

g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas.

h) Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el Órgano de Revisión.

i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado.

j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las

normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales.

k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades.

l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación.

m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente.

n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable.

o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados.

p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.-

Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley. Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones.

La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinario.

3.2- Ley Nacional 22.431: Sistema de protección integral de los discapacitados.

Se instituye un sistema de protección integral de las personas con discapacidad, tendiente a asegurar a éstas su atención médica, su educación y su seguridad social, así como a concederles las franquicias y estímulos que permitan en lo posible neutralizar la desventaja que la discapacidad les provoca y les den oportunidad, mediante su esfuerzo, de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las personas normales.

La presente ley plantea una definición de discapacidad en donde define a la misma como toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral. El Ministerio de Salud de la Nación certificará en cada caso la existencia de la discapacidad, su naturaleza y su grado, así como las posibilidades de rehabilitación del afectado. Indicando su vez el tipo de actividad laboral o profesional que la misma puede desempeñar.

Establece a su vez que el Estado, a través de sus organismos, prestará a las personas con discapacidad no incluida dentro del sistema de las obras sociales, en la medida que aquellas o las personas de quienes dependan no puedan afrontarlas, los siguientes servicios:

- a) Rehabilitación integral, entendida como el desarrollo de las capacidades de la persona discapacitada.
- b) Formación laboral o profesional.
- c) Préstamos y subsidios destinados a facilitar su actividad laboral o intelectual.
- d) Regímenes diferenciales de seguridad social.

e) Escolarización en establecimientos comunes con los apoyos necesarios previstos gratuitamente, o en establecimientos especiales cuando en razón del grado de discapacidad no puedan cursar la escuela común.

f) Orientación o promoción individual, familiar y social.

Le asigna al Ministerio de Bienestar Social de la Nación (actual Ministerio de Salud) entre otras, la tarea de reunir información, desarrollo de planes, apoyar y coordinar actividades de las entidades y crear hogares de internación total o parcial.

Redefine al porcentual de 4% que deberá tener el Estado nacional y sus distintos organismos en cuanto a la ocupación laboral de las personas con discapacidad idóneas para el cargo. Dicha tarea debe ser autorizada y fiscalizada por el Ministerio de Trabajo gozando de los mismos derechos y obligaciones que los demás trabajadores.

3.3- Ley 24.901: Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad.

La Ley 24.901 fue sancionada el 5 de Noviembre de 1997 y promulgada el 2 de Diciembre del mismo año con carácter de nacional.

La Asamblea General de las Naciones Unidas al establecer, en 1982, el Programa de Acción Mundial para las personas con discapacidad, reafirmó su derecho a la igualdad de oportunidades, a la participación plena en las actividades económicas y sociales, y al igual acceso a la salud, la educación y los servicios de rehabilitación.

Nuestro país, reconociendo los derechos de las personas con discapacidad y los señalamientos de organismos internacionales sobre las personas con discapacidad, ha establecido un Sistema Único de Prestaciones Básicas para las Personas con Discapacidad, regulado por la Ley 24.901 "Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad", el Decreto 762/97, por el que se crea el Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, y el Decreto 1.193/98, Reglamentario de la Ley de Prestaciones Básicas.

El objetivo de esta ley es ofrecer una atención integral para todas las personas con discapacidad, contemplando acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, con el objeto de brindarles una cobertura integral a sus necesidades.

La población beneficiaria es toda aquella que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, motora, sensorial o mental y que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables en su integración familiar, social, educacional o laboral.

Los beneficiarios que se vean imposibilitados aprovechar el traslado gratuito en transportes públicos entre su domicilio y el establecimiento educacional tendrán derecho a pedir a su cobertura social un transporte especial, con el auxilio de terceros cuando fuere necesario.

La madre y el niño tendrán garantizados desde el momento de la concepción, los controles, atención y prevención adecuados para su óptimo desarrollo físico-psíquico y social.

En caso de existir además, factores de riesgo, se deberán extremar los esfuerzos para evitar patología o en su defecto detectarla tempranamente. Si se detecta patología discapacitante se pondrán en marcha además, los tratamientos necesarios para evitar discapacidad o compensarla. En todos los casos, se deberá contemplar el apoyo psicológico adecuado del grupo familiar.

3.3.1 Prestaciones Básicas de la ley 24.901:

- Prestaciones preventivas
- Servicios de estimulación temprana
- Servicios educativos terapéuticos
- Servicios educativos

- Servicios de rehabilitación psicofísica con o sin internación
- Servicios de centro de día
- Servicios de rehabilitación profesional
- Servicios de hospital de día fisiátrico
- Hogares – Residencias –Pequeños Hogares
- Ayudas técnicas, prótesis y ortesis
- Transporte Beneficiarios

3.4- Ley 26.378- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo.

El propósito de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades

fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.

Dentro del término “personas con discapacidad” se incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

La misma fue aprobada mediante resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de Diciembre de 2006 y plantea varios puntos a desarrollar, entre ellos:

Principios generales

Los principios de la presente Convención serán: a) El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas; b) La no discriminación; c) La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad; d) El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas; e) La igualdad de oportunidades; f) La accesibilidad; g) La igualdad entre el hombre y la mujer; h) El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.

Obligaciones generales

Los Estados Partes se comprometen a asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna por motivos de discapacidad.

A tal fin, los Estados Partes se comprometen a: adoptar todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean pertinentes para hacer efectivos los derechos reconocidos en la presente Convención o para modificar o

derogar leyes, reglamentos, costumbres y prácticas existentes que constituyan discriminación contra las personas con discapacidad; tener en cuenta, en todas las políticas y todos los programas, la protección y promoción de los derechos humanos de las personas con discapacidad; abstenerse de actos o prácticas que sean incompatibles con la presente Convención y velar por que las autoridades e instituciones públicas actúen conforme a lo dispuesto en ella; tomar todas las medidas pertinentes para que ninguna persona u organismo discrimine por motivos de discapacidad; emprender o promover la investigación y el desarrollo de bienes, servicios, equipo e instalaciones de diseño universal que requieran la menor adaptación posible y el menor costo para satisfacer las necesidades específicas de las personas con discapacidad; proporcionar información que sea accesible para las personas con discapacidad sobre ayudas a la movilidad, dispositivos técnicos y tecnologías de apoyo; promover la formación de los profesionales y el personal que trabajan con personas con discapacidad respecto de los derechos reconocidos en la presente Convención

Con respecto a los derechos económicos, sociales y culturales, los Estados Partes se comprometen a adoptar medidas hasta el máximo de sus recursos disponibles y, cuando sea necesario, en el marco de la cooperación internacional, para lograr el pleno ejercicio de estos derechos,

En la elaboración y aplicación de legislación y políticas para hacer efectiva la presente Convención, y en otros procesos de adopción de decisiones sobre cuestiones relacionadas con las personas con discapacidad, los Estados Partes celebrarán consultas estrechas y colaborarán activamente con las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan.

Nada de lo dispuesto en la presente Convención afectará a las disposiciones que puedan facilitar, en mayor medida, el ejercicio de los derechos

de las personas con discapacidad y que puedan figurar en la legislación de un Estado Parte o en el derecho internacional en vigor en dicho Estado.

Igualdad y no discriminación

Los Estados Partes reconocen que todas las personas son iguales ante la ley y en virtud de ella y que tienen derecho a igual protección legal y a beneficiarse de la ley en igual medida sin discriminación alguna.

Mujeres con discapacidad

Los Estados Partes reconocen que las mujeres y niñas con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación y, adoptarán medidas para asegurar que puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

Niños y niñas con discapacidad

Los Estados Partes tomarán todas las medidas necesarias para asegurar que todos los niños y las niñas con discapacidad gocen plenamente de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas abarcando; la consideración primordial será la protección del interés superior del niño.

Los Estados Partes se comprometen a adoptar medidas inmediatas, efectivas y pertinentes para: a) Sensibilizar a la sociedad, para que tome mayor conciencia respecto de las personas con discapacidad y fomentar el respeto de los derechos y la dignidad de estas personas

b) Luchar contra los estereotipos, los prejuicios y las prácticas nocivas respecto de las personas con discapacidad

c) Promover la toma de conciencia respecto de las capacidades y aportaciones de las personas con discapacidad.

Accesibilidad

A fin de que las personas con discapacidad puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida, se adoptarán medidas pertinentes para asegurar el acceso en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, etc.

Estas medidas, que incluirán la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso, se aplicarán a: edificios, las vías públicas, el transporte, servicios de información, comunicaciones y de otro tipo, incluidos los servicios electrónicos y de emergencia.

Derecho a la vida

Se reafirma el derecho inherente a la vida de todos los seres humanos y se adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar el goce efectivo de ese derecho por las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás.

Situaciones de riesgo y emergencias humanitarias

Se adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar la seguridad y la protección de las personas con discapacidad en situaciones de riesgo, incluidas situaciones de conflicto armado, emergencias humanitarias y desastres naturales.

Igual reconocimiento como persona ante la ley

Se reconoce el derecho en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida y se adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica, proporcionando salvaguardias adecuadas y

efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos. Se garantiza el derecho de las personas con discapacidad, a ser propietarias y heredar bienes, controlar sus propios asuntos económicos y tener acceso en igualdad de condiciones a préstamos bancarios, hipotecas y otras modalidades de crédito financiero

Acceso a la justicia

Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad tengan acceso a la justicia en igualdad de condiciones con las demás, incluso mediante ajustes de procedimiento y adecuados a la edad, para facilitar el desempeño de las funciones efectivas de esas personas como participantes directos e indirectos, incluida la declaración como testigos, en todos los procedimientos judiciales, con inclusión de la etapa de investigación y otras etapas preliminares

Libertad y seguridad de la persona

Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás: a) Disfruten del derecho a la libertad y seguridad, b) no se vean privadas de su libertad ilegal o arbitrariamente

Educación

Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a la educación. Con miras a hacer efectivo este derecho sin discriminación y sobre la base de la igualdad de oportunidades, se asegura un sistema de educación inclusivo a todos los niveles así como la enseñanza a lo largo de la vida, con miras a desarrollar plenamente el potencial humano y el sentido de la dignidad y la autoestima, reforzar el respeto por los derechos humanos, las libertades fundamentales y la diversidad humana; desarrollar al máximo la personalidad, los talentos y la creatividad de las personas con discapacidad, así como sus aptitudes mentales y físicas y a hacer posible que las personas con discapacidad participen de manera efectiva en una sociedad libre.

De esta manera se asegura que las personas con discapacidad no queden excluidas del sistema general de educación por motivos de discapacidad, y que los niños y las niñas con discapacidad no queden excluidos de la enseñanza primaria gratuita y obligatoria ni de la enseñanza secundaria por motivos de discapacidad

Los Estados Partes brindarán a las personas con discapacidad la posibilidad de aprender habilidades para la vida y desarrollo social, a fin de propiciar su participación plena y en igualdad de condiciones en la educación y como miembros de la comunidad. A este fin, los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes, entre ellas: facilitar el aprendizaje del Braille, señas, la escritura alternativa, otros modos, medios y formatos de comunicación aumentativos o alternativos y habilidades de orientación y de movilidad, así como la tutoría y el apoyo entre pares

Salud

Las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud, proporcionando programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles, servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, prohibiendo la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida

Habilitación y rehabilitación

Se adoptarán medidas efectivas y pertinentes para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad

física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. A tal fin, los Estados Partes organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales,

Trabajo y empleo

Se reconoce el derecho de las personas con discapacidad a trabajar, en igualdad de condiciones con las demás; ello incluye el derecho a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado y un entorno laborales que sean abiertos, inclusivos y accesibles a las personas con discapacidad.

Nivel de vida adecuado y protección social

Las personas con discapacidad tienen derecho a un nivel de vida adecuado para ellas y sus familias, lo cual incluye alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a la mejora continua de sus condiciones de vida, y adoptarán las medidas pertinentes para salvaguardar y promover el ejercicio de este derecho sin discriminación por motivos de discapacidad.

Capitulo Cuatro

***“Centro de Día como
dispositivo institucional”***

4.1- Concepto de Institución

Partiendo de la “acción de instituir” (del latín *instituire*) en el siglo XII, aparece medio siglo más tarde (en 1256) el sentido de “lo que es instituido”. A fines del siglo XVII y en el XVIII el término designa lo establecido por los hombres y no por la naturaleza; “cosas instituidas” designa el conjunto de las estructuras fundamentales de la organización social (1790). En el siglo XX, se emplea el término institución respecto de cada sector de la actividad social, por ejemplo “institución literaria”, y en su empleo absoluto designa “estructuras que mantienen un estatuto social”. (Naccarato, 2013)

Siguiendo a Kaes (1989), sabemos que a la hora de pensar en Instituciones surgen ciertas dificultades que obstaculizan el mismo, para ser precisos tres: la primera se relaciona con aquellos fundamentos narcisistas y objetales que como sujetos aparecen comprometidos con la Institución (identificaciones, rivalidades, idealizaciones, etc.); la segunda dificultad se plantea por el hecho de que las Instituciones nos precede, nos inscribe en sus vínculos y nos estructura, es a partir de estas que el sujeto forma relaciones que sostienen su identidad. Por último nos encontramos con el abandono de una ilusión monocentrista donde una parte de nosotros no nos pertenece en propiedad.

Bleger en su libro “Psicohigiene y psicología Institucional” define a la Institución a como “organización de carácter público o semipúblico que supone un cuerpo directivo y, de ordinario, un edificio o establecimiento físico de alguna

índole, destinada a servir a algún fin socialmente reconocido y autorizado.”(1966, 32)

La Institución, según Kaes (1989), se define de la siguiente manera:

(...) es una formación de la sociedad y de la cultura cuya lógica propia sigue, oponiéndose a la naturaleza (...) Es el conjunto de las formas y las estructuras sociales instituidas por la ley y la costumbre: regula nuestras relaciones, nos preexiste y se impone inscribiéndose en la permanencia. Cada institución tiene una finalidad que la identifica, la distingue y las diferentes funciones que le son confiadas se podrían encasillar en tres categorías: jurídico-religiosas, defensivas o de ataque y las productivas-reproductivas.(p.12)

No es solamente una formación social y cultural compleja la Institución como tal, sino que al cumplir sus funciones correspondientes realiza funciones psíquicas múltiples para los sujetos singulares en su estructura, su dinámica y su economía personal. Es decir, entonces, que constituye el trasfondo de la vida psíquica en el que pueden ser depositadas y contenidas algunas partes de la psiquis. (Kaes, 1989)

En la medida en que inician las instituciones una modalidad específica de relación social, en la medida en que tienden a formar y socializar a los individuos de acuerdo con un patrón específico y en que tienen la voluntad de prolongar el estado de las cosas, desempeñan un papel esencial en la regulación social global. En efecto, su finalidad es colaborar con el mantenimiento o renovación de las fuerzas vivas de la comunidad, permitiendo a las personas crear un mundo a su imagen. Tanto la Iglesia como el Estado, la Familia y los conjuntos educativos y terapéuticos, son considerados legítimos como Instituciones ya que plantean el problema de la alteridad del otro, es decir, de la aceptación del otro como sujeto pensante y autónomo por cada uno de los actores sociales que mantienen con él relaciones afectivas y vínculos intelectuales. A su vez, éstas permiten el ingreso al mundo de los valores, crean normas particulares y sistemas de referencia (mitos o ideologías) que sirven como ley organizadora también de la vida física y de la vida mental y social de los individuos que son sus miembros. (Enriquez, 1989).

Siguiendo los aportes de Enriquez (1989) las Instituciones ofrecen una cultura, es decir, un sistema de valores y normas, de pensamiento y acción que debe modelar la conducta de sus agentes ante los individuos que le son confiados o que expresaron una demanda respecto de ellas; de esta manera entonces, establecen cierta manera de vivir. Esto conforma el Sistema Cultural de las mismas que aparece junto a un Sistema Simbólico e Imaginario. El primero refiere a los mitos unificadores que presentan las Instituciones que sirven como sistemas de legitimación que les brinda a los miembros de la misma sentido a sus prácticas y a su vida; el segundo hace alusión a los intentos de la Institución de atrapar a los sujetos en la trampa de sus propios deseos de afirmación narcisista y de identificación, es decir que les brinda garantía de protección frente a sus angustias o miedos.

4.2- Instituciones y tipo de prestaciones: Centro de Día.

Los espacios institucionales dedicados a las personas con discapacidad intelectual son numerosos, en el presente trabajo nos centraremos especialmente en los Centros de Día

4.2.1 Historia

Trazar una historia de la forma de hospitalización parcial denominada Hospital de Día requiere hacer algunas referencias a modelos de funcionamiento, a teorías puestas en juego, a presupuestos técnicos y a posiciones ideológicas en relación a la locura y su tratamiento en la sociedad. (Stagnaro, 2004)

El desarrollo del tema implica ubicarse en el campo de la psiquiatría (en tanto disciplina dominante en la atención de las llamadas enfermedades mentales), porque fue desde ahí que surgieron los Hospitales de Día aunque en su concepción teórica hayan devenido de líneas como el psicoanálisis y las ciencias sociales. (Stagnaro, 2004)

En 1948, Cameron (creador del término “Day Hospital”) y Bierer inauguran en Londres unidades experimentales de tiempo parcial para el tratamiento de personas con discapacidad mental. Ésta misma fue la que constituyó el modelo dominante en los años posteriores. (Stagnaro, 2004)

Dentro de los factores socioeconómicos que influyeron para que los Hospitales de Día se crearan, encontramos en la historia un notable aumento en los designados “discapacitados” debido a la postguerra de los países anglosajones. Por otro lado la masiva incorporación de mujeres a ese mercado, el achicamiento del grupo familiar por el pasaje de las formas de familia ampliada a nuclear con la disminución de la tolerancia de las mismas para sostener a miembros enfermos, creciente demanda de mejoras sociales luego de los años de penuria por las guerras, la disminución de costos en las atenciones individuales,

una urbanización acelerada y la gran expansión tecno-industrial, planteaban la necesidad de los mismos

A partir de los aportes de las ciencias sociales se instala los conceptos de integración, reinserción, potencial terapéutico o enfermante de la comunidad, generando la ruptura de la segregación como instrumentos terapéuticos. Esto provocó un desplazamiento del epicentro del quehacer psiquiátrico desde el viejo hospital hacia la planificación de salud y al concepto de Salud Mental. (Stagnaro, 2004).

Siguiendo el recorrido histórico realizado por el autor, encontramos que en la década del '50 y '60 tuvo auge el movimiento cultural en los países centrales (Gran Bretaña, EEUU) y se expande la técnica de los Hospitales de Día encarnando nuevas formas de abordaje. (Stagnaro, 2004)

En América Latina la bibliografía da cuenta de uno de los primeros Hospitales de Día en Porto Alegre, creado por Blaya en 1962 y otro en La Habana en 1965. El doctor Jorge García Badaracco inauguró en 1967 el primer servicio de Hospital de Día en la Argentina que fue "J.T.Borda". (Stagnaro, 2004)

4.2.2 Perfil institucional del Hospital de Día

Los Centros de Día ofrecen actividades de readaptación socioprofesional y se pueden comparar más a un centro de aprendizaje, orientándose a obtener que las personas con discapacidad intelectual que se encuentran compensados clínicamente dejen regularmente su medio familiar para encontrar ocupaciones accesibles acercándose así a las formas de Taller Protegido. (Bertrán, 2004)

La introducción de nuevas formas de proveer la atención sanitaria, la incorporación de nuevos elementos de gestión y la valoración de la calidad ofrecida favorecieron el cambio de paradigma. El centro de día ha de tener una estructura dinámica que se adapte al entorno facilitando la atención integral dentro del continuo de cuidados que requiere cada persona, y al tiempo, ha de evitar desarraigar de su medio habitual a las mismas. Estos cambios se han comenzado a llevar a cabo, haciendo partícipe al Estado para la optimización de recursos para la atención sanitaria; en este contexto aparecen los Hospitales de Día inicialmente como unidades asistenciales dedicadas a la administración de cuidados prolongados y específicos, en los que se lleva a cabo tratamientos especializados. Esta estructura nueva ha demostrado beneficios clínicos y rentabilidad social, mejorando la calidad de vida de los pacientes y disminuyendo los costos económicos propios de la estancia hospitalaria tradicional. (Bertrán, 2004)

4.2.3 Centro de Día: consideraciones actuales

A partir de la Resolución 1328/2006 del SNR se recopila información y profundiza la modalidad prestacional del Centro de Día.

El mismo describe las características y alcances de las prestaciones y se definen los fundamentos básicos de calidad que han de reunir los servicios que se incorporen al Sistema desde la perspectiva:

- de la organización
- del funcionamiento de los servicios
- de los recursos humanos afectados
- de la planta física requerida
- del equipamiento necesario.

4.3.2.1 Tipos de servicios:

4.3.2.2. Centro de Día

En el presente trabajo nos centraremos especialmente en las prestaciones de Centros de Día.

La Ley 24.901 que regula el Sistema de Prestaciones Básicas de Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de personas con discapacidad define a las *Prestaciones de Centro de Día* como un servicio que se brinda al niño, joven o adulto con discapacidad severa o profunda, con el objeto de posibilitar el más adecuado desempeño en su vida cotidiana, mediante la implementación de actividades tendientes a alcanzar el máximo desarrollo posible de sus potencialidades.

La determinación de la discapacidad severa o profunda de los beneficiarios deberá tener en cuenta el diagnóstico funcional de los mismos, lo que implica la

consideración de su desempeño en forma integral. Es decir, evaluando las aptitudes, intereses y posibilidades de la persona con discapacidad desde una perspectiva bio-psico-social.

A través de las actividades que se desarrollen se procurará alcanzar los siguientes objetivos:

- a) Lograr la máxima independencia personal.
- b) Adquirir hábitos sociales tendientes a la integración social.
- c) Integrarse adecuadamente al medio familiar de pertenencia.
- d) Evitar el aislamiento en el seno familiar o institucional.
- e) Desarrollar actividades ocupacionales previamente seleccionadas y organizadas de acuerdo a las posibilidades de los concurrentes.
- f) Apoyar y orientar a la familia.
- g) Implementar actividades tendientes a lograr la participación de los concurrentes en programas de acción comunitaria, acordes con sus posibilidades.
- h) Mantener las conductas de autovalimiento adquiridas que se pueden perder por desuso o cambios funcionales.

El Centro de Día procurará, fundamentalmente, brindar contención a personas que por el nivel severo o profundo de su discapacidad no estén en condiciones de beneficiarse de programas de educación y/o rehabilitación, y tratará en todos los casos de estimular intereses y desarrollar aptitudes en los beneficiarios para alcanzar en cada caso el mayor nivel de desarrollo posible.

El tipo de discapacidad de los beneficiarios puede ser mental, motriz, sensorial o visceral, pero en todos los casos el nivel de la misma será severo o profundo o puede tratarse también de personas multidiscapacitadas.

Beneficiarios:

- Jóvenes y adultos con discapacidad severa o profunda imposibilitados de acceder a la escolaridad, capacitación y/o ubicación laboral.
- Niños con discapacidad severa o profunda que no puedan acceder a otro tipo de servicios. Preferentemente, en las etapas anteriores se procurará en todos los casos su atención en servicios de Estimulación Temprana, sistema educativo o Centros Educativo Terapéuticos.

Los beneficiarios se agruparán por edad y diagnóstico funcional en servicios independientes para niños y adolescentes y servicios para jóvenes y adultos, pudiendo compartir el equipo directivo, básico y técnico asistencial.

Pautas de ingreso y egreso:

- Ingreso: Preferentemente a partir de los 14 años. En las etapas anteriores se procurará en todos los casos su atención en servicios de Estimulación Temprana, sistema educativo o Centros Educativo Terapéuticos. En caso de producirse un ingreso antes de los 14 años deberá justificarse el mismo.

- Egreso: Las causas de egreso de un concurrente pueden ser de diferente tipo, tales como:

- Alcanzar niveles de desarrollo que le permitan acceder a servicios educativos y/o laborales más adecuados a su nueva situación.

- Haber alcanzado los objetivos del plan de tratamiento propuesto por el Centro de Día.

- Modificación de sus condiciones psico-físicas de forma tal que sea imposible su permanencia en un centro de día, y requiera para su atención otro tipo de servicio especializado.

- Cambios en su situación socio-familiar que imposibiliten su permanencia.

Tipo de prestación:

Atención en grupos organizados a partir de criterios de edad, diagnóstico funcional, condiciones psicofísicas de los integrantes y actividades a realizar.

Modalidad: ambulatoria.

La atención individual también deberá ser contemplada en cada caso en particular para la atención de ciertos aspectos específicos.

Cantidad de personas con discapacidad por grupo: preferentemente hasta 10 personas.

Equipo Técnico Profesional:

El Centro de Día deberá contar con un equipo Técnico Profesional básico, para una población de aproximadamente 30 concurrentes:

Equipo Básico:

- a) Director
- b) Licenciado en Psicología
- c) Licenciado en Psicopedagogía
- d) Médico (especialidad acorde al perfil poblacional atendido en el Centro, Médico Fisiatra, Médico Psiquiatra, entre otros)
- e) Asistente Social
- f) Terapeuta Ocupacional

Equipo Obligatorio:

- a) 1 Director
- b) 1 Terapeuta Ocupacional

c) 1 Médico

d) 1 Psicólogo

e) 1 Asistente Social

Equipo de Apoyo (Obligatorio)

f) Orientadores (1 cada 10 concurrentes)

g) Auxiliares de Orientadores (1 por turno)

Profesionales según discapacidad:

h) Kinesiólogo

i) Musicoterapeuta.

j) Fonoaudiólogo

k) Psicomotricista

l) Otras especialidades con incumbencia y reconocidas oficialmente

El director y profesionales y técnicos mencionados en b), c), d), e), f) y g) son de participación básica y los señalados en h), i), j) y k) deberán encontrarse en los diferentes servicios de acuerdo con la patología que se trate y el perfil que desarrolle el Centro.

El instrumento de evaluación para la modalidad tomará en cuenta una carga horaria global, tanto para b), c), d) y e) como para h) i) j) k) y l) y permitirá que cada servicio la distribuya de acuerdo a su perfil poblacional, estableciéndose un mínimo de carga horaria semanal de 4 horas.

La concurrencia del Director, Orientadores y Auxiliares de Orientadores al Centro de Día deberá ser continua, no así la del resto de los profesionales que puede alternarse de acuerdo con los requerimientos de la programación.

El perfil técnico profesional del Director, Orientadores y Auxiliares de Orientadores del Centro de Día será el siguiente:

- Podrán desempeñarse como Directores, profesionales y /o docentes especializados con incumbencia en los aspectos asistenciales, terapéuticos y educativos.
- Podrán cumplir el rol de Orientadores, profesionales, técnicos especializados y/o docentes con formación afín a la discapacidad y capacitación en la actividad específica, estudiantes de carreras afines cursando los dos últimos años y maestros comunes capacitados a tal fin.
- Podrán cumplir el rol de auxiliares de Orientadores, profesionales, técnicos especializados y/o docentes con incumbencia en los aspectos asistenciales, terapéuticos y/o educativos, así como estudiantes de carrera afín o auxiliares de enfermería.

Servicios y actividades:

El Centro de Día deberá disponer para la atención de sus concurrentes:

Servicios:

- Atención médica: actualización de diagnósticos, pronósticos y seguimiento de los tratamientos. Prescripción y/o control de medicamentos y estudios específicos. Derivación y coordinación con otros servicios médicos especializados donde recibe atención el concurrente.

- Apoyo familiar y/o individual: se desarrollarán acciones tendientes a fortalecer los vínculos con el grupo familiar del concurrente y desarrollar otros nuevos con otros integrantes del medio donde se desenvuelve.

Actividades:

El centro de día podrá desarrollar actividades alrededor de los siguientes puntos, entre otras:

- Actividades de integración: desarrollo de actividades integradas en el Centro de Día, privilegiando el ámbito familiar y comunitario, de acuerdo con las posibilidades de los concurrentes. Se procurará la utilización de recursos comunitarios, promoviendo la realización de paseos a pie, o en transportes públicos o privados, festejos y juegos socializadores, participación en espectáculos públicos, etc., teniendo en cuenta en todos los casos las características y posibilidades de la población concurrente.

- Actividades de la vida diaria: se contemplará todo lo relativo a la adquisición y mantenimiento de hábitos de higiene, alimentación, vestido, hogar, etc.

- Actividades laborales no productivas: Desarrollo de diferente tipo de actividades de acuerdo con las aptitudes e intereses de los concurrentes, procurando alcanzar el mayor grado de autorrealización posible (trabajo con cerámica, papel, cartón, mimbre, telas, etc.)

- Actividades de Expresión Corporal o Educación Física: se desarrollarán actividades de tipo recreativo, con juegos de iniciación a nivel individual o grupal que permitan alcanzar el nivel más amplio posible de comunicación y expresión.

Otras actividades: Se implementarán actividades individuales y/o grupales tendientes a establecer un canal de comunicación, integración, expresión, etc. que

quedarán a criterio del equipo profesional teniendo en cuenta el perfil poblacional de cada servicio.

Estas actividades deberán ser planificadas de acuerdo a las características particulares de cada servicio, estableciéndose como válida cualquier actividad que estimule la integración, comunicación, autonomía y /o expresión del concurrente y que esté enmarcada en el plan de tratamiento individual y la planificación del dispositivo de atención. Dichas actividades serán coordinadas por docentes, técnicos y/o profesionales con formación en la discapacidad y capacitación específica.

Frecuencia de atención:

Por las características del servicio que se ofrece el mismo deberá funcionar de lunes a viernes en turno mañana y/o tarde.

Las actividades se desarrollarán durante todo el año, pudiéndose interrumpir por vacaciones en aquellos casos que la situación socio - familiar de los concurrentes así lo permita.

En los Centros de Día de jornada simple podrá haber comedor para los concurrentes que no puedan almorzar en su domicilio.

Por las características específicas de estos servicios, en caso de Centros de Día destinados a personas con discapacidad visual, la atención podrá ser brindada en Jornada Simple, Jornada Doble y Jornada Reducida.

SEGUNDA PARTE: METODOLOGIA

1- Objetivo del Trabajo

Objetivo General:

✚ Indagar modos de abordaje institucionales que posibiliten la integración e inclusión social en la discapacidad.

Objetivos Específicos:

✚ Determinar formas de intervención en la discapacidad que posibiliten la inclusión social en un Centro de Día de la provincia de Mendoza.

✚ Identificar acerca de talleres o actividades desarrollados en la Institución, que estimulan la producción personal y su relación con la integración social.

✚ Indagar acerca de actividades terapéuticas institucionales que promuevan los recursos personales de los sujetos.

2- Hipótesis

Las modalidades de abordajes institucionales que fomenten la producción personal, subjetiva y que contengan como objetivo el trabajo en red son favorecedoras de la inclusión social en personas con discapacidad intelectual.

3- Preguntas de Investigación

Las preguntas que guiaron el trabajo de investigación fueron:

- ¿cuáles son las formas de intervención que permiten la inclusión social?

- ¿qué actividades institucionales estimulan la producción personal?
- ¿Qué relación guardan los talleres desarrollados en la institución con la inclusión social?
- ¿Qué actividades terapéuticas presentan?

4- Metodología

La metodología elegida para este trabajo es cualitativa, empleando métodos de recolección de datos no estandarizados, con el propósito de explorar las relaciones sociales y describir la realidad tal como la experimentan los correspondientes.

La investigación cualitativa requiere un profundo entendimiento del comportamiento humano y las razones que lo gobiernan. A diferencia de la investigación cuantitativa, la investigación cualitativa busca explicar las razones de los diferentes aspectos de tal comportamiento. Se fundamenta más en un proceso inductivo, explorar y describir y luego generar perspectivas teóricas, se plantea un problema pero no se sigue un proceso claramente definido, más bien se utiliza

este tipo de investigación para describir y refinar preguntas de investigación. (Hernández Sampieri, 2006).

Se utilizó la Psicología Comunitaria como referente teórico aunque se hacen presentes ciertos términos psicoanalíticos debido a que la institución donde se llevó a cabo el mismo presenta como lineamiento base el Psicoanálisis.

5- Diseño y método de Investigación

El diseño de la investigación es no experimental de tipo descriptivo, donde la finalidad es observar y describir las características de funcionamiento de la institución, con el fin de poder conocer e indagar sobre formas de abordaje institucionales que posibiliten la inclusión social del sujeto.

Según Sampieri (2004) los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades o características importantes de comunidades, grupos, personas o fenómenos que puedan ser sometidos a un análisis. Para ello, se seleccionan una serie de cuestiones y se recolecta información sobre cada una de ellas para describir lo que se investiga.

El método elegido para realizar la misma fue la “Investigación- Acción- Participativa” (IAP), el cual postula que la realidad se construye y reconstruye diariamente por parte de todas las personas, pero que estas personas son construidas y reconstruidas por esta misma realidad. Su propósito fundamental se centra en aportar información que guíe la toma de decisiones para programas, procesos y reformas estructurales, pretendiendo propiciar el cambio social, transformar la realidad y que las personas tomen conciencia de su papel en ese proceso de transformación. (Montero, 2006)

Las características principales de la IAP pueden sintetizarse de la siguiente manera (Montero, 2006):

- Carácter colectivo, ya que se orienta a la transformación social
- Carácter Crítico.
- Carácter ético, pues exige reconocimiento y respeto del otro.
- Supone como base un problema que queda definido por la propia comunidad o grupo.
- Concientizador y desnaturalizador.
- Es participativo, ya que no puede llevarse a cabo sin la presencia y colaboración de las personas cuya situación se busca transformar.
- Su propósito es la transformación, buscando cambiar las situaciones que se consideran injustas y opresivas.
- Es reflexivo, lo que posibilita que haya una evaluación constante y una ida y vuelta entre teoría y práctica.
- Tiene un aspecto político ya que responsabiliza a los sujetos de la transformación social.

- Tiene un aspecto educativo para todos los involucrados, quienes enseñan y aprenden.
- Carácter dialéctico y analéctico, ya que los transformadores modifican la situación u al hacerlo se transforman a sí mismos.

6- Participantes

Se tomó como objeto de estudio el Centro de Día “Vida Natural”, el cual se encuentra ubicado en la calle San Ramón de la localidad del Borbollón, Las Heras. Este se dedica a la atención de personas con discapacidad intelectual, las cuales se encuentran estabilizadas y en tratamiento farmacológico.

Dentro de la institución se trabajó con tres grupos de personas:

- Directivos y Orientadores de Grupo: con los mismos se realizaron entrevistas en profundidad.
- Un grupo de pacientes que asisten a la institución: la muestra reviste carácter de intencional y ocasional ya estuvo conformada por 8 personas que fueron seleccionados por los orientadores de grupo como representantes de su gabinete. Con los mismos se realizó un Grupo Focal.
- Pacientes que participan en las actividades del exterior: La muestra fue intencional ya que se trabajó con un

grupo de 7 concurrentes que realizan la venta de productos en la Plaza Marcos Burgos. Con los mismos se realizó un taller sobre “Habilidades Sociales” que consistió en diferentes encuentros.

7- Técnicas e Instrumentos utilizados

Los Instrumentos que se utilizaron para llevar a cabo la investigación fueron la *Observación Participante*, *Entrevista en Profundidad*, *Grupos Focales* y *Técnicas Auxiliares* como documentos secundarios: fotos, proyectos. Maritza (Montero, 2006).

La Observación Participante (OP), según señala Maritza Montero (2006), se trata de una actividad metodológica, caracterizada por ser sistemática y con objetivos determinados por propósitos de investigación y de generación de conocimientos. La misma se realiza en el transcurso de la vida cotidiana de personas o de grupos específicos, con el fin de conocer, desde una posición interna, ciertos fenómenos o circunstancias a las que no se podría haber accedido desde una posición externa no participante. Lo más interesante de la OP es que además de registrar esos sucesos, nos permite producir teorizaciones que surgen de la misma experiencia.

Entre los objetivos de la OP se encuentran los siguientes:

- Superar las restricciones que imponen otros métodos, obteniendo una visión más amplia, más detallada y más completa de un determinado fenómeno.
- Descubrir los sentidos y perspectivas, así como los valores y normas, desde los cuales los actores sociales en determinadas circunstancias de vida construyen su realidad.
- Facilitar de esa manera el acceso en la investigación a las posiciones y sentidos de personas y grupos”(Montero, 2006)

Las entrevistas en profundidad, según Tylor y Bogdan (1987, 87) quedan definidas como “ reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias, situaciones, tal como las expresan en sus propias palabras”.

En la misma el entrevistador desea obtener información sobre determinado problema y a partir de él establece un guion de temas que le interesaría ahondar. El entrevistador escucha atentamente al entrevistado sondeando aquellas razones y motivos que le resulten de particular interés pero sin sujetarse a una estructura formalizada de antemano. Los encuentros cara a cara entre entrevistador-entrevistado se orientan hacia la comprensión de los significados, perspectivas y definiciones de las personas que informan respecto a sus propias vidas, experiencias o situaciones, a partir de sus propias palabras. (Montero, 2006).

Para el desarrollo de las entrevistas se tuvo en cuenta los objetivos planteados, por lo que se establecieron ciertos temas o contenidos principales, éstos fueron:

- Noción Discapacidad Intelectual que se maneja en la Institución.
- Talleres y su relación con la inclusión social.
- Talleres integrativos.
- Actividades Terapéuticas.
- Manejo de recursos.
- Modo de abordaje institucional.
- Planificación de actividades.

El Grupo Focal es una técnica que consiste en entrevistar a un número reducido de personas que a la vez que mantienen una conversación espontánea entre ellos sobre un tema específico propuesto por el investigador. La gran diferencia que éste presenta con las entrevistas grupales es que en éstas últimas prima una conversación unidireccional entre cada uno de los integrantes del grupo y el moderador o entrevistador; en cambio en los grupos focales se permite explorar y captar conocimientos, opiniones y prácticas que surgen de la interacción grupal. (Morgan, 1988).

A partir de las conclusiones obtenidas por el “Grupo Focal” se realizó un “Análisis de Documentos Secundarios” sobre los proyectos institucionales de los talleres elegidos. Siguiendo los aportes de Montero (2006) la recolección de información utilizando documentos como fuente implica consultar archivos y registros institucionales que pueden ser valiosos al revelar características específicas de la comunidad, permitiendo enriquecer la información.

A partir de la observación documental como punto de partida y mediante una lectura general de los proyectos escritos, se inició la búsqueda y observación de los hechos presentes que fueron de interés para esta investigación.

8- Procedimiento

Como primer medida se tuvo un acercamiento hacia los directivos de la Institución con el fin de obtener un consentimiento oral y el aval sobre el trabajo de investigación a realizar allí.

En consideración de que los concurrentes a la institución logran comprender el acto investigativo realizado, pero a pesar de la comprensión de los alcances del mismo no son personas alfabetizadas, por lo que se realizó un consentimiento oral que consistió en proponerles participar de un grupo sobre “Habilidades Sociales” en los que se trabajaría la escucha activa, la expresión de emociones y el espacio personal.

Una vez obtenido el mismo, la primera técnica que se utilizó fue la **Observación Participante** Con el objetivo de focalizar la mirada sobre el funcionamiento general de la institución respecto a los talleres, las formas de llevarlos a cabo, organización de tiempos y tareas, tamaños de grupos, etc.

A partir de los datos recopilados y de lo que se pudo observar se armó un **Grupo Focal** con el fin de poder profundizar sobre las actividades que se llevan a cabo en los distintos talleres, principalmente las que guardan relación con el exterior y que propician la inclusión social.

A través de los resultados obtenidos y a los fines de ésta investigación, se decidió profundizar sobre dos talleres que propician la inclusión y que trabajan en red con diferentes comunidades: el taller de Bojouterie y el taller de Huerta y Vivero. Como primer medida se realizó un **análisis de fuentes secundarias** (documentos institucionales) con el fin de poder establecer los criterios sobre los

que se realizaría la **entrevista en profundidad** con las respectivas orientadoras del taller.

A su vez, a partir de necesidad sentidas o expresadas por los miembros de la comunidad se realizó un taller de “Habilidades Sociales” siguiendo los **pasos de la IAP**, con el fin de poder colaborar y brindar herramientas a los sujetos en su desenvolvimiento social.

Finalmente se realizó una devolución de los resultados obtenidos y se elaboraron las conclusiones.

Se aprecian a lo largo de la parte metodológica viñetas de diferentes entrevistas o del grupo focal, las cuales dan cuenta de las conclusiones que se fueron obteniendo. Las entrevistas completas se ubican en la sección de “Anexos”.

9- La Institución: “Vida Natural”

La institución fue creada en 1993 por la Licenciada Beatriz Fraire. El funcionamiento de misma está basado en la Escuela Experimental de Bonneuil, (Francia) cuya fundadora fue Maud Mannoni.

Cuenta con dos tipos de modalidades: un Centro Educativo y un Centro de Día:

- El CD (Centro de Día): Es el servicio que se brinda a joven o adulto con discapacidad severa o profunda, con el objeto de posibilitar el más adecuado desempeño en su vida cotidiana, mediante la implementación de actividades
- el CET (Centro Educativo Terapéutico): Es el servicio que se brinda a las personas con discapacidad teniendo como objeto la incorporación de conocimiento y aprendizaje de carácter educativo a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico.

“Vida Natural” atiende a sujetos que tienen retraso mental con problemas de conducta y se apunta a poder trabajar con las personas desde otro lugar, desde la inclusión y participación de los mismos.

9.1- Funcionamiento Institucional

Los pacientes que asisten a esta institución tienen diagnóstico de retraso mental.

“...el ingreso es para pacientes que tienen retraso mental con problemas de conducta u otras dificultades... cuando se determina que la institución puede abordar la situación y que la familia podría colaborar, que es permeable a sugerencias institucionales y tolerar indicaciones sobre el tratamiento o sugerencias y que van a ser responsables con las mismas, el paciente ingresa y durante 30 días se hace una evaluación de cada área con distintos profesionales, se hace un plan de tratamiento específico de acuerdo a ese sujeto y se propone o sugiere en el caso de considerar necesario, iniciar tratamiento psicoterapéutico en el cual el paciente puede elegir hacerlo o no...” refiere la médica de la institución.

Se realiza un trabajo continuó con los padres, los mismos son citados al menos una vez al año para realizar entrevistas sociales y médicas en donde se evalúa cómo está siendo llevado a cabo el tratamiento del sujeto, si se han presentado dificultades u obstáculos y se indaga acerca de las situaciones cotidianas que hacen a la vida de las personas que concurren

“Con los padres se trabaja con entrevistas que se producen bajo múltiples modalidades, en una escala que va desde el encuentro donde se registra información, preguntas, interrogantes, preocupaciones, planteos, desconfianza, confianza, hasta una verdadera implicación subjetiva de los padres. Se ha observado que cuando hay una verdadera implicación de los mismos, se han producido cambios aún en los casos de mayor gravedad” comenta la directora médica.

A su vez, se organizan reuniones temáticas mensuales con los padres en donde se trabajan situaciones que suelen ser de ayuda y recomendación como es el tema de poner límites, la autonomía de los pacientes, la alimentación que necesitan, salud y cuidado personal, etc.

En cuanto al Equipo, en el mismo convergen la psiquiatría, la psicología, la pedagogía, la psicomotricidad, la música, el teatro, la plástica, la educación física, la artesanía, la danza, la carpintería, el juego, el acompañamiento y las actividades en el exterior. Es mediante estos que se posibilita un abordaje que contenga a la persona, a un sujeto en su singularidad. La función del mismo es la construcción de un lazo social:

“...se trabaja la capacidad de establecer lazo social, este es un objetivo terapéutico institucional básico por lo que todos tienen que tener trabajo grupal... el lazo social es un criterio que se basa en la capacidad del sujeto de integrarse a un contexto mediante el lenguaje...Para establecerlo es necesario que se integre a una cadena simbólica donde él pueda sentirse reconocido pero a su vez sepa que hay otros, digamos, el problema en la psicosis es que no participan de la ley del no todo, por lo que el trabajo simbólico es que puedan saber que si bien son únicos en otros contextos son uno más entre otros, la ley es para todos, la misma los incluye, los organiza y la misma se establece mediante leyes institucionales, de grupo, se da en todas las áreas, aun en las individuales...” refiere la directora médica de la Institución.

Todas estas instancias aparecen proponiendo actividades que contienen a los pacientes y les posibilitan el ser reconocidos e integrados en la comunidad, es decir, les otorgan un lugar de escucha y sostén. El objetivo de la mayoría de los talleres propuestos por los integrantes del equipo apunta a reforzar la autonomía, la auto validez y capacidad de cada uno, apuntando siempre a un objetivo terapéutico:

“...toda las actividades que se realizan son terapéuticas por el hecho de poder realizar una actividad con un marco, reglas, direccionalidad, que se pueda realizar un objeto por el cual se logre hacer circular su producción o que pueda aprender algo desde el punto de vista subjetivo que le permita autonomía.”

Desde esta perspectiva, el objetivo es atender a la singularidad y propiciar un espacio en donde se pueda desenvolver la persona que concurre, en donde pueda brindarse una escucha, contención y diferenciación mediante la utilización de ciertos marcos que lo posibiliten, pero sobretodo mediante un trabajo simbólico que los organice. :

“... el trabajo simbólico es que puedan saber que si bien son únicos en otros contextos son uno más entre otros, la ley es para todos, la misma los incluye, los organiza y la misma se establece mediante leyes institucionales, de grupo, se da en todas las áreas, aun en las individuales...”

Desde esta posición institucional, inclusión o integración son conceptos que quedan definidos por la posición simbólica desde la cual se lo ubica. Las viñetas que se presentan a continuación expresan la postura se sostiene desde la institución:

“...la inclusión social está dada por la capacidad de pertenecer a un grupo y tener de alguna manera una integración, es decir, no está dada por su presencia, sino por el hecho de establecer un lazo, el cual se da en el paciente aunque no tenga posibilidad de hablar, porque de todas maneras los pacientes escuchan y esta es la invitación principal que nosotros hacemos”

“...inclusión, integración, discapacidad, habilidad, etc., son términos que tratan de evitar la discriminación, la marginalidad, pero no se trata de una palabra si el concepto sigue siendo profundamente que hay sujetos enfermos y discapacitados, es lo mismo como uno los nombres o que palabra use, realmente el concepto va a ser que están enfermos...”

10-Talleres

Como primera instancia se realizaron observaciones de los diferentes talleres que se llevan a cabo en la institución con el objetivo de poder esclarecer los siguientes ejes: modo de funcionamiento, tipo de actividades que desarrollan, organización de los tiempos, tamaño de los grupos y programación de los mismos.

Se pudo concluir que los grupos de trabajo son de 9 personas aproximadamente los cuales participan de manera activa en las actividades que se proponen. Los módulos de trabajo son de 45 minutos aproximadamente, los cuales están estructurados en función de un inicio o presentación de la actividad, un desarrollo y un cierre. mismos están programados por los profesionales que desempeñan cargos de orientadores de grupo, éstos definen y presentan planificaciones a desarrollar a partir de las necesidades que detectan y de los objetivos que pretenden lograr.

Luego de observar el funcionamiento de la institución, se procedió a realizar un “Grupo Focal” con el objetivo de indagar sobre aquellos talleres que tenían una salida al exterior y que permitían una inclusión social. Para el mismo se conformó una muestra de 6 personas las cuales fueron elegidas por los orientadores de grupo como representantes de los gabinetes.

Consistió en dos encuentros, en los cuales se apuntó a obtener información sobre aquellos talleres en los que se realizaban objetos o productos y su relación con el exterior, de éstos cuales consideraban de intercambio y porqué, si

realizaban ventas y la finalidad de éstas, el reconocimiento de sus producciones en el afuera y la autonomía para llevarlo a cabo.

De la información aportada por ellos se obtuvo que en varios talleres se realizan producciones manuales pero que las principales actividades inclusivas y de intercambio las realizan el “Taller de Recreación y Actividades Manuales: Bijouterie” y el “Taller de Huerta y Vivero: Jardines Nativos”. En el primero, los sujetos realizan pulseras, llaveros, colgantes, etc., los cuales son vendidos en un stand en la Plaza de Las Heras para recaudar plata y con eso realizar salidas recreativas, comprar materiales, juegos, etc. En el segundo taller, se hacen actividades de campo y mantenimiento de jardines, en la misma las personas se dirigen al CIC del Algarrobal en donde llevan plantas, tierra y herramientas para trabajar en conjunto con los encargados del lugar.

Ambas son de sumo interés para los mismos ya que les posibilita conocer gente nueva y contar acerca de sus producciones y el proceso que realizan, y a su vez fomentan la autonomía, ya que refieren haber aprendido a realizar estas actividades dentro del taller, llevarlas a cabo hoy en día de manera autónoma y muchos de ellos continúan las mismas en su casa.

A su vez, resultó de suma importancia a los objetivos de este trabajo, ya que la mayoría de los concurrentes refirió no haber ido nunca a los lugares propuestos por estos talleres ya que las salidas en su entorno familiar no son habituales.

A continuación se presentan algunas viñetas significativas del Grupo Focal:

- *“S5: con el taller de N hacemos pulseras y las vendemos en la plaza. Si nos gusta hacer eso porque la gente compra y con la plata vamos a tomar helados, vamos a Mc Donalds, a ver y a comprar juegos.*

S1: vendemos las cosas que uno hace acá, que trabajamos acá.

S4: claro, vendemos pulseras y muchas cosas, compramos con la plata, gaseosas, comemos tortitas y esa plata la vamos juntando y vamos al centro para comprar cosas como facturas, comemos helados, compramos juegos.

- “S1: lo hacemos en la plaza de las Heras, esa que está ahí...

S5: Es como que va la señora, ve la pulsera y te pregunta cuanto sale. Un amigo del banco compró pulseras, aros y llaveros la otra vez.

S3: si compró muchísimo ¿te acordas?, eso fue divertido. Nos gusta

S1: si, a nosotros nos gusta que la gente pregunte.

S5: claro, pasa que a nosotros nos gusta hacer las pulseras por eso nos gusta contarlo.

S4: a mí me gusta contarles cómo hacemos las cosas para que ellos sepan viste?

S2: esta bueno, conoces gente nueva. A parte te compran y eso te da plata para hacer cosas distintas”

- “S1: una vez fuimos a desayunar y al metrotranvía te acordas? Que pusimos las mesas grandes esas.

S2: siiii! re lindo ese lugar. Fuimos todos juntos

S5: hemos ido a Mc Donalds también, a comer hamburguesas.

M: ¿y esos lugares los conocían de antes o son lugares nuevos?

S6: no, a muchos antes no habíamos ido, yo a Mc Donalds no había ido; al teatro tampoco”

- “S6: las cosas que hacemos en los talleres las podemos hacer solos porque hemos aprendido. En el taller los hacemos solos.

S1: las cosas que hacemos en el taller lo vemos en los Artesanos.

M: ¿Alguno más realiza actividades sólo en su casa o las continúan mejor dicho?

S4: si yo en mi casa hago pulseras para vender en mi casa, las vendo y hago llaveros también. Mi mama teje y hace ropita de bebé. Yo le vendo lo que hago a la gente que pasa cerca de mi casa y con la plata que junto me compro zapatillas o la ahorro. Otra cosa que me compre fue la lanita para hacer pompones, yo a es esos se los doy a los vecinos o a la tía T que a ella le gusta porque los engancha en el ropero.

S2: yo en mi casa hago pompones.

S3: aprendiste a hacerlos con la N vos! Jaja

S4: si! En mi casa hago pompones y los guardo para venderlos. Quiero verlos para que con la plata pueda comprarme un celular o me pague el casamiento con una chica.”

- *“S5: y porque nos relacionamos con otras personas, con gente de afuera, porque nos saludan y porque son buenos, nos hacemos amigos allá.*

S6: sii! Nos gusta hacer salidas afuera, nos encanta ver las cosas, conocer. En nuestra casa no salimos.

S1: yo si salgo, ando solo siempre y salgo y camino, conozco gente. Ahí en Las Heras todo el mundo me conoce.

S3: yo si salgo voy al Vea y de suerte jajaja

S5: jajaja

S3: ¿a vos te gusta salir?

S4: ¡si me gusta, mucho!

M: ¿ consideran que es bueno para ustedes?

S5: Si! Yo estoy muy agradecido acá, aprendo mucho y hago cosas que en otros lados no había hecho, conozco lugares, aprendo de música, hacemos instrumentos también.

S4: a mi me gusta venir y me parece re divertido ir a la plaza porque conozco gente nueva y nos conocen”

- *“S5: si! Pero tenemos con V. en el taller de huerta vamos al CIC y ahí trabajamos con el señor P y con la directora que esta.*

S3: ahhh! Siii! Es re buena la directora.

M: ¿Cómo es esa actividad? ¿me cuentan un poco?

S6: si! Vamos al CIC a armar Jardines.

S1: ¡sí! Llevamos plantas de acá y herramientas de acá y excavamos la tierra con la pala, la zapa y todo.

S5: Llevamos plantas de acá que teníamos muchas y las pusimos allá. Llevamos también un arbolito que habíamos cuidado acá nosotros.

M: ¿están solos allá?

S4: Allá trabajamos con P.”

- *“S5: es algo que nos gusta hacer y seguir porque estamos en contacto con otras personas*

S2: ¡si! Nos gusta que la gente vea lo que hacemos y cómo estamos trabajando

S3: además ayudamos a la gente, lo hacemos de corazón.

S5: Hace bastante lo hacemos y es algo que nos gustaría seguir.”

A partir de lo expuesto y trabajado anteriormente, se hizo hincapié entonces en el Taller de Armado Artesanal de Bijouterie y en un proyecto comunitario denominado “Jardín Nativo”.

10.1- Taller de Recreación y Actividades Manuales: Bijouterie

10.1.1.- Documentación: “Taller de Recreación y Actividades Manuales: Bijouterie” (Proyecto Institucional).

Taller de Recreación y Actividades Manuales: Bijouterie.

Año: 2015

Responsable: Lic. en Psicología N. N.

Destinatarios: grupos A, B y C centro de día.

Duración: anual. Se trabajará cuatrimestralmente con cada grupo del centro de día y semestralmente con cada grupo del Centro Educativo terapéutico.

Frecuencia: De lunes a viernes turno tarde CD.

Fundamentación del Taller: este taller se encuentra concentrado en el “armado de bijouterie”, a partir de lo cual se apunta a desarrollar la creatividad de los pacientes a través de trabajos manuales, en base a una conducta de

constancia y esfuerzo, llevando a cabo las ideas y proyectos de cada uno de los participantes.

Gracias al trabajo continuo y permanente de los pacientes, y el apoyo de la municipalidad de Las Heras, se concurrirá a la plaza Marcos Burgos, donde se realizará la venta y promoción de “bijouterie artesanal” realizada por los pacientes de la institución, siendo el principal objetivo propiciar espacios de integración y participación a espacios comunitarios, como también mejorar la autoestima y autovalidamiento a través de la valoración social de los productos creados y trabajados institucionalmente. Posibilitando además mejorar las relaciones sociales y la circulación no sólo de sus trabajos y producciones sino también de su palabra.

Objetivos:

- Desarrollar sus posibilidades motrices para la realización autónoma de distintas actividades.
- Mejorar procesos relacionados con la atención, la concentración y la memoria.
- Instruir a los pacientes en actividades creativas, comunicativas y manipulativas.
- Fomentar la autonomía y creatividad de los participantes, promoviendo la realización de trabajos con fines utilitarios.
- Adquirir y desarrollar procesos de autonomía, confianza y seguridad personal.
- Mejorar la autoestima y las relaciones sociales.

Actividades: La actividad de este taller se desarrollará tanto en forma grupal, como individual.

Para el desarrollo del taller se tendrán en cuenta los intereses y motivaciones derivadas del grupo, considerando las características, necesidades y potencialidades de cada grupo y cada sujeto.

Armado de bijouterie: desarrollo de la creatividad de los pacientes a través de expresiones manuales y en base a una conducta de constancia y esfuerzo, llevando a cabo las ideas y proyectos de cada uno de los participantes.

Exposición y venta de Bijouterie: apuntando a propiciar espacios de integración y participación de los pacientes a espacios comunitarios, como también mejorar la autoestima y el autovalimiento a través de la valorización social de los productos creados y trabajados intra-institucionalmente.

Recursos:

-recursos materiales para el armado: tanza elástica, mostacillas, mostacillones, cuentas de colores, argollas, ganchos, clavos, canutillos, lentejuelas, hilo encerado, etc.

-recursos materiales para la venta y exposición: mesón, mantel, productos terminados como ser pulseras, collares, aros, llaveros, etc.

Evaluación: observación directa. Presentación de informes de avance de cada uno de los participantes del taller del CD y “listas de control” de las participantes del CET.

10.1.2- Observaciones

A partir del proyecto institucional se infiere que en el modo de funcionamiento posibilita un intercambio social, ya que el mismo hace hincapié en propiciar espacios de integración y participación comunitarios mediante los productos creados y trabajados institucionalmente.

A su vez éste resulta de gran interés ya que dentro de sus objetivos se propicia la utilización de los recursos personales, el desarrollo de la creatividad, la estimulación de la motricidad para la realización autónoma de las distintas actividades, fomenta el trabajo en equipo y ejercita la atención, concentración y memoria.

Se hace presente una modalidad de abordaje basada en la subjetividad, ya que cada uno de los concurrentes propone, plantea y realiza su trabajo de acuerdo a sus intereses y gustos.

Hay un trabajo en red que se hace presente por el espacio que le brinda la Municipalidad de Las Heras en la Plaza “Marcos Burgos”. Es a partir de éste que se propicia el intercambio y la inclusión de los sujetos en la comunidad.

10.1.3- Funcionamiento del taller

En el taller de armado artesanal de Bijouterie se les entrega a los participantes los materiales con los cuales se produce un objeto como así también se les transmite la enseñanza, la instrucción de cómo hacerlo. Los mismos son solventados desde la institución y abarcan diferentes niveles de complejidad en cuanto a técnica, pinza, etc.

Cada taller presenta un objetivo pretendido, en el caso del taller de Bijuterie se busca que los concurrentes aprendan a realizar un objeto, una artesanía, introduciendo las particularidades de su creador y estimulando la independencia y autonomía en su desarrollo.

A su vez, este taller posee un convenio con la municipalidad “Las Heras”, ya que la misma le brinda un espacio en la plaza “Marcos Burgos” para la venta de las manualidad y objetos producidos por los sujetos, favoreciendo así el establecimiento de un lazo social y fomentando la inclusión social; lo significativo a su vez de esta experiencia es que aquellos que compran el producto permiten otorgar un reconocimiento social.

“Creo que el taller permite una autonomía de ellos, les brinda un reconocimiento que no solamente está dado por el producto final sino a nivel social porque esto que produce sale afuera, es intercambiado y sobre todo tiene un precio... es un espacio importante, que les brinda un lugar de escucha y que a su vez es una herramienta para ellos para desenvolverse y generar el intercambio con el medio...” refiere la responsable a cargo de la actividad.

En el taller de armado de Bijouterie, el lugar del orientador de grupo es el lugar de aquel que transmite la técnica, no es el que ordena el objeto que hay que hacer, ni debe serlo.

“...hay algunos que requieren ayuda o atención; han muchos que han mejorado por ejemplo R cuando empezó no podía embocar las mostacillas más grandes y hoy en día hace trabajos con las más más chicas. Siempre se respeta el

tiempo de cada uno y sus ganas, qué es lo que decide hacer y no importa el tiempo que tarda en hacerlo. La idea es que lo hagan solos, yo sólo ayudo en aquellos casos como F que por su discapacidad motriz no puede sostener la tanza, pero él decide las mostacillas, colores y producción que va a realizar..." comenta N en la entrevista

El taller forma parte de las actividades expresivas del Centro de Día, se abre de esta manera espacios para la creación, concebida como la posibilidad de invención desde lo particular de cada uno, dónde cada cual pueda echar mano a sus recursos, para poder hacer otra cosa con su padecer: *"Creo que el taller permite una autonomía de ellos, les brinda un reconocimiento que no solamente está dado por el producto final sino a nivel social porque esto que produce sale afuera, es intercambiado y sobre todo tiene un precio. Considero que a su vez los ayuda a estabilizarse, a concentrarse y mantenerse en una actividad recreativa y expresiva, ya que las producciones, colores, formas y tamaños están definidos por ellos mismos..."*, refiere N.

El taller cuenta con producciones de calidad, y por sobre todo los participantes disfrutan al realizarlas.

Los destinatarios del taller son grupos de 10 adultos pertenecientes al Centro de Día Vida Natural, cuyas edades oscilan entre los 30 y los 56 años de edad, que presentan Trastorno Generalizado del Desarrollo, esquizofrenia, otros trastornos psicóticos o de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM IV y CIE 10.

Las actividades de venta del mismo están a cargo de un grupo de 6 sujetos, los cuales poseen roles definidos y en conjunto realizan un buen trabajo en equipo, *"...Con el tiempo cada uno fue encontrando su lugar o su rol, por ejemplo el M o el F están en el mesón ofreciendo materiales hoy en día y ellos ya saben que no importa vender sino que la gente conozca lo que hacen, que se acerque, que vea sus trabajos; el F se para y dice "estas son las cosas que hacemos, esta*

cosa la hice yo, está el M que se para y grita ¡llavero, pulsera, aro!. R es el que se encarga de las cuentas, él tiene un libro donde va anotando todo lo que hacen, cada uno tiene su rol.... previamente igual se practicó como hacerlo y hoy en día les sale re bien... cada uno tiene su lugar y eso se respeta...estuvimos probando con distintos chicos durante dos años más o menos hasta que quedo el grupo definitivo de ventas y el mismo tiene un buen trabajo en equipo...” comenta la orientadora.

El taller trabaja la inclusión social como uno de los objetivos principales, no sólo por el tipo de actividad que se lleva a cabo y su exposición en la plaza, sino porque se buscan actividades complementarias en donde los mismos sujetos se encuentren o se enfrenten a situaciones cotidianas: *“en la misma salida, con la plata de ellos hacemos actividades inclusivas donde haya otros intercambios digamos, vamos a la farmacia o a la panadería; si alguien tiene algo que pagar vamos al rapipago y ellos son los que hacen el trámite o si compran en la panadería ellos hacen la compra, elijen, pagan, interactúan. Hay muchos de ellos que no salen en sus casas y esto le permite poder hacerlo, conoce, incluirse en las actividades cotidianas.”*

A través de éste se hace evidente un gran beneficio para los sujetos: *“...la idea principal es que salga y circule la palabra de ellos en lo que hacen, más allá del taller, dejamos que ellos se manejen solos...es poder ir a un lugar donde la gente se acerque, ellos le cuenten, le digan el precio o lo que hacen, pero donde su decir circule libremente...”*

10.2- Taller de Huerta y Vivero: Proyecto “Jardín Nativo”.

10.2.1- Documentación: Proyecto “Jardines Nativos”. (Proyectos Institucionales).

PROYECTO: JARDÍN NATIVO

Nombre del proyecto: “Jardín Nativo”

Fundamentación

Se realizan salidas con los pacientes del Centro de Día al CIC “El Algarrobal”, Las Heras, como continuación de un proyecto anteriormente planteado por la institución. Se apunta al armado de redes interinstitucionales mediante el fortalecimiento de relaciones entre la institución con otras a partir de actividades específicas en relación con el área ocupacional. Se plantea el armado de redes, una con el CIC “El Algarrobal”; otra con el Vivero “Gestión Nativa”. Son redes interinstitucionales, circunstanciales, con la posibilidad de convertirse en estables y visibles.

Objetivos

Objetivos Generales:

- Fortalecer relaciones entre la institución con otras instituciones a partir de actividades específicas que tengan relación con el área ocupacional.
- Fortalecer recursos que favorezcan actividades ocupacionales.
- Fortalecer la re-vinculación social para evitar el aislamiento propio de las características clínicas de los pacientes.
- Favorecer las actividades grupales.

Objetivos Específicos:

- Realizar la confección y mantenimiento de los espacios verdes del C.I.C. “El Algarrobal”, Las Heras.
- Adquirir conocimientos por experiencia directa
- Desarrollar compromiso al cuidado de la naturaleza.
- Propiciar espacios de integración y participación de los pacientes en espacios comunitarios.
- Desarrollar tareas de cuidado, limpieza y mantenimiento de plantas.
- Realizar jardín de plantas nativas.
- Instruir sobre conceptos básicos agrónomos.
- Manejar los recursos materiales disponibles

Plan de actividades

Se realizan trabajos de jardinería en el CIC "El Algarrobal. Los destinatarios son Pacientes del Centro de Día.

Frecuencia: Semanal.

Duración diaria: 4 hs.

Se dividen las tareas y actividades de limpieza en el lugar, las cuales consisten en:

- ✓ rastrillaje
- ✓ barrido
- ✓ cortado de césped
- ✓ plantación de flora nativa

Recursos

Materiales: escobas, rastrillos, bordeadora, alargues, bolsas de consorcio, macetas, tierra preparada.

Económicos: traslado.

10.2.2.- Observaciones.

A partir de los documentos presentados se observa que el taller estimula el área ocupacional, estimulando recursos, generando a su vez conocimiento y herramientas en los pacientes mediante el aprendizaje por experiencia directa. Es a través de las distintas actividades agropecuarias que los conceptos son puestos en práctica, favoreciendo la autonomía de los sujetos y generando, a su vez, un trabajo en equipo.

Establece que mediante estas actividades se logra un afianzamiento y estimulación de recursos socio-productivos que permiten una integración social de los pacientes. A su vez, se realizan trabajos en red con la comunidad del Algarrobal, el mismo se comprueba a partir del proyecto de “Jardines Nativos” que se lleva a cabo en el CIC del Algarrobal. La modalidad de abordaje que se propone es el trabajo en equipo y las actividades grupales, lo cual genera espacios de integración y participación entre los pacientes y con la comunidad.

10.2.3- Funcionamiento del proyecto “Jardín Nativo”

El mismo consiste en encuentros y salidas de los sujetos del Centro de Día al CIC “El Algarrobal”, Las Heras. Su objetivo es mantener el armado de redes interinstitucionales mediante el fortalecimiento de relaciones entre la institución con otras, es a partir de actividades específicas en relación con el área ocupacional que se posibilitan las mismas; dichas actividades son desarrolladas por concurrentes, quienes poseen una capacitación sobre este oficio y la realizan de manera autónoma, atendiendo a la división de tareas y logrando un trabajo en equipo.

“...surgió la posibilidad de vincular a la institución con otras, estableciendo nexos con la parte de Desarrollo del Centro Integrador Comunitario del Barrio Jorge Newbery en el Algarrobal... La actividad se lleva a cabo con grupos de 8 pacientes. Los grupos se fijan con anticipación, de forma equitativa y son de tipo rotativo, es decir que van todos y van cambiando. Durante las jornadas de trabajo los pacientes podan los cercos y las plantas ornamentales presentes en el lugar, limpian los espacios verdes, preparan el terreno, diseñan el jardín y canteros, trasplantan y riegan” comenta la Orientadora y encargada del taller V.

Este proyecto propicia y estimula tanto los aspectos que hacen a lo ocupacional en los pacientes pero además contribuye al fortalecimiento del vínculo social de la institución con otras instituciones y la vinculación social de estas personas.

“...esta experiencia permite poner de manifiesto los saberes y prácticas incorporadas por los pacientes, integrándose de forma activa a la comunidad, vinculándose con muchas personas que valoran y reconocen su trabajo. Además, les permite saber la utilidad que tiene lo que aprenden en el taller a diario y muchos han comenzado a realizar plantines en sus casas para regalar o para cosechar sus propias hortalizas. Personalmente, creo que el taller es una herramienta muy eficaz para favorecer la inclusión de los pacientes en la sociedad, ya que les permite a ellos destacarse, mostrar sus habilidades y los

“igual” a ojos del otro. Les permite ser ellos quienes produzcan, realicen un trabajo para la comunidad, enseñen y compartan los conocimientos adquiridos mediante la práctica” comenta V.

11-Implementación de la IAP

11.1- Contacto inicial entre agentes externos e internos.

El primer paso de la investigación- acción participativa es el contacto inicial entre agentes externos e internos. Es la etapa en los profesionales externos de la comunidad y los miembros de la misma coinciden para producir conocimientos y transformaciones. Dentro de los agentes internos encontramos según Montero (2006):

- ✓ Personas destacadas de la comunidad, como líderes comunitarios o sujetos que cumplen funciones que los relacionan de manera positiva con los demás miembros.

- ✓ Miembros de grupos organizados dentro de la comunidad
- ✓ Personas que trabajan en o con la comunidad, las cuales pueden tener experiencias e información valiosa para la ayuda de los agentes externos
- ✓ Redes dentro de la comunidad.

En la Institución “Grupo Vida Natural”, el encuentro se dio primero con el director de la misma, el cual especifico los horarios de funcionamiento, actividades que se llevan a cabo, modos de trabajo, etc. Posteriormente se tuvo contacto con los profesionales que desempeñan cargos en la institución, los cuales permitieron el acceso a los diferentes talleres y a tomar contacto con los sujetos concurrentes de los mismos.

La familiarización supone que los agentes externos conozcan el ambiente comunitario y las formas de enlace que se dan entre los distintos sectores así como también otras personas que deseen comunicarse con éstos. La misma debe darse entre las distintas personas, grupos y es un proceso que se produce en doble vía. Supone buscar información sobre aspectos culturales, estilos de pensamiento, valores y todo aquello que sea importante para las personas de la comunidad. (Montero, 2006.)

Durante el proceso de familiarización, se llevaron a cabo entrevistas con los talleristas, los directivos de la institución, se tuvo acercamiento hacia los concurrentes, se presenciaron diferentes talleres y actividades.

11.2- Determinación del problema a tratar.

El problema objeto de la IAP puede ser identificado desde varias fuentes pero siempre refiere a algún tipo de necesidad que la comunidad presenta.

Chacón, Barrón y Lozano (1989, citado en Montero, 2006) proponen tres criterios para definir la necesidad: el primero refiere a que toda necesidad supone un juicio de valor, es decir que diferentes individuos juzgarán situaciones como carencias o excedencias; el segundo indica que las circunstancias concretas y el contexto de cada grupo son fundamentales para definir las necesidades y el tercero expone que es necesario tener en cuenta el hecho de que las necesidades surgen del desajuste entre las expectativas y las condiciones concretas de vida.

Brashaw (1972, citado en Montero, 2006) estableció la siguiente clasificación de necesidades:

- Necesidades normativas o inferidas: son aquellas fijadas por expertos en función de un canon preestablecido, con el cual se compara la situación estudiada. Se formulan a partir de los avances hechos por la ciencia.
- Necesidades comparadas: Son el resultado de la comparación hecha por expertos a partir de una comunidad que recibe servicios. Éstas son una variedad de las necesidades normativas, pues entran dentro de lo establecido por el estado de la norma en una situación dada.
- Necesidades expresadas: refieren a aquellas carencias o problemas que las personas manifiestan. Corresponde con las que se denominan “necesidades sentidas”, es decir, aquellas que son vividas y cuyo efecto es fuente de emociones negativas e insatisfacción.
- Solano Pastrana (1992) señala que las necesidades pueden expresarse de cuatro maneras: como deseo, expectativa, problema o demanda.

Dentro de este contexto, se trabajó a partir de necesidades expresadas por los integrantes, profesores y profesionales, de la institución.

Se decidió entonces investigar sobre las necesidades y recursos del Centro de Día. Mediante diferentes entrevistas se detectó como necesidad principal, potenciar capacidades que le permitan un desarrollo social pertinente, y además un buen desempeño ocupacional.

Es por esto que en esta investigación se focalizaron aquellos talleres cuyo funcionamiento o finalidad permiten un contacto con el medio externo. A su vez, debido a una demanda del equipo de profesionales se trabajó en un taller destinado a la estimulación de habilidades sociales ya que las mismas son herramientas que ayudan a mejorar los procesos de inclusión social de los sujetos.

“...creo que es un punto difícil el contacto con el otro porque no hay un reconocimiento de otro separado o distinto en la psicosis, por lo que me parece que se hace necesario recalcar esto de la escucha, los tiempos, la diferenciación de las emociones y lo que al otro le pasa, el reconocimiento de otro y el respeto por su espacio” refiere la encargada del taller de Bijouterie.

11.3- Proceso de concientización.

El proceso de concientización supone problematizar a fin de que no se acepte como cotidiano o normal y lógico aquello que responde a la lógica de lo excluyente e injusto, por lo que se hace necesario desnaturalizar aquellos aspectos naturalizados por efecto de hábitos socializados, de la opresión y de la alienación; rompiendo con la hegemonía de las ideas dominantes en función de formas de opresión social, desideologizando las mismas (Montero, 2006).

Mediante las entrevistas se observó que el equipo de profesionales que trabaja en Vida Natural pudo problematizar y concientizar la necesidad de abordar las habilidades sociales y comunicacionales en los sujetos para mejorar la relación con el medio externo.

A su vez, mediante entrevistas se obtuvo información sobre aquello naturalizado, lo cual refiere al trabajo con la Familia, *“ésta muchas veces determina o limita las capacidades del sujeto, ya que al presentar alguna discapacidad presuponen que ellos “no pueden” o los mismos tutores o padres piensan que “no deberían” establecer límites o generar autonomía porque les da pena o cosa que se equivoquen o que se pongan mal”* comenta la trabajadora social de la institución.

11.4- Planificación de la investigación.

En esta etapa se incluye la delimitación del área a trabajar, con un cronograma o guía de trabajo donde se fijen objetivos o metas a lograr. La misma debe ser lo más minuciosa y cuidadosamente hecha con el fin de poder improvisar en caso de que surjan imprevistos (Montero, 2006).

El taller de habilidades sociales se llevó a cabo con 6 sujetos pertenecientes al Centro de Día, los cuales eran los encargados de las ventas realizadas en la plaza “Marcos Burgos” de Las Heras.

El proyecto fue confeccionado junto a los profesionales del equipo básico y los orientados de grupo de acuerdo a las dificultades que presentaban cada uno de los sujetos

El problema definido fue la dificultad que las personas del Centro de Día de la Institución “Vida Natural” presentan en relación a las habilidades sociales y su relación con el otro. Ante esto la propuesta fue elaborar un taller semanal en donde se plantearon 3 áreas de trabajo que incluyen: Distancia Interpersonal en la Comunicación, Escucha Activa y Expresión de Sentimientos. Las mismas fueron adaptadas de los “Manuales de trabajo en centros de atención a personas con discapacidad de la Junta de Castilla y León” de Gutiérrez Bermejo (2002).

En cuanto a la fundamentación podemos decir que este espacio es necesario para poder mejorar su desenvolvimiento social, fortalecer sus relaciones interpersonales y fomentar el lazo social, que ya sabemos, en las psicosis es una de las dificultades principales con las que el sujeto debe enfrentarse,

Se plantearon objetivos y metas del taller. Los mismos se presentan a continuación:

Objetivos Generales:

- Brindar un espacio para poder adquirir y ejercitar habilidades sociales que mejoren los procesos de inclusión social.

Objetivos:

- Fomentar la inclusión social
- Mejorar las relaciones interpersonales.
- Estimular la comunicación
- Fomentar la escucha y el respeto por el otro.
- Diferenciar y respetar los espacios personales
- Reconocer y diferencias emociones.

Metas:

- Brindar herramientas que ayuden a la inclusión social de los sujetos
- Posibilitar una mejor relación con el exterior.
- Estimular las habilidades sociales con el fin de mejorar las relaciones interpersonales

Se plantearan ejercicios por área que incluyen la explicación del tema, actividades que fomenten el desarrollo y ejercicio de la misma y una tarea final a modo de a modo de cierre de la misma. Éstos serán evaluados mediante entrevistas en profundidad administradas de manera grupal.

Los días de trabajo serán los martes y jueves de 14.00 a 17.30. Se abordara un grupo de 6 sujetos, con los cuales se plantearan las temáticas y reflexiones correspondientes. Éstos mismos, son los que desarrollan las actividades de venta en la Plaza “Marcos Burgos” de Las Heras.

11.5- Ejecución de acciones previstas y no previstas

A continuación se presentan las diferentes áreas junto a los ejercicios que se llevaron a cabo y aquellos fragmentos significativos de las entrevistas que fueron administradas grupalmente:

Distancia Interpersonal:

1°) INSTRUCCIÓN: Se trabajó en base a tres tipos de apoyo que permitieron identificar y diferenciar los espacios de interacción.

- Apoyo verbal: donde se definió cual es la distancia interpersonal adecuada, basándonos en las siguientes cuestiones:

- ✓ Definición de la distancia personal.
- ✓Cuál es la distancia interpersonal adecuada.
- ✓ Por qué es importante mantener la distancia interpersonal adecuada.

- Apoyo visual: se acompañó la explicación verbal con fotos e imágenes que representaban diferentes situaciones y distancias.

- Apoyo físico: Se indicó la distancia adecuada tomando como referencia el brazo estirado.

2°) ROLE PLAY: Se trabajó sobre la habilidad representando escenas mediante role play en las que se demostró la distancia personal adecuada frente a distintas situaciones cotidianas.

3°) ARMADO DE CARTELES: Esta actividad consistió armar carteles utilizando recortes de imágenes que muestren la distancia personal que es

recomendable para poder respetar el espacio personal del otro en ámbitos de trabajo.

4°) CIERRE GRUPAL: Mediante una entrevista abierta se indagó acerca de la experiencia de cada uno y lo que había aprendido en la misma.

Escucha Activa:

1°) INSTRUCCION: Se focalizo en los siguientes puntos para explicar el concepto:

- Qué es la habilidad de Escucha Activa y en que consiste
- Porque es importante

2°) CUENTOS: Se trabajó sobre cuentos cortos, con partes muy bien secuenciadas, protagonistas claves y con un contenido sencillo. Uno fue “Flicts” de Ziraldo y el otro “Una ciudad sin colores” de R. Blazquez. Una vez leída las historias, se realizaron las siguientes preguntas: ¿cuál es el nombre del protagonista?, ¿a qué se dedicaba?, ¿cómo acaba la historia?

3°) JUEGO RECREATIVO “El Loro”: La actividad consistió en colocarse en círculo, uno comenzó dando sus preferencias acerca de su “comida favorita” y el que le seguía en la ronda tenía que decir lo que había dicho su compañero y además aportar sus preferencias, y así sucesivamente. Cada vez que uno se olvidaba o se equivocaba quedaba fuera de la ronda.

4°) CIERRE GRUPAL: Mediante una entrevista abierta se indagó acerca de la experiencia de cada uno y lo que había aprendido en la misma.

Expresión de Emociones:

1°) INSTRUCCIÓN: Se trabajó sobre los siguientes puntos:

- En que consiste la habilidad de Expresión de Sentimientos.
- Porque es importante practicarla.
- Que podemos conseguir practicando esta habilidad eficazmente.

2°) CARAS EN BLANCO: Se leyeron historias en las cuales los personajes presentaban distintos sentimientos y se les pidió que los identificaran y que sobre un papel plasmaran ese sentimiento.

4°) ELABORACION DE CUENTOS O NARRACIONES: A partir de los temas tratados se eligió como sentimiento la "Tristeza" y se elaboró una producción escrita sobre la misma a modo de cierre de éste apartado.

5°) CIERRE GRUPAL: Mediante una entrevista abierta se indagó acerca de la experiencia de cada uno y lo que había aprendido en la misma.

11.6- Recuperación crítica de la historia

Esta fase refiere a la recuperación de la memoria colectiva para reafirmar derechos, corregir normativas y recuperar conocimientos o recursos. A su vez, puede utilizarse también como un punto crítico para desarrollar y consolidar el sentido de la comunidad (Montero, 2006).

Este paso no fue elaborado ya que no se considera pertinente con los objetivos del trabajo de investigación.

11.7- Evaluación y autoevaluación.

Se fueron evaluando las distintas áreas del taller a medida que iban siendo desarrolladas y finalizadas las diversas actividades. Para esto se utilizó entrevistas grupales abiertas, en donde se debatieron las experiencias de cada uno y como las vivió.

En el área de **Expresión de Emociones** las distintas actividades propuestas fueron de sumo interés para los sujetos ya que todos participaron de las mismas, pudiendo identificar y plasmar sobre hojas los sentimientos y emociones de los personajes planteados. Los mismos correspondían a Tristeza, Alegría, Miedo, Enojo y Vergüenza.

La producción escrita fue realizada en forma grupal, todos los participantes se mostraron entusiasmados y la elección de la emoción se realizó de manera democrática, es decir, a partir de una votación sobre los sentimientos trabajados.

Se llegó a la conclusión de que las emociones sirven para manifestar lo que nos ocurre y que son importantes para comunicarnos y para darnos a entender con el otro. Las mismas ayudan a que nos relacionemos y que podamos pedir ayuda o que podamos enfrentar las situaciones que nos despiertan sentimientos como tristeza, angustia o enojo de una manera agradable utilizando como medio principal la palabra. Todos los presentes estuvieron de acuerdo en que las emociones se despiertan en cada uno de manera distinta y frente a diferentes acontecimientos y que estas nos permiten llevarnos mejor con nuestros compañeros o amigos, mejorar la comunicación, darse a entender de manera clara y buscar un alivio a algo que experimentan como angustiante.

- *“las emociones se son de cada uno, de manera distinta y con distintas cosas, lo que a mí me pone mal a V o a L no...”*
- *“son importantes porque nos ayudan a llevarnos mejor con nuestros compañeros o amigos...”*
- *“- ¿hay otra manera que hayamos trabajado o que a ustedes les parezca que ayude a expresar emociones?*
 - *si*
 - *¿Cuál?*
 - *hablando*
 - *eso, hablando*
 - *muy bien, ¿cómo nos ayuda hablarlo?*
 - *y porque cuando por ejemplo estás enojado y lo hablas, como vimos el otro día, lo hablamos y así no vamos y puteamos o nos enojamos o insultamos.”*
- *“- nos podemos entender mejor*
 - *y nos ayuda a que si estamos mal, alguien nos ayude o nos escuche.*
 - *nos sirve para sentirnos mejor también*
 - *y que el otro no se enoje si por ahí lo tratamos mal”*

En el área de **Escucha activa**, se obtuvo un buen resultado con los cuentos cortos ya que todos participaron de la puesta en común pudiendo identificar los personajes, el desarrollo de la historia, las situaciones conflictivas y los detalles de cada una.

En cuanto al juego desarrollado, si bien hubo algunas confusiones u olvidos de las comidas en conjunto tuvieron buena predisposición y resultado, pudiendo concluirse el mismo.

En la puesta en común los sujetos manifestaron haber concluido que es una cuestión de respeto escuchar al otro y que si no se cumple es una falta de

respeto y es mala educación, que está mal y que genera una desgana de parte del que emite el mensaje, por lo puede dejar de emitir el mensaje y se pierde la información. A su vez se trabajó también sobre lo que podría mejorar la escucha como hacer silencio y atender a lo que la persona dice y estar seguro de que se ha entendido y si no es así preguntar, ya que es importante para evitar malentendidos y que una buena escucha permite hacer, compartir experiencias entre ellos, aprender cosas nuevas.

- *“nos armamos de enemigos si no escuchamos porque no conversamos, porque si conversamos nos conocemos y entonces nos hacemos amigos”.*
- *“Hay que respetar a los que están hablando, a los compañeros, eso nos permite hacernos más amigos y aprender”*
- *“Hay que escuchar lo que están diciendo, sino es mala educación”*
- *“-Yo cuando hablo y no me escuchan me canso y no hablo más*
- Y entonces ¿qué pasa?
- y entonces me pierdo lo que tengo para decir”

En el área de **Distancia Interpersonal**, si bien en la primera puesta en común se observó que muchos de ellos no tenían una clara noción de lo que era el espacio o distancia personal, se pudo introducir el tema gracias al apoyo visual y con ejemplos en el espacio que permitieron que se lograra una buena interiorización del concepto. Esto se puso de manifiesto cuando se realizaron representaciones de distintas situaciones cotidianas en las cuales los mismos sujetos iban indicándole a su compañero cuál era la distancia que debía respetar.

Como conclusión en conjunto se estableció que el Espacio Personal es la distancia que cada uno tiene en relación al resto, que es la no invasión del espacio, que uno la necesita para moverse y para estar cómodo. A su vez, se estableció que es necesario respetarla porque si no se está molestando al otro y

que las distancias van variando de acuerdo a las diferentes personas con las que nos relacionamos, es decir que dependen del tipo de relación que tengamos con el otro.

- *“...es un espacio o barrera entre las personas que depende de las situaciones y de la relación entre las personas. No es lo mismo la distancia entre parejas, amigos, compañeros de trabajo.”*

- *“...lo bueno de mantener una distancia personal es que podemos respetar al otro, que nos podemos manejar mejor, que mejora la comunicación y que evita que nos sintamos invadidos”.*

11.8- Informe y discusión evaluadora sistemática

Este aspecto contempla la información y evaluación final de conocimiento producido en el proceso de investigación- acción participativa, se piensa como cierre del trabajo realizado (Montero, 2006).

Se realizó una puesta en común en donde se indagó con los sujetos si lo que habían hecho durante el taller les había gustado y que experiencia les quedaba del mismo. Los resultados obtenidos fueron positivos ya que todos manifestaron estar contentos con el taller por la forma en la que se llevó a cabo la explicación y ejercitación de los conceptos, el tamaño del grupo les resultó

cómodo para desenvolverse ya que al ser pocos manifestaron estar más tranquilos y cómodos a la hora de hablar.

Uno de los aspectos que más llamó la atención de la puesta grupal fue que argumentaron no haber trabajado antes con role play y que esta técnica les había resultado muy interesante porque podían poner en práctica cotidiana lo trabajado, aprendiendo de una manera divertida.

A partir de esto, se realizó una devolución oral de lo trabajado a los directivos y orientadores de grupo y se planteó como sugerencia la posibilidad de que se continuaran trabajando estos aspectos que hacían al desenvolvimiento en la comunidad mediante pequeñas representaciones que era lo que había generado mayor aprendizaje de los conceptos. Los mismos estuvieron de acuerdo en implementarlo, abarcando otro tipo de habilidades como el pedir ayuda, la comunicación, la resolución de problemas, etc.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Lo primero que se realizó fue un Diagnóstico Institucional, el cual permitió conocer el funcionamiento y particularidades del Centro de Día “Vida Natural”. Durante este primer acercamiento se aplicó la Observación Participante y Entrevista en Profundidad como instrumentos; los mismos permitieron tomar contacto con el modo de funcionamiento y particularidades que presenta Vida Natural.

De acuerdo a las Entrevistas, el modo de abordaje que presenta la institución está basado en una concepción Psicoanalítica de “Estructura”, en donde se define un tratamiento teniendo en cuenta las particularidades de la persona pero estableciendo a nivel grupal y terapéutico la formación de un lazo social como objetivo principal., es decir que la misma encuentre un lugar desde el cual se relacione con el otro y pueda circular su palabra:

“...Para establecerlo es necesario que se integre a una cadena simbólica donde él pueda sentirse reconocido pero a su vez sepa que hay otros, digamos, el problema en la psicosis es que no participan de la ley del no todo, por lo que el trabajo simbólico es que puedan saber que si bien son únicos en otros contextos son uno más entre otros, la ley es para todos, la misma los incluye, los organiza y la misma se establece mediante leyes institucionales...”

Se sostiene que todo tipo de actividad que se realiza en la Institución es de **carácter terapéutico** por el hecho de realizarla con un marco, reglas, direccionalidad, etc., donde la persona puede organizarse en un espacio-tiempo y hacer circular su producción o aprender algo que le permita autonomía

“... para nosotros es terapéutico hacer música o hacer educación física, es decir desde el discurso que sostenemos se postula el concepto de un sujeto merecedor de respeto y con el cual se puede trabajar...”

Para poder definir los talleres a evaluar y sobre los cuales profundizar se llevó a cabo un “Grupo Focal”; se dedujo del mismo que hay diferentes tipos de actividades que se llevan a cabo en la Institución dirigidas a estimular la autonomía y aprendizaje de oficios u ocupaciones como son los instrumentos, cuadros, macetas, pulseras, llaveros, etc.

Cada una de estas producciones se define en base a los intereses y preferencias de los que asisten permitiendo la subjetividad y estilo personal en las creaciones. Los objetos trabajados son identificados por ellos en la sociedad y logran reconocer en éstos un valor como un medio de intercambio, lo que permite que se motiven y entusiasmen al hacerlo y que se incluyan como actores sociales.

A través del Grupo Focal se tomaron como objeto de estudio dos talleres: el taller de Bijuterie y el de Huerta y vivero. El primero vende las artesanías realizadas en la Plaza Marcos Burgos; los concurrentes llevan sus productos y los ofrecen en el mercado realizando cada uno un rol diferente en la venta. En cuanto al segundo taller se abre un espacio de intercambio y se trabaja en red con el CIC del Algarrobal desarrollando un proyecto que se denomina “Jardines Nativos”.

Mediante un análisis documental, se encontraron similitudes en ambos respecto a sus objetivos y formas de abordaje lo que indica una modalidad inclusiva ya que se plantea como fin el trabajo en equipo y en red para la estimulación de los recursos personales y el desarrollo de herramientas

A partir de necesidades sentidas se llevó a cabo un taller sobre “Habilidades Sociales” en las que se profundizaron tres ejes: escucha activa, expresión de emociones y espacio personal. El mismo se trabajó con el fin de brindar herramientas para desenvolverse socialmente.

Durante su desarrollo, hubo una interiorización de los conceptos, se logró un respeto y reconocimiento del otro. El taller posibilitó entonces un espacio de expresión, no sólo dado por las producciones escritas o manuales que realizaron

los sujetos, sino porque cada uno aportó con su propia experiencia. De esta manera, mediante la confrontación de ideas y situaciones, se buscó estimular la solidaridad y el compañerismo entre ellos fortaleciendo sobre todo el trabajo en grupo y la escucha de cada uno. Así se constituyó una forma y espacio importante de socialización y de recuperación de la palabra, dando un sentido de pertenencia y restaurando un ámbito donde el decir es compartible.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En relación al primer objetivo planteado en esta investigación acerca de modos de abordaje institucionales que posibilitan la integración e inclusión social en la discapacidad encontramos que Vida Natural brinda diferentes talleres y actividades los cuales son pensados en base a un objetivo institucional: generar un lazo o intercambio, ya sea desde un objeto o desde la palabra, la cual les permita reconocerse e integrarse a la comunidad.

Mediante actividades recreativas, talleres, actividades expresivas, comunicacionales, etc., se estimulan los recursos y potencialidades de los concurrentes priorizando los intercambios con el exterior y trabajos en red. A su vez, todo el equipo interdisciplinario plantea constantemente propuestas de trabajo basadas en las particularidades de cada concurrente generando así un espacio a la subjetividad y particularidad dentro del funcionamiento total.

El buscar un lugar dentro de la comunidad, a través de la comercialización e intercambio de los objetos y el trabajo en red propone a la sociedad una reflexión encaminada a lograr un cambio en el modo de percibir a la persona que presenta algún tipo de discapacidad. De esta manera, entonces el rol del psicólogo comunitario posibilita el planteamiento de una nueva cultura en relación a la discapacidad que parte de la interacción entre la persona y el ambiente donde vive, y se apoya fundamentalmente en la concepción de la propia capacidad del individuo, en sus destrezas personales, en la posibilidad de desarrollar actividades de manera independiente, partiendo de sus intereses y de la capacidad de elegir (Céspedes, 2005).

El concepto inclusión e integración pertenecen a filosofías totalmente diferentes, aun cuando tengan objetivos aparentemente iguales, es decir, la *inserción de las personas con discapacidad en la sociedad*. La integración conlleva la *posibilidad* de la participación, y a su vez ésta la facilita y refuerza. La inclusión, en cambio, se define de muchas formas no existiendo un significado concreto y único del mismo, por lo que supone una ampliación de la integración,

subraya la igualdad por encima de la diferencia y su punto de partida es la igualdad de oportunidades (Escribano y Martínez, 2013)

En relación a esto se plantea el segundo objetivo de la investigación que refiere a las formas que la institución presenta de intervenir para posibilitar la inclusión social. En la misma encontramos proyectos institucionales con objetivos del trabajo en el exterior, trabajo en equipo, intercambios con el medio, salidas, estimulación de la autonomía, etc. A su vez, se plantean espacios recreativos independientes de las actividades propuestas por los talleres, en donde se invita a diferentes actores sociales a participar de la jornada con el fin de compartir experiencias.

Además, se realizan salidas de manera frecuente hacia diferentes espacios y actividades que organiza la Provincia con el fin de participar e integrarse en actividades sociales.

Sin embargo, desde la perspectiva planteada por la institución, no se establece diferencia entre integración o inclusión ya que lo importante es desde donde se ubica al sujeto para plantearlas, es decir, que la idea de lograr un vínculo con la sociedad pasa por los intereses de la persona y no por el concepto que se tenga, tal como lo describe la directora médica:

“...desde este punto de vista simbólico no hay una diferencia en ese concepto, uno está en un lazo social o no está, inclusión, integración, discapacidad, habilidad, etc., son términos que tratan de evitar la discriminación, la marginalidad, ...se basa en la capacidad del sujeto de integrarse a un contexto mediante el lenguaje...por el hecho de establecer un lazo que es simbólico, el cual se da en el paciente aunque no tenga posibilidad de hablar, porque de todas maneras los pacientes escuchan y esta es la invitación principal que nosotros hacemos. ...”

El tercer objetivo plantea identificar aquellos talleres desarrollados en la Institución que estimulan la producción personal y se relacionan con la integración social. Durante la investigación se tomaron en cuenta dos de ellos con sus respectivos proyectos institucionales, en los cuales se plantea como objetivo principal la estimulación de la autonomía y la puesta en práctica de los recursos personales.

Siguiendo a Ferreira y Díaz (2009) sabemos que el desarrollo de las ideas circunscritas al paradigma de la autonomía personal supone un cambio en la naturaleza de los derechos sociales dirigidos a las personas con discapacidad en cuanto que, desde esta perspectiva, se rechaza el concepto de dependencia al cuestionar que la discapacidad implique necesariamente dependencia. Esta mirada, implica tomar una postura crítica con la manera en que se ha construido el concepto de discapacidad y las implicaciones que tiene, tal como afirma Velásquez (2010):

(...)debe desentrañar y hacer visibles los procesos sociales a través de los cuales se lleva a cabo la exclusión social de las personas con discapacidad...No obstante, considero fundamental que la teoría sociológica que se produzca sobre discapacidad vaya ligada a la praxis social ya que es la praxis social la que dotaría de sentido al estudio sociológico de la discapacidad. (p.125)

Como último objetivo se propuso indagar acerca de actividades terapéuticas institucionales que promueven los recursos de los sujetos. Encontramos que todo tipo de actividad desarrollada en la Institución y en los grupos de trabajo se considera terapéutica, ya que establece un marco con reglas, horarios, direccionalidad, etc., que permite contener, ordenar y organizar a las personas que asisten; a su vez la realización de objetos y producciones, brindan herramientas que estimulan los recursos y generan mayor grado de autonomía, posibilitando que se genere el intercambio por fuera de la institución.

La búsqueda entonces consiste en cristalizar estas acciones donde se priorizan el fortalecimiento de los individuos y de la comunidad a la que pertenecen, generando una mejor calidad de vida.

A partir de lo expuesto anteriormente, se considera válida la hipótesis de investigación por lo que se afirma que aquellas modalidades de abordajes institucionales que fomenten la producción personal, subjetiva y que contengan como objetivo el trabajo en red son favorecedoras de la inclusión social en personas con discapacidad intelectual.

CONCLUSIONES

El recorrido que se expone en este trabajo tiene como fin indagar los espacios de vida institucionales para personas con discapacidad intelectual y su relación con la inclusión social a partir de los modos de abordaje que plantean.

Es el trabajo comunitario e institucional lo que ayuda a encontrar un camino diferente para estos sujetos; es mediante talleres, salidas, actividades terapéuticas, recreativas, etc., que se contribuye a estimular los recursos de las personas y se les brinda la posibilidad de adquirir herramientas para su desenvolvimiento autónomo en la sociedad.

En este sentido, el énfasis se centra en incluir a la persona en la dinámica de la sociedad y para ello se intenta favorecer su independencia pensando la interacción social como recurso psicoterapéutico y el trabajo como recuperador de la función social en el marco de un compromiso y abordaje comunitario.

El buscar un lugar dentro de la comunidad, a través de la comercialización de los objetos y productos, el intercambio de saberes específicos, la labor ocupacional que realizan los concurrentes del Centro de Día, propone a la sociedad una reflexión en el modo de percibir a la misma.

El trabajo marca el valor de los marcos normativos actuales que consideran a la persona con discapacidad como sujeto de derecho, planteando los siguientes objetivos: lograr la máxima independencia personal, adquirir hábitos sociales tendientes a la integración social, integrarse adecuadamente al medio familiar de pertenencia, evitar el aislamiento, desarrollar actividades ocupacionales previamente seleccionadas y organizadas de acuerdo a las posibilidades de los concurrentes, implementar actividades tendientes a lograr la participación de los concurrentes en programas de acción comunitaria y mantener las conductas de autovalimiento adquiridas que se pueden perder por desuso o cambios funcionales.

Se busca como propósito contribuir a nuevas formas de abordaje para las personas con discapacidad, diversificando las opciones existentes y propiciando, a su vez, una nueva manera de delinear la labor del psicólogo en términos de necesidades humanas más que de requerimientos sociales o institucionales.

De esta manera, se toma como referencia el rol del psicólogo comunitario donde se busca ser promotor de la inclusión y facilitador de cambio, considerando a los sujetos activos para que dirijan, controlen y ejecuten la satisfacción de sus necesidades.

A su vez, se plantea la búsqueda de alternativas de intervención psicológica donde se tengan en cuenta distintos niveles de análisis que abarquen lo individual, grupal, familiar, institucional y comunitario.

BIBLIOGRAFÍA

- Baez, J. (2008). Factibilidad de Intervención en la Psicosis desde el Psicoanálisis en un Programa Institucional de Inclusión Social. *Revista Tesis psicológica*, 3, (110-115).
- Bertrán, G. (2004). *Hospital de Día: particularidades de la clínica*. Buenos Aires: Serendipidad.
- Bermejo, B.; García, M.(2002). Manual de evaluación y entrenamiento en habilidades sociales para personas con retraso mental. España: consejería de Sanidad y Bienestar social, Junta de Castilla y León.
- Bleger, J. (1966). *Psicohigiene y psicología institucional*. Buenos Aires: Paidós.
- Céspedes, G. M. (2005). La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación. *Revista Aquichán*. 5 (1). Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S165759972005000100011&script=sci_artt_ext&tlng=pt.
- Dabas, E. (1999). *Redes en Salud*. Buenos Aires: Funser.
- Dyson, A. (2001). Dilemas, contradicciones y variedades de la inclusión. En M. Verdugo y F. Jordán de Urríes (Ed.), *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida* (pp. 145- 160). Salamanca: Amarú
- Enriquez, E. (1989). El trabajo de muerte en las instituciones. En R. Kaes; J. Bleger; E. Enriquez; F. Fomani; P. Fuster; R. Roussillon y J. P. Vidal (Ed.) *La institución y las instituciones* (pp. 84-115). Buenos Aires: Paidós.
- Escribano, A y Martínez, A. (2013). *Inclusión educativa y profesorado inclusivo*. Madrid: Narcea.
- Ferreira, M.; Diaz, S. (2009). Desde la dis-capacidad hacia la diversidad funcional. *Revista internacional de Sociología*. 68 (2).
- García, C.; Sarabia, A. (2004). Visiones y modelos conceptuales de la discapacidad. *Revista Polibea*, 73, 29-42.
- Gusberti, R.(2008). *Historia Breve de las Ideas Psiquiátricas*. Mendoza: Universidad del Aconcagua, Cáteda Psicopatología II.
- Hernández Sampieri, R. (2003). *Metodología de la investigación*. México. Editorial Mcgraw-Hill.

- Kaës, René y otros (1989). *La institución y las instituciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Ley Nacional 22.431. *Sistema de Protección Integral de los discapacitados*. Buenos Aires. Sancionada: 16 de marzo de 1981.
- Ley Nacional 24.901. *Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad*. Buenos Aires. Sancionada 5 de noviembre de 1997
- Ley Nacional 26. 378. *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su protocolo facultativo*. Sancionada 21 de Mayo del 2008.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria: Desarrollo, conceptos y procesos*. 1ª ed. Buenos Aires: Paidós.
- Montero, M. (2006). *Hacer para transformar: el método en la psicología comunitaria*. Primera edición. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Montero, M (1982). La psicología comunitaria: Orígenes, Principios y fundamentos teóricos. *Revista latinoamericana de psicología*. 16 (3).
- Morgan, D. L. (1998). *Focus Groups as Qualitative Research*, Beverly Hills: Sage University Paper Series.
- Naccarato, N. (2013). *Abordaje institucional de la psicosis, ¿existe allí posibilidad para la sorpresa?* (Tesina de Licenciatura en Psicología inédita). Facultad de Psicología, Universidad de Congreso, Mendoza, Argentina.
- Pakman, M. (2002). Redes: una metáfora para la práctica de intervención social. En E. Dabas y D. Najmanovich (Ed.), *Redes, El lenguaje de los vínculos*. (pp.294-302). Buenos Aires: Paidós.
- Pantano, L. (1993). *La discapacidad como problema social: Un enfoque sociológico reflexiones y propuestas*. Bs.As. Eudeba.
- Parés, B. R. (2003). *Educación de las personas con discapacidad: Una tarea que se construye*. Mendoza: Efe Editorial.

- Resolución 1328/2006. *Marco básico de organización y funcionamiento de prestaciones a personas con discapacidad*. Buenos Aires. Sancionada: 1 de septiembre de 2006.
- Rosendo, E. (2009). Los antecedentes históricos en Argentina. En E, Rosendo (Ed.), *Los olvidos de la salud mental en los procesos de desinstitucionalización* (pp.15-22). Buenos Aires: Paidós.
- Rubio, V. (1998). Las habilidades sociales y la conducta adaptativa en el retraso mental. Competencia personal y competencia interpersonal. En Verdugo, M. A. (Ed.), *Personas con discapacidad. Perspectiva psicopedagógica y rehabilitadora*. (pp. 678-707).
- Saidón, O. (2002). Las redes: pensar de otro modo. En E. Dabas y D. Najmanovich (Ed.), *Redes, El lenguaje de los vínculos*. (pp.203-207). Buenos Aires: Paidós.
- Schalock, R.; Wehmeyer, M.; Buntix, W.; Lachapelle, Y. (2008). El constructo de discapacidad intelectual y su relación con el funcionamiento humano. *Revista Siglo Cero*, 227, 5-18.
- Stagliano, J. C. (2004). El hospital de Día: notas sobre su historia y su originalidad terapéutica. En G. Bertrán (Ed.), *Hospital de Día: particularidades de la clínica* (pp.12-23). Buenos Aires: Serendipidad.
- Tylor, S. J. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Velázquez, E. D. (2009). Ciudadanía, identidad y exclusión social de las personas con discapacidad. *Revista Dialnet*. 47 (1). Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3344595>.
- Verdugo, M. A. (1994). El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental: la nueva definición de la AAMR. *Revista Siglo Cero*, 153, 5-24.
- Verdugo, M. A. (1997). Introducción al sistema 2002. En M. A. Verdugo; C. Jenaro (Ed.), *Retraso mental, definición, clasificación y sistemas de apoyo*. (pp.3-9). Madrid: Alianza.

- Verdugo, M. A.(2003). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la asociación americana sobre retraso mental de 2002. *Revista Siglo Cero*, 205, 5-19.

- Verdugo, M. A.; Schalock, R. (Enero, 2010). Últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con discapacidad intelectual. *Revista Siglo Cero*, 236, 7-21.

ANEXOS

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO I. Consentimiento informado.

Por este medio hago constar que participo voluntariamente en esta investigación, conociendo que:

- Someterme a este estudio no entraña riesgo alguno para mi salud ni la de mis familiares.
- Mi participación puede resultar beneficiosa para mi persona o mis familiares, así como aportar nuevos conocimientos útiles a otros individuos.

Tengo además, el derecho a:

- Recibir información y explicación previas de los procedimientos incluidos en el estudio y decidir si los acepto o no.
- Conocer los resultados que se obtengan en lo relativo a mi persona.
- Que sea respetada mi integridad física y moral, y se mantenga la máxima discreción en todo momento.
- Retirarme en cualquier momento del estudio si tal es mi deseo.

Nombre: _____

Firma: _____

ENTREVISTAS

ENTREVISTA CON LA DIRECTORA MEDICA DE LA INSTITUCIÓN

E: ¿cuál es la noción de discapacidad que maneja la institución?

M: no se maneja un concepto de enfermedad mental sino un concepto de estructura, es decir hay tres estructuras neurosis, psicosis y perversión y dentro de estas estructuras uno puede tener distintos niveles intelectuales independientemente de la estructura que tenga.

E: ¿cómo son los abordajes y con qué pacientes se trabaja?

M: el ingreso es para pacientes que tienen un retraso mental con problemas de conducta u otras dificultades con problemas de conducta y el modo de ingreso es mediante varias entrevistas con el paciente y la familia, cuando se determina que la institución puede abordar la situación y que la familia podría colaborar, que es permeable a sugerencias institucionales y tolerar indicaciones sobre el tratamiento o sugerencias y que van a hacer responsables con las mismas, el paciente ingresa y durante 30 días se hace una evaluación de cada área con distintos profesionales, se hace un plan de tratamiento específico de acuerdo a ese sujeto y se propone o sugiere en el caso de considerar necesario, iniciar tratamiento psicoterapéutico en el cual el paciente puede elegir hacerlo o no, cuál va a ser su terapeuta y se establece un marco de horarios para trabajar lo individual. Los demás abordajes son grupales y en el caso de ser necesario se hace un abordaje de terapia ocupacional.

E: ¿entonces la admisión dependen del entorno familiar?

M: si también, hay que evaluar la posibilidad también de que el paciente tenga condiciones mínimas, que no sea menor de 6 años ni que sea tan grande que el deterioro psicorgánico de la enfermedad esté afectando, digamos, el motivo de ingreso son estructuras psicóticas o neuróticas con complicaciones en la conducta, a su vez como requisito tienen que tener continencias efinterianas y no tener una estructura descompensada, es decir, tiene que estar estabilizado. Con los padres se trabaja con entrevistas que se producen bajo múltiples modalidades, en una escala que va desde el encuentro donde se registra información, preguntas, interrogantes, preocupaciones, planteos, desconfianza, confianza, hasta una verdadera implicación subjetiva de los padres. Se ha observado que cuando hay una verdadera implicación de los mismos, se han producido cambios aún en los casos de mayor gravedad

E: ¿Cuál es la edad de ingreso al Centro de Día?

M: la edad de ingreso es a partir de los 24, aunque si un paciente está suficientemente grave y el abordaje de la parte psicopedagógica se puede pensar en hacerlo ingresar antes de edad. El tema entre Centro de Día y Centro Terapéutico está determinado por la capacidad de aprendizaje psicopedagógico.

E: Estos abordajes grupales que mencionaste anteriormente ¿Qué criterios tienen?

M: el trabajo grupal es para todos y se trabaja en el área grupal la capacidad de establecer lazo social, este es un objetivo terapéutico institucional básico por lo que todos tienen que tener trabajo grupal. En el trabajo individual psicoterapéutico es una sugerencia o invitación y el paciente puede decidir si lo quiere o no a este tipo de prestación o tratamiento y con quien quiere trabajar; en el dispositivo grupal es para todos.

E: en esto de establecer el lazo social ¿hay un criterio de inclusión social?

M: el lazo social es un criterio que se basa en la capacidad del sujeto de integrarse a un contexto mediante el lenguaje, es decir la inclusión social está dada por la capacidad de pertenecer a un grupo y tener de alguna manera una integración que no está dada por su presencia, sino por el hecho de establecer un lazo que es simbólico, el cual se da en el paciente aunque no tenga posibilidad de hablar, porque de todas maneras los pacientes escuchan y esta es la invitación principal que nosotros hacemos. Para establecerlo es necesario que se integre a

una cadena simbólica donde él pueda sentirse reconocido pero a su vez sepa que hay otros, digamos, el problema en la psicosis es que no participan de la ley del no todo, por lo que el trabajo simbólico es que puedan saber que si bien son únicos en otros contextos son uno más entre otros, la ley es para todos, la misma los incluye, los organiza y la misma se establece mediante leyes institucionales, de grupo, se da en todas las áreas, aun en las individuales.

E: ¿Se establece una diferencia entre inclusión e integración?

M: es que desde este punto de vista simbólico no hay una diferencia en ese concepto, uno está en un lazo social o no esta, inclusión, integración, discapacidad, habilidad, etc., son términos que tratan de evitar la discriminación, la marginalidad, pero no se trata de una palabra si el concepto sigue siendo profundamente que hay sujetos enfermos y discapacitados, es lo mismo como uno los nombres o que palabra use, realmente el concepto va a ser que están enfermos. En las estructuras no hablamos de enfermedad, sino de estructuras; si su capacidad intelectual es extraordinaria puede ser psicótico, neurótico o perverso o si tiene un retraso puede ser psicótico, neurótico o perverso, es independiente.

E: ¿consideran que sus actividades son terapéuticas?

M: toda las actividades que se realizan son terapéuticas por el hecho de poder realizar una actividad con un marco, reglas, direccionalidad, que se pueda realizar un objeto por el cual se logre hacer circular su producción o que pueda aprender algo desde el punto de vista subjetivo que le permita autonomía. Todo es terapéutico desde ese punto de vista, además hay áreas específicas donde se busca cosas particulares pero asi como desde una escuela es educativo hacer música o educación física, para nosotros es terapéutico hacer música o hacer educación física, es decir desde el discurso que sostenemos se postula el concepto de un sujeto merecedor de respeto y con el cual se puede trabajar.

GRUPO FOCAL 1- **Temática:** TALLERES INCLUSIVOS

M: bueno cuenten un poco con que talleres ustedes hacen objetos o cosas.

S1: en el taller de plástica hacemos cuadros y bombones

S2: no, bombones no hacemos jajaja. Hacemos cuadros y alcancías estuvimos haciendo.

S1: ah cierto, yo hice una de chanco jaja.

M: ¿bueno en cual más hacen producciones?

S3: en el de música hacemos instrumentos, hemos hecho calimbas y maracas africanas

S4: en el de bijouteri, con N, hemos hecho pulseras, anillos, aritos, a mí me gusta hacer ese.

S1: está el de mosaicos, con ese hacemos macetas para las plantas del vivero.

M: guau, cuantas cosas que ustedes hacen!, y de estas, ¿cuáles son las que tienen salida? Digamos, cuáles de las que nombraron ustedes las venden, las intercambian, las sacan del instituto.

S5: con el taller de N hacemos pulseras y las vendemos en la plaza. Si nos gusta hacer eso porque la gente compra y con la plata vamos a tomar helados, vamos a Mc Donalds, a ver y a comprar juegos.

S1: vendemos las cosas que uno hace acá, que trabajamos acá.

S4: claro, vendemos pulseras y muchas cosas, compramos con la plata gaseosas, comemos tortitas y esa plata la vamos juntando y vamos al centro para comprar cosas como facturas, comemos helados, compramos juegos.

S1: lo hacemos en la plaza de las Heras, esa que está ahí... cómo se llamaba

S3: la Marcos Burgos es

S6: hay algunas personitas que buscan a la gente y nosotros les vendemos
jaja

M: ¿y cómo hacen para vender?

S3: llevamos esta mesita, los manteles, sacamos las pulseras para vender. Cuando vemos a la gente les decimos: "Hola! Buen día"

M: y... después que pasa

S1: y entonces ahí le decimos si quiere comprar pulseras, aros o llaveros.

S2: si les preguntamos eso, generalmente pasa mucha gente en la plaza, salvo en fin de mes.

M: ¿y cómo les venden? ¿Cómo reacciona la gente?

S5: Es como que va la señora, ve la pulsera y te pregunta cuanto sale. Un amigo del banco compró pulseras, aros y llaveros la otra vez.

S3: si compró muchísimo ¿te acuerdas?, eso fue divertido. Nos gusta

S1: si, a nosotros nos gusta que la gente pregunte.

S5: claro, pasa que a nosotros nos gusta hacer las pulseras por eso nos gusta contarlo.

S4: a mí me gusta contarles cómo hacemos las cosas para que ellos sepan viste?

S2: esta bueno, conoces gente nueva. A parte te compran y eso te da plata para hacer cosas distintas

M: ¿qué cosas distintas ha hecho? ¿Han ido a pasear con esa plata?

S4: Con la plata hemos ido a una heladería

S1: una vez fuimos a desayunar y al metrotranvía te acuerdas? Que pusimos las mesas grandes esas.

S2: siiii! re lindo ese lugar. Fuimos todos juntos

S5: hemos ido a Mc Donalds también, a comer hamburguesas.

M: ¿y esos lugares los conocían de antes o son lugares nuevos?

S6: no, a muchos antes no habíamos ido, yo a Mc Donalds no había ido; al teatro tampoco

S2: nos re gusto ir, nos reímos mucho

S1: nos gusta ir al centro porque necesito zapatillas entonces aprovecho y veo, caminamos por la plaza, vamos al cine.

S5: También nos fuimos al shopping, nunca había yo ido antes; ¿ustedes si?

S6: no, ninguno. Nos re gustó, hicimos muchas cosas, fuimos a la escalera mecánica, fuimos a los juegos, comimos en Mc Donalds.

M: Y en cuanto a lo que ustedes hacen, digamos estas pulseras, llaveros, lo que venden en este taller. ¿Lo han visto afuera, digamos, hay otras personas que hagan esto? Reconocen alguna profesión relacionada o en algún lugar que haya.

S2: En las plazas, hay de todo ahí. En la plaza independencia venden esto, hay pulseras y de todo

S6: lo que nosotros hacemos acá no es igual a lo que hacen afuera, lo que hacemos acá es distinto

S1: ¿por qué no? Si yo los he visto

S6: porque no hacemos lo mismo que otras personas, unas personas venden feria y otras no, algunas hacen verdulería y otros no

S5: ¿y nosotros donde estaríamos entonces?

S6: nosotros no estaríamos del lado de la feria porque nosotros tenemos cosas más importantes que hacer, nosotros estudiamos acá y lo hacemos para aprender las cosas buenas.

M: ¿Cuáles serían las cosas buenas?

S6: aprender a ser verduleros, carniceros, empanadas o pizzas o ser panaderos.

S4: ahí, porque tenemos un taller de cocina que hacemos de comer cosas y por eso

S1: lo que nosotros hacemos acá yo si lo veo afuera, lo he visto hecho por otras personas en otras plazas.

S5: yo en el talle con N he aprendido a hacer pompones también, los ponemos en una caja y en mi casa o en ratos libres lo hago sólo.

S6: las cosas que hacemos en los talleres las podemos hacer solos porque hemos aprendido. En el taller los hacemos solos.

S1: las cosas que hacemos en el taller lo vemos en los Artesanos.

M: ¿Alguno más realiza actividades sólo en su casa o las continúan mejor dicho?

S4: si yo en mi casa hago pulseras para vender en mi casa, las vendo y hago llaveros también. Mi mama teje y hace ropita de bebé. Yo le vendo lo que hago a la gente que pasa cerca de mi casa y con la plata que junto me compro zapatillas o la ahorro. Otra cosa que me compre fue la lanita para hacer pompones, yo a es esos se los doy a los vecinos o a la tía T que a ella le gusta porque los engancha en el ropero.

S2: yo en mi casa hago pompones.

S3: aprendiste a hacerlos con la N vos! Jaja

S4: si! En mi casa hago pompones y los guardo para venderlos. Quiero verlos para que con la plata pueda comprarme un celular o me pague el casamiento con una chica.

S5: ¿Y a quien se los vendes?

S4: por ahora no he vendido, pero en el barrio o acá a los profesores también se los ofrezco.

S1: yo estaba por hacer máscaras con forma de mariposa, como las que hacemos con P.

M: ¿y tenían algún fin?

S1: si, para que las usen los chicos de acá, para que todos tengamos.

S3: las cosas que nosotros hacemos acá las hacemos solos, aprendemos a hacerlas solos viste? Para que así no tengamos ayuda, seamos más independientes para el día de mañana poder trabajar.

M: ¿y donde les gustaría trabajar?

S2: a mí me gustaría en una escuela de niños

S5: hay! Qué lindo! A mí me gustaría ser artesano para poner la mesa

S6: si! Y poner el mantel y los carteles y hacer todas las pulseras yo sólo.

S4: a mí me gustaría hacer macetas para venderlas y tener plata y comprarme zapatillas.

M: ¿entonces qué opinión les queda o que piensan de lo que producen en el taller?

S1: a mí me ayuda a poder hacer cosas y conocer cosas que antes no sabia

S6: sí, es cierto! Yo antes no hacia pulseras ni nada de eso porque no sabía.

S5: también nos ayuda a hacer otras cosas, porque salimos, nos cruzamos con gente y eso hace bien

M: ¿Por qué decís que hace bien? ¿Qué significa?

S5: y porque nos relacionamos con otras personas, con gente de afuera, porque nos saludan y porque son buenos, nos hacemos amigos allá.

S6: si! Nos gusta hacer salidas afuera, nos encanta ver las cosas, conocer. En nuestra casa no salimos.

S1: yo si salgo, ando solo siempre y salgo y camino, conozco gente. Ahí en Las Heras todo el mundo me conoce.

S3: yo si salgo voy al Vea y de suerte jajaj

S5: jajaja

S3: ¿a vos te gusta salir?

S4: si me gusta, mucho!.

M: ¿ consideran que es bueno para ustedes?

S5: Si! Yo estoy muy agradecido acá, aprendo mucho y hago cosas que en otros lados no había hecho, conozco lugares, aprendo de música, hacemos instrumentos también.

S4: a mí me gusta venir y me parece re divertido ir a la plaza porque conozco gente nueva y nos conocen

M: ¿cómo sería que los conocen?

S5: claro! Nos conocen porque les contamos lo que hacemos y quienes somos.

S1: la gente es buena con nosotros, nos trata bien y por eso los queremos.

S3: si es verdad!.

M: bueno muchas gracias por su tiempo

GRUPO FOCAL 2- **Temática:** TALLERES INCLUSIVOS

M: ¿cómo han estado?

S1: bien! re bien! Hemos estado con festejos y cumpleaños

S6: si! Hemos comido muchísimo jajja

M: ¿para los cumpleaños hacen salidas también?

S4: no, para los cumpleaños nos quedamos acá en la escuela, hacemos bailes y comemos tortas.

S3: si! Nos mandan las notas y el del cumpleaños trae la torta y acá se lo contamos con el P en la guitarra y ponemos música y bailamos y tomamos mate.

S5: Cuando hacemos festejos como el día de estudiante y eso viene gente de afuera y hacemos terribles fiestas.

M: ¿y gente cómo, digamos que hacen?

S3: Vienen murgueros o cantantes o bailarinas.

S2: vino un payaso también el año pasado, nos reímos mucho

S5: si el plim plim creo que se llamaba.

S2: sii! Estuvo re bueno.

M: ¿y tienen invitaciones? ¿Digamos van a visitarlas a otros lados?

S1: Hacemos actividades afuera a veces con otros profes, vamos a la Brújula o a Museos, también cuando toca la sinfónica vamos al teatro a escucharla.

S5: si! Pero tenemos con V. en el taller de huerta vamos al CIC y ahí trabajamos con el señor P y con la directora que esta.

S3: ahhh! Siii! Es re buena la directora.

M: ¿Cómo es esa actividad? ¿Me cuentan un poco?

S6: si! Vamos al CIC a armar Jardines.

S1: si! Llevamos plantas de acá y herramientas de acá y excavamos la tierra con la pala, la zapa y todo.

S5: Llevamos plantas de acá que teníamos muchas y las pusimos allá. Llevamos también un arbolito que habíamos cuidado acá nosotros.

M: ¿están solos allá?

S4: Allá trabajamos con P

S1: P es muy bueno con nosotros, él nos acompaña con la manguera y ahí regamos nosotros.

M: ¿él hace con ustedes la tarea o los acompaña?

S5: Nosotros hacemos la tarea, él nos ayuda cuando son pesadas las cosas o nos trae la manguera que ponele está lejos o la enchufa o eso.

S2: también está la directora del lugar.

S6: ahh ella es la que manda a P, pero es muy buena también

S3: jajaja lo manda

S6: si lo manda, le dice que nos acompañe.

M: ¿y cómo se sienten ahí? ¿Les gusta?

S1: si nos gusta mucho

S5: es algo que nos gusta hacer y seguir porque estamos en contacto con otras personas

S2: si! Nos gusta que la gente vea lo que hacemos y cómo estamos trabajando

S3: además ayudamos a la gente, lo hacemos de corazón.

S5: Hace bastante lo hacemos y es algo que nos gustaría seguir.

S3: siiii!

S1: nos gusta trabajar con los vecinos, nos gusta que la gente vea que venimos de un instituto a ayudar y plantar plantas.

S5: nos gusta hacer salidas afuera, nos gusta conocer cosas.

M: ¿en estas actividades van sólo ustedes?

S1: no, vamos todos. Vamos rotando y además trabajamos todos

S6: si! Todos plantamos acá, regamos, las trasplantamos y se las llevamos; también llevamos tierra del lombricario que tenemos y con eso ayudamos a que se pongan fuertes y lindas.

M: ¿y con eso cómo se sienten?

S2: re bien

S5: nos gusta mucho trabajar con la tierra y además aprovechamos y salimos y vemos chicas y todo

S2: jajaja

S1: jajaja.

M: ¿hay otra actividad afuera?

S5: emmmm, tenemos muestras anuales que hacemos en teatros donde van nuestras familias, amigos y gente de afuera también

M: ¿cómo son esas muestras?

S1: exponemos los trabajos del año y nos los llevamos a la casa.

S6: también bailamos o hacemos obras de teatro

S3: sii! Hemos hecho varias

S2: te acordas? La de los Locos Adams

S1: siiii!

M: ¿y les gusta?

S4: si! Nos ponemos un poco nerviosos y nos da vergüenza mucha gente pero si nos gusta

S1: es divertido, a mí me gusta.

S5: mostramos lo que hacemos y eso nos hace sentir bien.

M: ¿qué es lo que más les gusta de estos intercambios que hacen?

S2: ser conocidos por los demás, mostrarles qué hacemos y cómo hacemos

S1: a mí me gusta conocer gente nueva, preguntarle cosas y charlar.

S5: a mí me gusta porque salgo, por conozco cosas nuevas, porque no hacemos siempre lo mismo, es como cambiar de lugar de cosas que hacemos.

S1: si, eso sí.

M: ¿creen que las cosas que ustedes hacen en los distintos talleres se pueden incluir afuera? Digamos, ¿las pueden entonces reconocer en otras actividades, situaciones o profesiones de afuera?

S5: yo creo que si

S3: si yo también creo que sí.

M: por ejemplo

S1: y los instrumentos que hacemos de música con P yo los he visto en la plaza independencia

S4: las pulseras y eso también. Lo hacen los artesanos

S3: las macetas sobre las que hacemos esos dibujos también

S4: yo he visto esos dibujos en el centro

M: ¿Cuáles son esos dibujos?

S2: se llama mosaicos no dibujos, son con cerámica cortadas los hacemos con B. nosotros hacemos un dibujo y lo rellenamos con pedacitos de cerámica.

S1: si es re divertido!

M: ¿ y estos trabajos los hacen solos o acompañados? No hablo sólo de este taller sino de la mayoría de los que realizan en la Institución.

S4: los hacemos solos

S1: si al principio como no sabíamos hacer por ejemplo lo de los mosaicos y B nos ayudaba. Hoy cada uno hace su trabajo, por ahí consultamos pero lo hacemos todos solitos.

ENTREVISTA: TALLER DE BIJOUTERIE

E: ¿Podrías describirme o contarme un poco de tu actividad?

N: Si, la idea fue así. El taller empezó como una actividad de verano, de esparcimiento de decir hagamos algo distinto en el verano, empezamos a hacer pulseras y collares con materiales reciclados que se fueron juntando de cosas rotas, todo era trabajado a partir de cosas recicladas, materiales como collares rotos, pulseras, etc. Cuando vi que le empezó a interesar de manera diferente es que se empezó a comprar materiales para hacer cosas más lindas.

E: ¿y con eso que hacían?

N: Al principio cada uno se llevaba las cosas cuando las terminaban y cuando se empezó a comprar más materiales, cosas nuevas, como que la creatividad de ellos se expandió, se empezó a abrir. Entonces paso que el mismo personal de la institución empezó a preguntar por lo que hacían, si podían véndeselo para unas amigas, como obsequios de día de la madre por ejemplo, etc. Y ahí se dijo ¡Bueno, gusta a los demás!, entonces se planteó la idea de venderlo.

E: ¿y cómo empezó eso de la venta? ¿Fue trabajado con ellos?

N: Lo primero que se hizo fue lograr un vínculo con la municipalidad de Las Heras, ellos propusieron darnos un stand o lugar para hacer una exposición de las cosas que se hacían. Entonces, se eligió un grupo de chicos en función de cómo venían trabajando para que fuera algo que motivara al resto a también querer participar. Previamente se habló con ellos, se trabajó el tema del dinero, de poder vender para tener plata y que esa plata que ellos ganaran era destinada a comprar otras cosas, como algo que se intercambia, ya sea comprar más material y tener más calidad o comprar cosas para usar en la institución para ellos. Bueno una vez que se charló esto, fuimos, la gente se acercó y se notaba que realmente le gustaba mucho, que había un intercambio ahí. Con el tiempo cada uno fue encontrando su lugar o su rol, por ejemplo el M o el F están en el mesón ofreciendo materiales hoy en día y ellos ya saben que no importa vender sino que la gente conozca lo que hacen, que se acerque, que vea sus trabajos; el F se para y dice “estas son las cosas que hacemos, esta cosa la hice yo, está el M” o M se para y grita “llavero, pulsera, aro”. R es el que se encarga de las cuentas, él tiene un libro donde va anotando todo lo que hacen, cada uno tiene su rol. Tenemos vendedores estrellas como L, A, V, que al principio le costó mucho

acercarse a la gente, previamente igual se practicó como hacerlo y hoy en día les sale re bien.

E: ¿Hay un grupo determinado que haga ventas o son todos?

N: Hoy en día si cada uno tiene su lugar y eso se respeta, pasa que hay chicos con los que les cuesta mucho y otros que han encontrado su lugar, M acá es muy desconectada, se cuelga y no responde pero cuando vamos a la plaza es la q se va, busca a la gente, le dice estamos vendiendo quiere ver, hay esto, esto, esto, etc. Estuvimos probando con distintos chicos durante dos años más o menos hasta que quedo el grupo definitivo de ventas y el mismo tiene un buen trabajo en equipo; hay muchos que salir los pone mal, se angustian o se ponen muy perseguidos.

E: ¿consideras que tu taller tiene una finalidad más allá de lo que hacen como artesanía, los ayuda en algo?

N: Cuando armamos las cosas para vender se va evaluando el proceso de ellos, se ve como es la tolerancia a la frustración, la capacidad de espera, hablamos de lo que implica ir, de la dinámica del “no siempre”, digamos, hay veces que vamos a vender o que va a haber un montón de gente y otras veces no y esto los ayuda a ellos a saber que no siempre todo se logra, que hay que esperar, que a veces las cosas cuestan o son más difíciles que otras. También creo que incentiva mucho la autonomía y sobre todo la creatividad de ellos, ellos arman las cosas solas.

E: ¿Siempre fue individual el taller en cuanto a las producciones?

N: Al principio yo fui evaluando la capacidad de cada uno, es depende de cada chico, hay algunos que requieren ayuda o atención; han muchos que han mejorado por ejemplo R cuando empezó no podía embocar las mostacillas más grandes y hoy en día hace trabajos con las más más chicas. Siempre se respeta el tiempo de cada uno y sus ganas, qué es lo que decide hacer y no importa el tiempo que tarda en hacerlo. La idea es que lo hagan solos, yo sólo ayudo en aquellos casos como F que por su discapacidad motriz no puede sostener la tanza, pero él decide las mostacillas, colores y producción que va a realizar

E: ¿consideras que es inclusivo?

N: si, totalmente es inclusivo. La idea principal es que salga y circule la palabra de ellos en lo que hacen, más allá del taller, dejamos que ellos se manejen solos, nosotras nos quedamos atrás paradas cuando vamos a la plaza y

todo lo que implica la venta lo hacen ellos.; es poder ir a un lugar donde la gente se acerque, ellos le cuenten, le digan el precio o lo que hace, donde su decir circule libremente. También en la misma salida, con la plata de ellos hacemos actividades inclusivas, donde haya otros intercambios digamos, vamos a la farmacia o a la panadería; si alguien tiene algo que pagar vamos al rapipago y ellos son los que hacen el trámite o si compran en la panadería ellos hacen la compra, elijen, pagan, interactúan. Hay muchos de ellos que no salen en sus casas y esto le permite poder hacerlo, conoce, incluirse en las actividades cotidianas.

E: es muy interesante, ¿crees que esto a ellos les permite una autonomía o ha tenido alguna repercusión significativa en ellos?

N: si, hay un caso muy puntual que es J el cual todo el tiempo está buscando un trabajo, piensa que la madre lo va a abandonar y piensa todo el tiempo que puede hacer y busca tareas para mantenerse y en este espacio lo que realiza lo hace más como trabajo que como tarea, se pone y lo quiere vender para tener plata y con eso comprarse un celular o buscarse una novia y casarse. Ahora actualmente esta con pompones que estuvimos practicando hace unos meses dentro del taller, y él sólo ha empezado a hacerlos en su casa o en otros lados y viene con una caja llena de pompones y los vende y pregunta quien quiere y dice que con esa plata quiere comprarse un teléfono porque si no le alcanza. Creo que el taller permite una autonomía de ellos, les brinda un reconocimiento que no solamente está dado por el producto final sino a nivel social porque esto que produce sale afuera, es intercambiado y sobre todo tiene un precio. Considero que a su vez los ayuda a estabilizarse, a concentrarse y mantenerse en una actividad recreativa y expresiva, ya que las producciones, colores, formas y tamaños están definidos por ellos mismos y se nota cuando están atravesando situaciones complicadas o cuando están tranquilos digamos o se sienten bien, los trabajos cambian, lo que producen o no producen, muchas veces ellos mismos no tienen ganas de hacer y eso se respeta también. Considero que es un espacio importante, que les brinda un lugar de escucha y que a su vez es una herramienta para ellos para desenvolverse y generar el intercambio con el medio.

E: ¿consideras que se te presenta alguna dificultad para abordar el taller de manera inclusiva?

N: creo que para abordar el taller no, pero me parece importante trabajar con los chicos el tema de los turnos de habla, la escucha del otro, digamos lo que

hace un poco a habilidades sociales; creo que es un punto difícil el contacto con el otro porque no hay un reconocimiento de otro separado o distinto en la psicosis, por lo que me parece que se hace necesario recalcar esto de la escucha, los tiempos, la diferenciación de las emociones y lo que al otro le pasa, el reconocimiento de otro y el respeto por su espacio.

E: Bien, bueno muchísimas gracias N

ENTREVISTA: TALLER DE HUERTA Y VIVERO.

E: ¿Podrías describirme o contarme un poco de tu actividad?

V: El taller tiene un enfoque ecológico, pero a su vez productivo, con lo cual implica la necesidad de conocer el ecosistema, sus partes y sus relaciones, entendiéndose por esto, animales, plantas, suelo, agua, aire, entre otros. Para poder cumplir con estos objetivos, primero se trabajó la estructura de una planta, las diferentes partes, el ciclo de vida de la misma y los factores que intervienen en su crecimiento y desarrollo, acompañando la parte teórica con práctica. Se desarrolló un relevamiento de las plantas del predio y un herbario, complementado con caminatas temáticas (actividad interdisciplinaria) en la cual los conceptos aprendidos en el taller de vivero se llevaban a la práctica y permitían desarrollar sus habilidades cognitivas, ya que debían contar, clasificar, ejercitar la observación y al mismo tiempo, trabajar fuera del gabinete. Posteriormente, se comenzó con el ordenamiento y reacondicionamiento de herramientas e instalaciones para establecer el vivero, incorporando una compostera y recuperando el espacio destinado a lombricario. Se delimitó el espacio para establecer la huerta, se trabajó el suelo y se limpió el lugar durante el invierno, recién en primavera se germinaron y plantaron hortalizas.

E: ¿qué tipo de hortalizas o verduras son las que trabajan en la huerta?

V: Ahí plantaron hortalizas de verano, como papa, tomate, maíz, berenjena, calabazas (utilizadas posteriormente por el profesor de música), melones y zapallos varios. Los productos de la huerta fueron cosechados por ellos mismos y consumidos en sus casas y en la institución.

E: qué bueno! Tengo entendido que realizan actividades en tu taller con el CIC del Algarrobal, ¿podrías contarme un poco cómo fue que empezaron con ese proyecto?

V: En mayo de 2014 más o menos surgió la posibilidad de vincular a la institución con otras, estableciendo nexos con la parte de Desarrollo del Centro Integrador Comunitario del Barrio Jorge Newbery en el Algarrobal. Se hizo una visita de reconocimiento del espacio, y debido a la existencia de espacios verdes poco mantenidos, la escasez de agua y la imposibilidad de establecer una huerta se decidió poner en marcha la actividad de "diseño y mantenimiento de parques y jardines nativos". La actividad se lleva a cabo con grupos de 8 pacientes. Los grupos se fijan con anticipación, de forma equitativa y son de tipo rotativo, es decir que van todos y van cambiando. Durante las jornadas de trabajo los pacientes podan los cercos y las plantas ornamentales presentes en el lugar, limpian los

espacios verdes, preparan el terreno, diseñan el jardín y canteros, trasplantan y riegan

E: ¿consideras que este proyecto permite poner en práctica los conocimientos que han ido trabajando? Digo, ¿consideras que es una herramienta para ellos?

V: Sin lugar a dudas, esta experiencia permite poner de manifiesto los saberes y prácticas incorporadas por los pacientes, integrándose de forma activa a la comunidad, vinculándose con muchas personas que valoran y reconocen su trabajo. Además, les permite saber la utilidad que tiene lo que aprenden en el taller a diario y muchos han comenzado a realizar plantines en sus casas para regalar o para cosechar sus propias hortalizas. Personalmente, creo que el taller es una herramienta muy eficaz para favorecer la inclusión de los pacientes en la sociedad, ya que les permite a ellos destacarse, mostrar sus habilidades y los "igualar" a ojos del otro. Les permite ser ellos quienes produzcan, realicen un trabajo para la comunidad, enseñen y compartan los conocimientos adquiridos mediante la práctica.

E: Muchísimas gracias V.

FOTOS

TALLER DE BIJOUTERIE





TALLER DE JARDINES NATIVOS





TALLER DE HABILIDADES SOCIALES

• COLLAGE ESPACIO PERSONAL



• EXPRESION DE EMOCIONES

