

IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA PARA PERSONAS CON RETARDO MENTAL INSTITUCIONALIZADAS

Juliette Niño, T.O.

A través de este artículo quiero dar a conocer mi experiencia personal y profesional como Terapeuta Ocupacional, egresada de la Universidad del Rosario y en la Institución San Vicente de Paul en Jerusalén (Israel), donde trabajé y conviví durante un período de dos años con personas con retardo mental.

El objetivo del equipo interdisciplinario con el paciente Retardado Mental, es lograr la mayor independencia posible, esto significa que sus padres lo llevarán a casa y le asegurarán su lugar en la familia, la escuela, harán provisión para sus necesidades especiales, se les proporcionará un medio de ubicación laboral y desde luego habrá una recreación basada en la comunidad, adaptada a su potencial y limitaciones. Por lo general éstos son fines conjuntos que se comparten con la familia y para ellos hay un entramado entre el problema y la solución.

Pero ¿qué podríamos hacer cuando ellos no cuentan con ese apoyo familiar? ¿Cuándo la Institución pasa a ser su casa y su sitio de trabajo al mismo tiempo? ¿Cuándo la Terapeuta como los otros miembros del equipo se covierten en su familia? ¿Cómo se podría montar o implementar un programa de Terapia Ocupacional?

La Institución San Vicente de Paul, localizada en la Calle Mamila (contracción de las palabras Arabes "Mamin Alá" -Agua de Dios o de "Ma Aman Alá" -con la seguridad de Dios), en los límites entre la ciudad vieja y la ciudad nueva de Jerusalén (Israel), fue fundada en el año de 1.986 por las hijas de la caridad de San Vicente de Paul quienes se consagran enteramente y en comunidad al servicio de los pobres. Allí prestan atención a individuos con problemática de tipo social y familiar brindándoles no solamente una alimentación y una vivienda sino ofreciéndoles la posibilidad de una calidad de vida adecuada. Cuentan para esto con los servicios de guardería (0-3 años), internado para niños (6-12 años), internado para

niños (14-18 años), ancianos ciegos e incapacitados mentales, existiendo también un servicio externo de Jardín Infantil y parte de la guardería. También se favorece la ubicación laboral dentro de la misma comunidad, Ej. jardinería, lavandería, taller, almacenes.

Existen también centros de recreación adaptados no solo para Retrasados Mentales, sino para otro tipo de limitación. Estos se utilizan por el período de vacaciones o para casos de servicios. Estos centros también dependen de Bienestar Social.

Esta población viene remitida de Bienestar Social de Israel, en un 60% son de religión musulmana, un 35% de religión cristiana y un 5% de religión judía y la gran mayoría de ellos proviene de territorios ocupados; su lengua materna es el Arabe y se maneja como segundo idioma el Francés. La institución cuenta con el apoyo económico de la Casa Madre de la comunidad y del Estado de Israel; tiene como sistema de ayuda al personal proveniente de todas partes del mundo (Francia, Dinamarca, Suráfrica, Chile, Colombia, etc.) quienes trabajan en los diferentes servicios recibiendo a cambio alimentación y estadía dentro de la misma y algún "dinero de bolsillo".

La acción como Terapeuta Ocupacional consistió en estructurar e implementar un programa integral para los servicios de Retardo Mental, partiendo de la existencia de un contacto permanente y estable, en todo momento del día y siete días a la semana entre la Terapeuta Ocupacional, equipo y asistentes con los pacientes; ratificando de esta forma la importancia de la relación interpersonal como punto base en la rehabilitación del Retardo Mental.

El objetivo principal de cualquier tipo de tratamiento es proveer al paciente una experiencia terapéutica al facilitarle la oportunidad para la expresión de sus necesidades e impulsos emocionales. El Terapeuta Ocupacional dentro del establecimiento de una relación terapéutica, tiene la posibilidad de conocer más profundamente el tipo de reacciones del paciente para determinar las ventajas y desventajas que ofrece el tratamiento para la satisfacción de las necesidades emocionales del paciente en el momento, y así mismo, establecer oportunidades y alternativas a través de las cuales el paciente logrará resolver el desempeñarse en su contexto de manera más satisfactoria para él mismo y para los demás.

En este proceso de mejoramiento de las relaciones interpersonales terapeuta-paciente, paciente-grupo se busca una interacción a fin de aumentar el conocimiento de sí mismo, de otros y del medio ambiente, de mejorar la habilidad para tolerar el grupo, de desarrollar formas de

comportamiento y de incrementar y desarrollar niveles de atención y destrezas. En este sentido, el rol del Terapeuta en la relación terapéutica, es brindar seguridad y confianza para así facilitar el logro de los objetivos.

La relación interpersonal es un medio también para que el paciente logre el propio entendimiento de su propio YO a través de la comunicación verbal o no verbal. "Es básico el conocimiento de la conducta humana, la motivación y la promoción del conocimiento de las propias necesidades del Terapeuta, de las necesidades del paciente y de la distancia afectiva entre los dos" (West Wilman 1959).

POBLACION:

La población total con la cual se ha estado trabajando es de (25) veinticinco pacientes con Retardo Mental entre adultos, jóvenes y ancianos divididos en dos servicios, uno para las mujeres y el otro para los hombres. En el servicio de las mujeres hay 14 pacientes entre los 20 y los 40 años, de religión mixta; en el servicio de los hombres hay 11 pacientes entre los 40 y los 80 años; de religión mixta. El diagnóstico principal es la incapacidad mental en cualquiera de los grados: débil ligero, débil medio, débil profundo y profundo severo. No obstante algunos de ellos tienen asociada una incapacidad locomotriz o de percepción. También se debe tener en cuenta, en el servicio de los hombres, que factores como una enfermedad senil o una privación ambiental, (ya que llevan 20 ó 30 años en la misma institución -sin ningún tipo de rehabilitación), han ocasionado su condición actual. Su lengua materna es el Árabe, pero cuatro de ellos entienden Francés. El equipo que los asistía estaba conformado por un Terapeuta Ocupacional, una Educadora, un Fisioterapeuta, un Psiquiatra (control de droga), voluntariado y dos empleados para cada servicio.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA:

El objetivo a conseguir en este programa integral ha sido el brindar a los pacientes un esquema de vida diaria, girando básicamente en la relación paciente-ambiente y la creación de un medio familiar y ocupacional asumido por sus compañeros, terapeutas y asistentes. Se enfatiza en el desarrollo de habilidades y hábitos, los cuales están directamente relacionados con las exigencias del medio ambiente real de la vida del paciente, al igual que la ejecución de roles ocupacionales determinados por la supervisión, conocimiento y observación constante.

Con base en una clasificación ocupacional determinada por la incapacidad mental, la revisión de los tests "Sistema de medida de autonomía funcional (SMAF)" e "Inventario de progresos de desarrollo social forma 1",

la evaluación de Terapia Ocupacional y la observación directa por parte del equipo, se obtuvieron cuatro grupos con diferentes características u objetivos a cumplir en las áreas de ABC, motricidad, funciones mentales superiores, socialización y comunicación y trabajo y productividad. Nominándolos de la siguiente manera: Grupo A+ (independiente), Grupo A (semi-independiente), Grupo B (semi-independencia relativa), Grupo C (dependiente) (Anexo 1).

CLASIFICACION OCUPACIONAL:

De la población total, 6 pacientes están en el Grupo A+ (independiente), 7 pacientes en el Grupo A (semi-independientes), 9 pacientes en el Grupo B (semi-independencia relativa) y 3 pacientes en el Grupo C (dependiente). Como se dijo anteriormente, se plantean objetivos a cumplir en las diferentes áreas y dependiendo del grupo y características.

CARACTERISTICAS DEL PROGRAMA DE ACTIVIDADES:

El programa incluye las actividades organizadas y desarrolladas diariamente, desde el momento de levantarse hasta la culminación de la jornada, en las diferentes áreas.

Dentro de las ABC y AVD, el ambiente físico fue muy importante ya que fue concebido en su diseño arquitectónico y organizativo como el de un hogar. Cada paciente tiene su cuarto independiente con su respectivo closet y accesorios, lo que permite crear un sentido de privacidad e identidad; con fácil acceso al comedor, la cocina y los baños. Durante los ABC siempre hay supervisión, en el grupo A+ (independiente) con el grupo A (semi-independiente) se realizan actividades de limpieza, lavandería, cocina y arreglo de la ropa y, en la medida de lo posible, colaboran con el personal de empleados logrando así una mejor independencia.

Se hacen diariamente 45' de gimnasia. Dentro de esta hora se comienza a trabajar con el uso de videos, dos veces por semana, buscando el fortalecimiento de las partes yóicas, favorecer esquema corporal y el lograr un mayor nivel de concentración y atención. Se montó un gimnasio de estimulación multisensorial adaptado y dotado acorde a las características de la población.

En la educación psicofuncional se desarrollan las habilidades básicas, funciones mentales superiores y nociones de preescritura y precálculo. Dentro de esta última se encontró dificultad por el idioma pero se orientó y capacitó personal de empleados para que lo realizara.

En los programas prevocacional y vocacional se realizan las actividades de costura, collage y elaboración de collares y rosarios; los talleres protegidos, a donde asisten solamente el grupo A+ y grupo A, cuenta con tapicería y joyería. El grupo A+ (independiente) tiene ubicación laboral dentro de la institución lo que implica el salir y una mayor relación con otro personal de la misma: cocina, ayudante de construcción y mandadero por lo que reciben un pequeño salario mensual; tres de ellos ya manejan independientemente los ingresos.

Los contactos con el exterior se fomentan a través de pequeñas salidas dos veces por semana a sitios aledaños, máximo cuatro o cinco pacientes y dependiendo del grupo varía el objetivo de la misma; con algunos solamente se pasea, con otros se hacen actividades deportivas al aire libre, se visita un museo, se asiste a un espectáculo o se va de compras. Actualmente, se hacen colonias de vacaciones por espacio más o menos de 15 días lo cual es beneficioso tanto para ellos como para el equipo, ya que implica un cambio de ambiente. Todo esto, estimula y favorece la percepción del mundo que lo rodea, al igual que satisface e incrementa el deseo de conocer el mundo.

Las áreas social y recreacional se trabajan en estrecha colaboración para llegar a un funcionamiento correcto, realizándose actividades como música, celebración de fiestas, cumpleaños, actos culturales, los que se hacen en conjunto con el servicio de hombres.

Al darles la posibilidad de períodos cortos de descanso, sin ningún tipo de presión o supervisión por parte de los terapeutas y asistentes, se crea un respeto de nosotros hacia el mundo, posibilitándoles un sentido de autonomía, la ejecución del programa se realizaba generalmente en la modalidad grupal, siendo también una función de la Terapeuta Ocupacional programar y participar en las charlas de orientación y capacitación de los empleados y voluntarios.

RESULTADOS Y ASPECTOS NEGATIVOS:

La importancia de esta experiencia, se basa en los resultados obtenidos por el contacto permanente y estable del Terapeuta Ocupacional y miembros del equipo con los pacientes involucrándose dentro de su esquema y así creando un programa acorde a las características reales del grupo. La observación objetiva del desempeño ocupacional de los pacientes en las actividades de autocuidado, trabajo y utilización del tiempo libre y el valorar cualitativamente las habilidades y destrezas; facilita la determinación y ejecución de roles ocupacionales en forma individual; igual que la comprobación y logro en forma efectiva y válida de los objetivos planeados

Anexo 1

Area y Objetivos	ABC Y AVD	MOTRICIDAD
Grupo y Características		
Grupo A+: Débil ligero, independiente, supervisión y estimulación esporádica.	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la independencia en los ABC y AVD tanto a nivel personal como de su medio. • Fomentar la adquisición de sentido práctico. • Crear el sentido de orden y propiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar y desarrollar sus capacidades funcionales y gestuales. • Mejorar destrezas (precisión, eficacia y rapidez) • Estimular y desarrollar las actividades deportivas. • Lograr una utilización funcional para el trabajo.
Grupo A: Débil medio, semi-independencia, estimulación y supervisión permanente.	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar y mantener sus capacidades y habilidades a nivel de las ABC y AVD. • Prevenir y reducir la dependencia. • Participar en la limpieza y cuidado de la casa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener sus capacidades físicas. • Desarrollar la motricidad fina. • Reeducar funcionalmente para la actividad. • Mejorar amplitud articular (coordinación, destreza, velocidad y fuerza muscular).
Grupo B: Débil profundo, semi-independencia relativa. Exige una gran estimulación, ayuda y una supervisión más intensa.	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr la adquisición de nociones consideradas como un acercamiento de aprendizaje de las ABC y AVD. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la coordinación óculo-motriz, sensorio-motriz. • Favorecer la integración del esquema corporal y orientación témporo-espacial. • Desarrollar su participación en actividades manuales.
Grupo C: Profundo severo, participación mínima en las ABC y con mucha ayuda y estimulación.	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer y estimular la participación a nivel de: Toilette, hábitos y postura en la mesa, control de esfínteres. • Reducir la dependencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimulación multisensorial. • Mantener coordinación motora gruesa. • Evitar posturas viciosas.

Funciones mentales Superiores	Socialización y Comunicación	Trabajo y Productividad
<ul style="list-style-type: none"> • Mantener capacidades. • Favorecer la creatividad y estética. • Mantener operaciones mentales a nivel de prelectura, precálculo • Posibilitar escolarización. - Trabajo en medio exterior. - Favorecer juicio, razonamiento y memoria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Posibilitar el manejo de su vida cotidianamente. • Reconocer y respetar un reglamento. • Fomentar respeto de las reglas de la vida en sociedad y comunitaria. • Favorecer la integración • Favorecer la toma de conciencia y utilización sobre los medios puestos a su disposición. • Lograr un control de impulsos. • Aceptar y crear un rol en el grupo. • Favorecer la expresión espiritual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr una adaptación al puesto de trabajo de acuerdo a la evolución de cada uno de éstos. • Mejorar y mantener hábitos de trabajo en cuanto a calidad, responsabilidad y organización y métodos de trabajo. • Permitir una adaptación al progreso por el aumento de las dificultades de cada trabajo. • Desarrollar un sentido de valorización. • Insertar social y profesionalmente. • Aprender a manejar su salario (dinero de bolsillo, comprar cosas de gusto o uso personal etc.)
<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar operaciones mentales y funciones superiores (conocimiento, atención, comprensión, juicio y razonamiento). • Favorecer sensopercepción. - Favorecer la alternativa de actividad y creatividad. - Reeducar para el trabajo o actividad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr la comprensión de órdenes orales dadas. • Ejecutar una tarea ordinaria, habitual. • Mejorar lenguaje y comunicación. • Favorecer la búsqueda de una comunicación con los del grupo. • Favorecer el control de impulsos y dominio de sí mismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar tolerancia al esfuerzo. • Desarrollar hábitos de trabajo especialmente en calidad, rapidez y terminado. • Desarrollar el sentido de identificación y expresión por medio del trabajo. • Evaluar, entrar y ubicar en talleres protegidos.
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar las operaciones mentales como atención, memoria, comprensión, orientación espacial y temporal y esquema corporal. • Estimular y mejorar la sensopercepción (cantidad, forma y dimensión). 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar el lenguaje y comunicación. • Promover sentimientos de gratificación y auto-estima a través del cumplimiento de pequeñas tareas domésticas a un nivel cotidiano. • Fomentar el trabajo como factor de ocupación, comunicación e investigación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar las actividades de trabajo manual simple. • Crear un trabajo adaptado y adaptarlos al mismo. • Ubicar los pacientes dentro de trabajos y actividades simples, respectivas sin exigencias de calidad ni de productividad.
<ul style="list-style-type: none"> • Promover el despertar permanente al descubrimiento del mundo exterior. • Desarrollar las percepciones sensoriales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Integrar el paciente en el grupo. • Desarrollar la comunicación verbal y no verbal. 	

con cada grupo. Por ejemplo, el estar asistiendo a los ABC (en tres unidades específicas de alimentación, vestido e higiene) permitió establecer, reforzar y mantener los hábitos básicos indispensables.

Mediante supervisión constante se pueden organizar y mejorar las habilidades hasta convertirlas en hábitos que les posibilitan un mejor desempeño de sus tareas y un cubrimiento de las exigencias sociales, esto bajo experiencias reales en cada una de las áreas de desempeño. La organización de los hábitos estructura un horario adecuado o modificando la rutina según las expectativas y necesidades de la población.

Con el grupo A+ (independiente) se observaron logros a nivel de motivación, valores e intereses ya que se les dio la posibilidad de un manejo y organización de su tiempo no solamente de trabajo, sino también de ocio y tiempo libre al igual que la asignación de roles a cumplir en el grupo. Dentro del proceso de creación de un medio familiar, incluyendo el satisfacer y poder cumplir las necesidades afectivas provenientes del mismo, lo más importante fue el ver como las relaciones iniciadas y fomentadas intragrupalmente son la base del mismo; no solamente ha implicado la aceptación por parte del paciente, de la Terapeuta Ocupacional y otros miembros del equipo, ya que, sí lo podríamos decir, nosotros ejercemos las funciones de agentes pasajeros y ellos son los agentes estables. Es su conocimiento sobre aquellos con quienes se está estableciendo y establecerá un contacto y quienes son su mundo; llegando a cumplir efectivamente los papeles de madre, padre o hermano ya que han compartido períodos largos de convivencia. Mostrándose y naciendo sentimientos de pertenencia, respeto, cooperación logrando por ejemplo el que entre ellos mismos puedan identificar y controlar los momentos de angustia o crisis.

Esto se logró partiendo de las relaciones interpersonales creadas no solamente entre Terapeuta Ocupacional-paciente, sino también paciente-ambiente, lo que permitió llegar a conocer mejor las necesidades específicas y reales de cada paciente y por lo tanto establecer objetivos y tratamiento a cumplir de acuerdo a las mismas; considerando entonces la relación interpersonal como un factor determinante y primordial dentro del proceso de rehabilitación del Retardo Mental.

Es de importancia anotar la trascendencia de una comunicación eliminando barreras como son, entre otras las del lenguaje.

Partiendo de que el principio de un proceso de relación terapéutica es la identificación que se da con la percepción del Terapeuta-objeto bueno, siendo una relación dependiente, se observó sin embargo, que un contacto tan permanente descubre en el paciente la necesidad de introyección de ese

objeto bueno, limitando o estancando el logro de una dependencia-independencia.

Vale la pena destacar la colaboración de parte del Estado de Israel en cuanto a aporte económico y servicios de Bienestar Social hacia la población incapacitada lo que permite una mejor orientación al proceso de rehabilitación.

Finalmente vale la pena tomar en cuenta a Jean Venier (1988) quien cita: "Hay que ayudar a los retardados mentales a insertarse en la sociedad y ayudar a la sociedad a cambiar de mentalidad para aceptarlos tal como son. Pero al final de todo esto resta pensar que el Incapacitado Mental es limitado en sus esperanzas humanas, su esperanza final se funda en la conciencia que él tiene de ser amado, de un amor más fuerte que la muerte por una presencia más íntima que su alrededor no percibe para que habite en lo secreto de su ser."

CONCLUSIONES:

Dada la eficiente preparación y formación profesional que recibí en la Universidad del Rosario puedo decir: logré una efectividad dentro de la implementación del programa con el cual actualmente se sigue trabajando; y lo más importante, el poder convivir y adaptarme a situaciones sociales y culturales tan diferentes a las de nuestro medio.

La convivencia con estas personas con Retardo Mental permitió la creación de un vínculo afectivo y no solamente el desempeñar mi función como Terapeuta Ocupacional, lo cual me es muy satisfactorio desde el punto de vista humano.

Los aportes económicos que da el Bienestar Social de sobra facilitan el desarrollo e implementación de programas en contraste con la situación de nuestros países.

Otro factor sobrante es la educación que recibe la comunidad con relación a las personas con limitación, por lo tanto la integración de sí mismos a la comunidad no se dificulta.

Existen muchas organizaciones que favorecen a las personas con retardo mental dentro de la comunidad adjudicando vivienda a éstas para que vivan en grupo.

AGRADECIMIENTOS:

Agradezco de forma especial a Sor Elisa Trujillo encargada de los servicios de mujeres y hombres y con quien se trabajó en la elaboración e implementación del programa.

REFERENCIAS:

- H. C. GUNZBURG. M.A., Ph.D.F.B. Ps.S (1969) "Inventaire des progres du developpement social Forme 1^{er}".
- R. Hébert, R. Carrie, A. Bilodeau (1988) "Le système de mesure de L'autonomie fonctionnelle (SMAF)" La revue de Geriatric, Tome 13, No. 4 Abril (1988).
- "Minusval", Publicación del Insero (España) No. 53 Sept.(1986)
- Kielhofner G.A. (1979) "The temporal dimension in the lives of retarded adults: A problem of interaction and intervention". American Journal of O.T. Vol. 33 No.3 Pag.161-166.
- Kielhofner G.A. (1985) "A model of human occupation theory and application" Wilson and William Baltimore.

CITAS BIBLIOGRAFICAS:

1. West Wilman "Psychiatric Occupational Therapy" Pag.31. 1959.
2. Vanier Jean (1988) Conferencia "La persona incapacitada en la Sociedad".