



UNIVERSIDAD DE MATEHUALA, S.C.

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**“BENEFICIOS DE UN PROGRAMA DE
INTERVENCIÓN BASADO EN LA TERAPIA
OCUPACIONAL APLICADO A PERSONAS CON
RETRASO MENTAL MODERADO”**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

Francisca Edelmira Borjas Martínez



MATEHUALA, S.L P.

2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatoria

Para lograr concluir esta tesis fue necesaria la colaboración de distintas personas las cuales fueron puntos clave para obtener un resultado final satisfactorio, esta tesis pretende dar a conocer los beneficios de La Terapia Ocupacional, esperando con esto que esta tesis no sea un documento más sino que dé frutos ya que los alumnos de la Universidad de Matehuala, en especial los que cursan la Licenciatura en Psicología puedan retomar el programa de intervención el cual es el punto primordial de esta tesis.

Agradezco en primer lugar a Dios por ayudarme a culminar este proyecto, también agradezco a mis asesores de tesis Licenciado Héctor Francisco Estrada Galicia, Licenciada Marisol Evangelista Peña, Licenciado José Mario Hernández García, por su paciencia, por su apoyo, por las observaciones realizadas para mejorar esta tesis, agradezco a la coordinadora de la Licenciatura, Licenciada Edith Martínez Careaga por sus atenciones y su preocupación por que este proyecto fuera terminado lo antes posible.

Por último, agradezco a mis padres y a toda mi familia, por perseverar durante todo el proceso y el tiempo requerido para terminar mi tesis, poniendo todas sus esperanzas en mí, brindándome el apoyo necesario.

Me siento realizada y bendecida por haber elaborado este trabajo y haberlo consumado satisfactoriamente.

Índice

| | |
|---|----|
| Capítulo I Protocolo de investigación | 6 |
| 1. Antecedentes de la Investigación | 6 |
| 2. Formación del Problema | 7 |
| 3. Planteamiento del Problema | 9 |
| 4. Objetivos de la Investigación | 9 |
| 4.1. Objetivo general | 10 |
| 4.2. Objetivos específicos | 10 |
| 5. Preguntas de la Investigación | 11 |
| 6. Hipótesis de la Investigación | 13 |
| 7. Delimitadores de la Investigación | 15 |
| 7.1. Delimitador espacial | 15 |
| 7.2. Delimitador temporal | 15 |
| 7.3. Delimitador demográfico | 16 |
| 7.4. Delimitador analítico | 16 |
| 7.5. Delimitador teórico | 17 |
| 8. Variables de la Investigación | 17 |
| 8.1. Variable independiente | 17 |
| 8.2. Variables dependientes | 18 |
| 8.3. Definición conceptual de las variables | 18 |
| 8.4. Definición operacional de las variables | 22 |
| 9. Instrumentos Empleados para Medir y Conceptualizar las Variables del Estudio | 27 |
| Capítulo II Fundamentos de la investigación | 28 |
| 1. Marco Institucional | 28 |
| 1.1. Casa de Salud Mental (CSM) | 28 |
| 1.2. Organización del centro de atención psicológica | 30 |
| 1.3. Clasificación de las mesas con la denominación semáforo | 33 |
| 2. Marco Teórico | 35 |
| 2.1. Terapia ocupacional | 35 |
| 2.2. Tratamientos iniciales de la TO | 36 |
| 2.3. Propósito de la TO | 37 |
| 2.4. Beneficios de la TO | 38 |
| 2.5. Programas basados en la TO | 39 |
| 2.6. Diseños de programas basados en la TO | 39 |
| 2.7. Modalidad de la intervención basada en TO | 40 |
| 2.8. Técnicas empleadas en la TO | 41 |
| 2.9. Desventajas del uso de la TO | 42 |
| 2.10. Empleo de la TO en pacientes con Discapacidad Intelectual (DI) | 43 |
| 2.11. Intervenciones en DI | 45 |
| Capítulo III Método de la Investigación | 46 |
| 1. Enfoque de la Investigación | 46 |
| 2. Alcance de la Investigación | 46 |
| 3. Diseño de la Investigación | 46 |
| 4. Sujetos de Investigación | 48 |
| 4.1. Criterios de inclusión | 48 |
| 5. Pasos que comprendió la investigación | 49 |

| | |
|---|----|
| 6. Procedimientos para la Recolección de Datos | 50 |
| 7. Mecanismos para el Procesamiento de Datos | 51 |
| 8. Mecanismos para la Interpretación de Datos | 51 |
| Capítulo IV Resultados de la Investigación | 52 |
| 1. Resultados Encontrados en el Área de Hábitos de Autocuidado | 53 |
| 2. Resultados Encontrados en el Área de Pintar y Recortar | 58 |
| 3. Resultados Encontrados en el Área de Habilidades Cognitivas | 60 |
| 4. Resultados Encontrados en el Área de Habilidades Sociales | 63 |
| Capítulo V Discusión de los Resultados de la Investigación | 67 |
| 1. Hallazgos Centrales Obtenidos en la Investigación | 67 |
| 2. Propuestas y Líneas de Investigación Futuras | 68 |
| Bibliografía | 70 |

Índice de tabla

| | |
|---|----|
| Gráfica 1. Participante 1, Lavarse las manos | 54 |
| Gráfica 2. Participante 2, Lavarse las manos | 55 |
| Gráfica 3. Participante 3, Lavarse las manos | 55 |
| Gráfica 4. Participante 1, Llevar papel higiénico | 56 |
| Gráfica 5. Participante 2, Llevar papel higiénico | 57 |
| Gráfica 6. Participante 3, Llevar papel higiénico | 57 |
| Gráfica 7. Participante 1, Pintar | 58 |
| Gráfica 8. Participante 2, Pintar | 58 |
| Gráfica 9. Participante 3, Pintar | 59 |
| Gráfica 10. Participante 1, Recortar | 59 |
| Gráfica 11. Participante 2, Recortar | 60 |
| Gráfica 12. Participante 3, Recortar | 60 |
| Gráfica 13. Participante 1, Reconocimiento y clasificación de colores | 61 |
| Gráfica 14. Participante 2, Reconocimiento y clasificación de colores | 61 |
| Gráfica 15. Participante 3, Reconocimiento y clasificación de colores | 62 |
| Gráfica 16. Participante 1, Comprender Instrucciones de trabajo | 62 |
| Gráfica 17. Participante 2, Comprender Instrucciones de trabajo | 63 |
| Gráfica 18. Participante 3, Comprender Instrucciones de trabajo | 63 |
| Gráfica 19. Participante 1, Guardar Silencio | 64 |
| Gráfica 20. Participante 2, Guardar Silencio | 64 |
| Gráfica 21. Participante 3, Guardar Silencio | 65 |
| Gráfica 22. Participante 1, Iniciar una conversación | 65 |
| Gráfica 23. Participante 2, Iniciar una conversación | 66 |
| Gráfica 24. Participante 3, Iniciar una conversación | 66 |

Índice de anexos

| | |
|---|----|
| Anexo A. Primeros trabajos al inicio de la intervención | 71 |
| Anexo B. Actividades mejoradas al combinar el programa de intervención con técnicas de modificación de conducta | 72 |

Resumen

Esta tesis está basada en un programa de intervención que tomó como punto esencial la Terapia Ocupacional, la cual tiene como objetivo dar a conocer los beneficios de esta aplicación, dando pauta para realizar una réplica.

Las hipótesis que se hacen en este trabajo están basadas en el desarrollo de nuevos hábitos y habilidades, así como en el reforzamiento de las que ya poseen los usuarios, tales como: reconocimiento y clasificación de colores, escuchar, iniciar y mantener una conversación, comprender instrucciones de trabajo, lavarse las manos, lavarse los dientes, mantener su área de trabajo limpia.

Los resultados obtenidos fueron satisfactorios ya que los usuarios internalizaron los hábitos y habilidades mencionados anteriormente, los puntos clave para lograrlo fueron, tanto el reforzamiento como la implementación de la economía de fichas.

Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron: la bitácora de campo y el análisis de frecuencias.

Como muestra para realizar la aplicación de este programa se tomaron a tres usuarios de la mesa roja diagnosticados con discapacidad intelectual moderada de Casa de Salud Mental, su rango de edad era de 30-40 años, este estudio se basó en la Terapia Ocupacional y técnicas de modificación de la conducta.

Capítulo I Protocolo de la Investigación

1. Antecedentes de la Investigación

La terapia ocupacional (TO) es definida como una terapia que tiene por objeto mejorar la salud mediante procesos de rehabilitación terapéuticos basados en actividades y tareas (ocupaciones) para incrementar la independencia en los casos de personas que presentan una enfermedad física o mental en el (APA. Diccionario conciso de psicología, 2010), en este sentido y de acuerdo con Sue, Wing y Sue (2010) sus orígenes modernos se pueden encontrar con Benjamín Rush debido a que consideraba que los pacientes con enfermedades mentales debían de ocuparse en actividades productivas.

En este sentido, de acuerdo con la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT, 2016) el campo de la TO se basa en diferentes contextos y en distintos pacientes, como lo son los centros de atención psicológica, los centros de salud mental entre otros, bajo esta línea en el municipio de Matehuala existe un centro de atención psicológica llamado Casa de Salud Mental (CSM), el cual atiende a personas que presentan problemáticas mentales variadas tales como esquizofrenia, síndrome de Down y retraso mental con la finalidad de incrementar su calidad de vida e integración a la sociedad en la medida que le permitan sus condiciones, por medio de la adquisición de hábitos de autocuidado, habilidades sociales y estimulación cognitiva, para ello esta institución cuenta con programas, los cuales están basados en la TO y técnicas de modificación de la conducta.

De acuerdo con anterior, la investigadora al momento de hacer su servicio social en la institución se interesó por estos programas, en el sentido de conocer si uno de estos resultaría efectivo para la población de pacientes que acceden a los servicios, de tal forma que decidió analizar la eficacia de un programa en un grupo de usuarios diagnosticados con

retraso mental moderado con la finalidad de que adquirieran un conjunto de habilidades y conocimientos que pretende dicho programa en el periodo correspondido de abril a Octubre del 2015, en caso de cumplirse lo que se espera, los resultados obtenidos en la intervención contribuirían a promover el uso de la TO junto con técnicas de modificación de la conducta, estas últimas contribuirían al incremento de las conductas que conforman los hábitos desarrollar y con ello ampliar su uso en otros contextos de atención a la salud mental.

De acuerdo con lo anterior, la presenta obra tiene la finalidad de profundizar en esta intervención comentado en un primer momento las características que dan pie al desarrollo de la investigación, así como sus características distintivas que enmarcaron su realización, para luego hablar del marco bibliográfico que la sustento el cual trata de responder una serie de interrogantes tales como: ¿Qué es la Terapia Ocupacional?, ¿Qué es el Retraso Mental Moderado o Discapacidad Intelectual?, ¿Cómo influye el programa basado en la Terapia Ocupacional en personas con Retraso Mental Moderado?, ¿Qué beneficios aporta este tipo de programas?, posteriormente detallar las características del método de la investigación, lo cual dará paso a la presentación de los resultados y finalmente analizar estos en torno a los hallazgos centrales y sus repercusiones.

2. Formulación del Problema

En la ciudad de Matehuala San Luis Potosí, existe un centro de salud mental, llamado Casa de Salud Mental (CSM), que atiende a personas con distintas afecciones mentales, entre ellas: parálisis, esquizofrenia, retraso mental en diferentes grados, síndrome de Down, las cuales presentan en cierto grado una incapacidad para poder integrarse a la sociedad, junto a ello

estos usuarios experimentan déficits en ciertas habilidades, capacidades cognitivas y sociales que les hacen que sean dependientes.

Ante este panorama, la CSM tiene como objetivo que estas personas puedan integrarse a la sociedad en la medida de sus capacidades, de ahí que establezcan programas para lograr tal finalidad, por lo que la investigadora, al momento de realizar su servicio social identificó que uno de estos programas se basaba en la Terapia Ocupacional (TO) y técnicas de modificación de la conducta, entre ellas la economía de fichas, ya que buscaba que los usuarios a través de ocupaciones adquirieran y desarrollarán actividades que les contribuyeran a ser autónomos e independientes y junto con ello para consolidar estos aprendizajes se recurrían a técnicas de reforzamiento encaminadas a la modificación de la conducta.

En esta línea la investigadora se cuestionó acerca de si este programa cumplía lo que pretendía, de ahí que para demostrar este punto emplearía este programa en un grupo de tres usuarios diagnosticados con retraso mental moderado, ubicados dentro del sistema de organización de la institución en la “mesa roja” los cuales fueron seleccionados debido a que tenían una mayor capacidad de autonomía a comparación de los demás usuarios y que de acuerdo a tal programa se esperaba que desarrollarán y consolidaran un conjunto de conductas por medio de la realización de trabajos manuales, de autocuidado y actividades de recreación, los cuales generarían aprendizajes y desarrollarían su coordinación motora.

En función de esto, este programa contribuiría a sobrellevar su enfermedad ya que al realizar diversas actividades se lograría mantener su atención con un solo objetivo como por ejemplo: realizar una actividad, logrando así olvidarse de sus problemas ya que deben mantenerse atentos y concentrados al realizar las actividades que les sean dictadas, de esta manera, se estaría mejorando su estado de ánimo, como por ejemplo partiendo de apatía,

depresión o mal humor a estados de concentración, atención e incluso relajación; esto con la finalidad de promover la funcionalidad en diversos entornos de los sujetos.

3. Planteamiento del Problema

De acuerdo con lo anterior, la presente investigación consistió en implementar un programa ya establecido dentro de la CSM ubicado en el municipio de Matehuala, San Luis Potosí, México, el cual estuvo basado en la TO y técnicas de modificación de conducta con la finalidad de desarrollar y reforzar hábitos de autocuidado tales como: lavarse las manos, los dientes, llevar papel higiénico al baño, tirar la basura en su lugar, mantener su área de trabajo y el comedor limpio, así como habilidades como: pintar, pegar, colorear, e insertar objetos, además de capacidades cognitivas como lo fueron: reconocimiento y clasificación de colores, comprender instrucciones de trabajo, estimulación de memoria a corto plazo y lenguaje, y finalmente habilidades sociales como: escuchar, iniciar una conversación, aprender a presentar y presentarse ante otras personas y dar las gracias, todo esto con el fin de promover la integración e independencia en un grupo de participantes de un rango que edad de 30 a 40 años diagnosticados con retraso mental moderado, los cuales estaban agrupados en la mesa roja de acuerdo al sistema de clasificación que maneja la institución. La aplicación de dicho programa tuvo una duración de seis meses, partiendo de esto las principales características metodológicas de la intervención se comentarán a detalle en el capítulo tres.

4. Objetivos de la Investigación

Esta sección del documento tiene la finalidad de que el lector conozca que fue lo que se pretendió cumplir, en última instancia mediante el programa basado en la TO y técnicas de

modificación de conducta, así como las principales acciones para su realización, en relación con ello, primero se presentará el objetivo general, el cual contiene lo que se pretendía alcanzar y posteriormente se mencionarán los objetivos específicos, los cuales delimitan las principales acciones para realizar el objetivo general; por lo cual, esta sección del documento concreta lo que se pretendió alcanzar, de ahí la importancia que tiene esta sección para todo el documento, por lo cual, a modo de continuación, esta sección da paso a la siguiente, la cual se titula preguntas de la investigación.

4.1.Objetivo general.

A partir de lo comentado en la sección de planteamiento del problema, lo que se pretendió realizar en última instancia, con el programa de intervención propuesto fue:

Replicar un programa basado en la TO y técnicas de modificación de la conducta, a tres usuarios diagnosticados con discapacidad intelectual moderada, con la finalidad de desarrollar y reforzar, un conjunto de patrones comportamentales y cognitivos, que les permitan contribuir al desarrollo de su autonomía.

4.2.Objetivos específicos.

En concordancia con el objetivo general propuesto, los objetivos que se pretendieron llevar a cabo, para su realización fueron los siguientes:

- Realizar una fase de evaluación inicial dirigida a los participantes, con la finalidad de conocer su grado de dominio que tienen en torno a: hábitos de higiene, habilidades para pintar y recortar, capacidades cognitivas y habilidades sociales.

- Genera una línea base que sirva para comparar los resultados obtenidos por la replicación del programa.
- Replicación del programa para desarrollar y reforzar hábitos de higiene, habilidades para pintar y recortar, capacidades cognitivas y habilidades sociales.
- Efectuar evaluaciones periódicas, y una al término de la replicación del programa a los participantes, con la finalidad de conocer su grado de dominio que tienen en torno a: hábitos de higiene, habilidades para pintar y recortar, capacidades cognitivas y habilidades sociales.
- Comparar si hubo diferencias en un antes y después de la replicación del programa, mediante los resultados obtenidos por medio de las evaluaciones.

Como se pudo apreciar, esta sección tuvo por objeto señalar al lector, qué se pretendió llevar a cabo con la investigación, así como los principales pasos para su ejecución, lo cual ayudará a comprender las siguientes secciones, especialmente la siguiente, ya que contiene una serie de cuestionamientos que se pretendieron responder con la realización del programa.

5. Preguntas de la Investigación

La finalidad de esta sección consiste en presentar una serie de interrogantes, las cuales se les dio respuesta con la realización de la investigación, tales cuestionamientos están basados en función el planteamiento y objetivos, por lo que a continuación, se harán mención de estas para luego dar una conclusión que de paso a la presentación del siguiente apartado llamado hipótesis de la investigación.

Partiendo de las secciones previas del documento, así como las características metodológicas de la intervención (las cuales se comentan a detalle en el capítulo tres) y el proceder de la misma, la interrogante centra a la que se le trató de dar respuesta fue:

- ¿La replicación del programa desarrollará y reforzará un conjunto de patrones comportamentales y cognitivos, que les permitirán a los participantes contribuir en el desarrollo de su autonomía?

Considerando esta interrogante, es preciso soslayar que el programa basado en la TO y técnicas de la modificación de la conducta trató un conjunto de áreas específicas, las cuales se plantean a modo de interrogantes, con la finalidad de precisar el conjunto de áreas intervenidas, en este sentido las interrogantes son:

- ¿La replicación del programa desarrollará y reforzará, un conjunto de hábitos de autocuidado tales como, lavarse las manos, los dientes, llevar papel higiénico al sanitario, tirar la basura en su lugar y mantener su área de trabajo y comedor limpio?
- ¿La replicación del programa desarrollará y reforzará un conjunto de habilidades y capacidades asociadas con pintar y recortar materiales?
- ¿La replicación del programa desarrollará y reforzará, un conjunto de capacidades cognitivas asociadas con, insertar objetos, reconocimiento y clasificación de colores, comprender instrucciones de trabajo, las cuales estimularán la memoria y el aprendizaje?
- ¿La replicación del programa desarrollará y reforzará un conjunto de habilidades sociales tales como, no interrumpir cuando la otra persona está hablando, iniciar una conversación, aprender a presentar y presentarse ante otras personas y dar las gracias?

En resumen, esta sección tuvo por objetivo mencionar los cuestionamientos que se trataron de responder, los cuales guiaron el proceder de la intervención, y las respuestas a tales se hayan en el capítulo cuatro del documento, no obstante, debido a las características metodológicas de investigación, la siguiente sección tiene la finalidad de señalar una serie de respuestas tentativas a tales interrogantes presentadas.

6. Hipótesis de la Investigación

El propósito de esta sección consiste presentar una serie de respuestas tentativas a las preguntas de investigación mostradas en el apartado anterior, las cuales se sustentan en el en una serie de fundamentos bibliográficos, los cuales serán presentados a detalle en el capítulo dos, tales respuestas fueron aceptadas o refutadas de acuerdo al proceder de la intervención, de manera que, la organización de este apartado consistirá en indicar de forma breve, aquella información que sustenta el establecimiento de estas hipótesis, para luego mencionarlas, comenzando con la hipótesis centra, seguidamente de las específicas, estas últimas, se centran en torno a las áreas en las que se enfocó el programa, y una vez hecho esto, se presentará una conclusión, que permita dar fluidez al apartado que detalla las características espaciales – temporales en donde fue realizada esta intervención.

De acuerdo con la AOTA (1986) la TO, es una terapia que tiene por objetivo emplear la ocupación para el desarrollo de las actividades de autocuidado, trabajo y juego, para generar un sentido de independencia en el usuario (Durante y Noya, 1988, p. 31), y para la realización de este propósito el terapeuta podrá realizar las modificaciones pertinentes para desarrollarlas (My Child Without Limits.org, 2016), de modo que, se considera que este

programa basado en la TO y técnicas de modificación de la conducta, siendo estas últimas como una herramienta que posibilite el cambio en el participante genere que:

- Los participantes desarrollarán y reforzarán, un conjunto de patrones comportamentales y cognitivos, que les permitan contribuir al desarrollo de su autonomía.

De la misma forma, tal como se detallaron en las secciones previas, esta intervención pretendió desarrollar un conjunto de áreas específicas asociadas con la autonomía del participante, por lo que presentarán las respuestas tentativas para cada una de las áreas abordadas conforme al programa:

- La replicación del programa hará que el participante desarrollare y refuerce, un conjunto de hábitos de autocuidado tales como, lavarse las manos, los dientes, llevar papel higiénico al sanitario, tirar la basura en su lugar y mantener su área de trabajo y comedor limpio.
- La replicación del programa hará que el participante desarrollare y refuerce, un conjunto de habilidades y capacidades asociadas con pintar y recortar materiales.
- La replicación del programa hará que el participante desarrollare y refuerce, un conjunto de capacidades cognitivas asociadas con, insertar objetos, reconocimiento y clasificación de colores, comprender instrucciones de trabajo, las cuales estimularán la memoria y el aprendizaje.
- La replicación del programa hará que el participante desarrollare y refuerce, un conjunto habilidades sociales tales como, no interrumpir cuando la otra persona está hablando, iniciar una conversación, aprender a presentar y presentarse ante otras personas y dar las gracias.

Como se pudo ver, esta sección presentó un conjunto de respuestas esperadas para cada una de las interrogantes de la investigación, tales suposiciones se basaron en un conjunto de fundamentos que se detallarán en el capítulo dos, habiendo definido esto, enseguida se presentarán las características espaciales y temporales que delimitaron la realización de esta intervención.

7. Delimitadores de la Investigación

Este apartado tiene la finalidad de que el lector conozca, los principales detalles espaciales, temporales, demográficos, analíticos y teóricos en donde fue efectuada intervención, esto con el objeto de que el lector contextualice el presente estudio, finalmente, esta sección termina con una conclusión que dará paso al apartado titulado variables de la investigación.

7.1. Delimitador espacial.

La intervención fue realizada en la Casa de Salud Mental estancia de día (CSM), la cual está ubicada en la calle Mariano Matamoros #214, colonia centro, C.P. 78700 en la ciudad de Matehuala, San Luis Potosí, México, de acuerdo con ello, la presente indagación se llevó en las instalaciones de trabajo con pacientes, específicamente en la mesa roja.

7.2. Delimitador temporal.

El programa comenzó el lunes 20 de abril del 2015 y concluyó el viernes 30 de octubre del mismo año, acudiendo de lunes a viernes en un horario de 9:00 a.m. a 1:00 p.m. con una duración total de 138 días hábiles, debido a los días de asueto que acontecieron en ese lapso.

7.3. Delimitador demográfico.

El programa se realizó con tres usuarios de la mesa roja, los cuales estaban diagnosticados con discapacidad intelectual moderada, los cuales presentaban déficits en hábitos de autocuidado, capacidades cognitivas, habilidades sociales, así como en habilidades y capacidades para pintar y recortar materiales que se ponían como actividades en dicho lugar, por lo que el personal de la institución debía estar vigiéndolos constantemente, y reforzar periódicamente los contenidos que se les había enseñado, además que se les debía estar supervisando para que no realizaran acciones que los puedan perjudicar tales como: Comer los materiales que se empleaban para las actividades, vigilar su comportamiento verbal ya que decían palabras altisonantes, así como evitar que pelearán.

7.4. Delimitador analítico.

Acorde con lo mencionado en secciones pasadas, el programa que se llevó a cabo consistió en desarrollar e incrementar por un lado una serie de hábitos de autocuidado como lo fueron: Lavarse las manos, los dientes, llevar papel higiénico al sanitario, tirar la basura en su lugar y mantener su área de trabajo y comedor limpio, además de una serie habilidades y capacidades asociadas con pintar y recortar materiales, ítem capacidades cognitivas asociadas con, insertar objetos, reconocimiento y clasificación de colores, comprender instrucciones de trabajo, las cuales estimularán la memoria y el aprendizaje, y finalmente un conjunto habilidades sociales tales como, no interrumpir cuando la otra persona estuviera hablando, iniciar una conversación, aprender a presentar y presentarse ante otras personas y dar las gracias.

7.5. Delimitador teórico.

El programa para desarrollar el conjunto de patrones comportamentales y cognitivos antes mencionados se basó en la TO y técnicas de modificación de conducta perteneciente a la Terapia de la Conducta, los detalles específicos de estos elementos teóricos se precisarán en el marco teórico.

Esta sección tuvo la función de que el lector conociera las características que rodearon la realización de la investigación, esto con la intención de generar una impresión del contexto en donde se desarrolló, habiendo definido esto se dará paso a analizar las variables del estudio.

8. Variables de la Investigación

Esta sección tiene el objeto de presentar las variables que se analizaron a raíz de la investigación, para ello, en un primer momento se va a especificar la variable independiente, la cual fue objeto de manipulación para conocer sus efectos sobre las variables dependientes, seguido de la presentación de estas últimas, subsiguientemente serán definidas a nivel teórico, seguido de la definición operacional, esta última permite detallar los procedimientos, acciones o procesos con los cuales se conocieron estas variables, finalmente, se da paso a una conclusión de lo visto y que dará continuación a detallar los instrumentos que se emplearon para realizar la intervención.

8.1. Variable independiente.

Programa de intervención basado en la TO y técnicas de modificación de conducta.

8.2. Variables dependientes.

Hábitos de autocuidado, habilidades y capacidades para pintar y recortar materiales, capacidades cognitivas y habilidades sociales.

8.3. Definición conceptual de las variables.

La definición conceptual de la variable independiente se compone por una serie de términos, los cuales a continuación se mencionarán, por un lado, se entiende por programa como un conjunto de pasos que detalla las cosas que hay que realizar para lograr un determinado fin (García-Pelayo, 2010), que, para sus efectos, este fin consiste en realizar una intervención, la cual se entiende como una labor que hace un terapeuta, con el fin de afrontar una serie de problemáticas y dificultades que expresa un paciente, dicha acción se basa por el tipo de problema manifestado, la orientación del que efectuará la intervención, el contexto, la disposición y capacidad del usuario para participar en el tratamiento (APA. Diccionario conciso de psicología, 2010).

En este sentido la intervención se basa en la TO, la cual, de acuerdo con la Universidad Austral de Chile (UACH, 2016) se entiende por TO, como una disciplina de carácter biopsicosocial que tiene por objeto que las personas que tengan o no una discapacidad, puedan llevar a cabo actividades que les gustaría hacer o bien, que necesitan realizar de acuerdo a sus condiciones vitales, las cuales son de valor para las personas y para ello, se vale de herramientas con la finalidad de desarrollarlas, así como de la intervención del ambiente físico y social en el que se envuelve el individuo.

Complementado la definición antes mencionada, la TO es definida en el APA. Diccionario conciso de psicología (2010) como una terapia que tiene por objeto mejorar la

salud mediante procesos de rehabilitación terapéuticos, basados en actividades y tareas (ocupaciones) para incrementar la independencia en los casos de personas que presentan una enfermedad física o mental.

Partiendo de lo anterior, una de las herramientas en las que se basa la TO para desarrollar tales actividades son las técnicas de modificación de la conducta, entendidas estas como “el uso del condicionamiento operante, la biorretroalimentación, el modelamiento, el condicionamiento aversivo, la inhibición recíproca u otras técnicas de aprendizaje como medio para cambiar la conducta humana” (APA. Diccionario conciso de psicología, 2010, p.326), dentro de estas técnicas las que se emplearon para conducir la presente intervención consistió en un primer momento en la economía de fichas, la cual se define como el:

Programa que en ocasiones se lleva a cabo en un entorno institucional (p.ej., un hospital o salón de clases) y en el cual se refuerza un comportamiento deseado ofreciendo fichas que pueden intercambiarse por alimentos especiales, tiempo de televisión, pases u otras recompensas (APA. Diccionario conciso de psicología, 2010, p.154).

Además de la economía de fichas, otra técnica de modificación de la conducta empleada en la intervención fue el **moldeamiento**, el cual según Holland y Skinner (1961); Skinner (1953) citados por Ruíz, Díaz y Villalobos (2012, p.163) consiste en un “reforzamiento de los pequeños pasos o aproximaciones que conducen hacia la conducta meta”, lo cual, en este contexto, se entiende como conducta meta como los hábitos, habilidades y capacidades en las que intervino el taller.

Y, por último, la otra técnica empleada para el desarrollo de la intervención consistió en el **modelado**, la cual según Perry y Furakawa (1986) citados por Cruzado (2006, p.594) es una técnica basada en el aprendizaje por observación, en el que la conducta modelo (es decir las habilidades y capacidades que pretendió desarrollar y fortalecer el taller) actúa como

estímulo para crear los patrones conductuales, cognitivos o actitudinales en los individuos que observan la actuación del modelo.

En función de las definiciones antes mencionadas, la investigadora definió conceptualmente que la variable independiente es un plan que establece una serie de acciones basadas en la TO y técnicas de la modificación de la conducta, encaminadas a un determinado fin, que, para efectos de esta investigación, fueron un conjunto de hábitos, habilidades y competencias.

Después de haber definido conceptualmente la variable independiente, se pasará a definir teóricamente las variables dependientes, las cuales trató de inducir la variable independiente; en un primer momento la primera variable consistió en hábitos de higiene, la cual se compone de dos palabras, por un lado, hábito se entiende como “conducta bien aprendida que es relativamente específica a la situación y que con el paso del tiempo se ha vuelto refleja a nivel motor e independiente de la motivación o de la influencia cognitiva” (APA. Diccionario conciso de psicología, 2010, p.237); y por otro lado higiénico es relativo a higiene, que se define como “parte de la medicina que estudia la manera de conservar la salud mediante la adecuada adaptación del hombre al medio en el que vive, y contrarrestando las influencias nocivas que puedan existir en el medio” (García-Pelayo, 2010, p. 287).

Por lo anterior se definió hábitos de higiene como aquellas conductas bien definidas que tienen la finalidad de conservar la salud tales como, las que se pretendió desarrollar y fortalecer en la intervención: Lavarse las manos, los dientes, llevar papel higiénico al sanitario, tirar la basura en su lugar y mantener limpia el área en donde la persona convive.

Por otro lado, la segunda variable dependiente consistió en habilidades para pintar, al igual que la variable anterior se compone de dos palabras, la primera habilidad, la cual se

entiende como la “capacidad o competencia adquirida por entrenamiento y práctica” (APA. Diccionario conciso de psicología, 2010, p.237); y pintar como: “representar cosas o seres vivos con líneas o pinturas” (García-Pelayo, 2010, p. 441), por lo anterior para efectos de la realización de la esta investigación se entendió esta variable como la capacidad para plasmas seres vivos u objetos con líneas o pinturas.

Así mismo, la tercera variable dependiente consistió en la habilidad para recortar la cual se basa en la definición de habilidad antes mencionada y recortar se entiende como “cortar papel u otro material en varias figuras” (García-Pelayo, 2010, p. 490), por lo que, en base a estas definiciones, se entendió esta variable como la capacidad para cortar papel u otro material en varias figuras.

Por otro lado, la cuarta variable fue capacidades cognitivas, esta se define como “habilidades involucradas en la realización de tareas asociadas con la percepción, el aprendizaje, la memoria, la comprensión, la consciencia, el razonamiento, los juicios, la intuición y el lenguaje” (APA. Diccionario conciso de psicología, 2010, p.67); partiendo de esta definición y de acuerdo con lo que el programa previó, este incidió en los procesos de aprendizaje, lenguaje y memoria de los participantes.

Partiendo de ello se entiende por aprendizaje como “proceso de adquirir información, patrones de conducta o habilidades nuevas y relativamente duraderas, que se caracterizan por la modificación de conducta como resultado de la práctica, el estudio o la experiencia” (APA. Diccionario conciso de psicología, 2010, p.38).

En relación con el lenguaje, este se define como el “sistema de expresión o comunicación de pensamientos y sentimientos a través de los sonidos del habla o símbolos escritos” (APA. Diccionario conciso de psicología, 2010, p.288); y finalmente memoria se define como “la capacidad para retener información o una representación de la experiencia

previa que se basa en los procesos mentales de aprendizaje o CODIFICACIÓN, RETENCIÓN durante un determinado intervalo y RECUPERACIÓN o reactivación de la memoria” (APA. Diccionario conciso de psicología, 2010, p.306).

Finalmente, la quinta variable consiste en habilidades sociales, la cual se entiende como el “conjunto de capacidades aprendidas que permiten que un individuo interactúe en forma competente y apropiada en un determinado contexto social” (APA. Diccionario conciso de psicología, 2010, p.237).

8.4. Definición operacional de las variables.

La definición operacional de la variable independiente se compuso por dos elementos, por un lado, la TO, y por otro el conjunto de técnicas de modificación de la conducta; en un primero momento, la aplicación del programa basado en la TO se operacionaliza considerando que esta pretendió desarrollar habilidades que le permitan al participante incrementar su independencia, valiéndose de la enseñanza través de una serie de ocupaciones relacionadas a cada una de estas, así como el diseño de ambientes que promovieran su realización.

En función de lo anterior, se diseñaron actividades para cada uno de los hábitos, habilidades y capacidades que se pretendió desarrollar y reforzar, tales como la realización de trabajos manuales, actividades autocuidado y actividades de recreación (estas se detallarán en la definición operacional de las variables dependientes), las cuales se realizaron en compañía de los demás participantes y en un centro enfocado para la atención de la salud mental (CSM).

En este sentido, se consideraron las recomendaciones propuestas por Durante y Noya (1998) para el trabajo de la TO, las cuales consisten en que se busca generar un clima de no exigencias perturbadoras, es decir, que generarán tensión y que con ello impedirían su realización, promoviendo una expresión libre que permita el flujo de ideas y a medida que se van realizando las actividades incrementar la tolerancia al esfuerzo enfatizando la capacidad de elaboración, análisis y síntesis que se desprende de la realización de estas.

Por otro lado, en cuanto a las técnicas de modificación de la conducta, la economía de fichas se operacionalizó a través de la elaboración por parte de la investigadora, de una cartulina que tenía el nombre de cada uno de los usuarios, junto con los días de la semana, y los hábitos, habilidades y competencias en las que se enfocaba el taller.

Acorde con esto, las fichas se emplearon a través de una serie de abatelenguas con carita feliz que el usuario ponía en la cartulina, cada vez que realizaba conforme a lo esperado las actividades solicitadas por la investigadora, y por el contrario, un abatelenguas con carita triste cuando no realizaba estas actividades conforme lo solicitado, además esta técnica se empleó para llevar un control de las asistencias del usuario, en este sentido, cada vez que acudía el usuario se le ponía un abatelenguas con carita feliz y cuando faltaba se le ponía una con carita triste (ver anexo A y B).

En relación con el sistema de reforzadores empleados en la economía de fichas, este consistió en que al final de cada viernes, se generaba un análisis del número de conductas esperadas realizadas (relacionadas con los hábitos, habilidades y competencias) y el número de asistencias, y de acuerdo con este, en base al número total de conductas esperadas realizadas, se le daba un reforzador, el cual consistió en golosinas de diferente valor y grado de deseabilidad para el usuario.

Por otra parte, en cuanto a la técnica de moldeamiento, cada vez que el usuario realizaba una aproximación, o un paso que lo llevará a realizar la conducta meta, entendida como las acciones que encaminaban al usuario a la realización de la actividad solicitada, la investigadora reforzaba verbalmente esta acción mediante un halago, por ejemplo: “muy bien”, “que padre, sigue así”, “ya vas mejorando”, “que bien te quedo”, “que bonito tu trabajo”, “felicidades”.

Finalmente, la técnica de modelado se expresó al momento en que la investigadora ejemplificaba (modelaba) el conjunto de habilidades, hábitos y competencias a los tres usuarios, de la manera en cómo se esperaba que lo realizarán, para luego, una vez de ver este modelo de comportamiento lo pudieran efectuar, por lo que les pedía que reprodujeran esta conducta.

En cuanto a las definiciones operacionales de las variables dependientes, por un lado, los hábitos de higiene estuvieron conformados por lavarse las manos, este fue entendido como la acción que realizaba el participante de lavarse las manos con agua y con jabón, después de ir al sanitario, antes de que fuera a ingerir alimentos y después de haber trabajado en las actividades que le eran asignadas por parte de la investigadora.

Otro hábito de higiene fue el lavarse los dientes, él fue entendido como la acción de cepillarse los dientes con un cepillo dental y dentífrico después de almorzar, así mismo, otro hábito a desarrollar fue el llevar papel higiénico al sanitario una vez que se percataba de la necesidad de ir para hacer sus necesidades, para ello, el usuario debía de pedir permiso a la investigadora para ir al sanitario p.ej., “me da permiso de ir al baño”, posteriormente coger el papel higiénico y tomar una medida aproximada de un metro para luego ir a hacer sus necesidades.

Otro hábito de higiénico a desarrollar fue tirar la basura en su lugar, es decir, que cada vez que el participante generará un residuo, él tenía que agarrarlo y tirarlo en el cesto de la basura sin que nadie le dijera el que la tirará, finalmente y relacionado con el hábito anterior, el último hábito higiénico consistió en limpiar el área donde el usuario convivía, esto se ejemplificó en el hecho de que cada vez que el usuario usará un lugar, al término de su uso debía recoger cualquier residuo y ponerlo en el cesto de la basura y por otro lado, acomodar en su lugar los materiales que empleó en el espacio.

Por otro lado, las habilidades para pintar se definieron operacionalmente como los ejercicios de pintar una serie de imágenes y materiales (p.ej., cartón, madera) que le eran entregados por la investigadora, los cuales, dependiendo del dibujo o material, debía de pintar con colores, crayolas y pinturas, estas últimas en base de agua, siguiendo las instrucciones dadas y evitando no salir de la línea que delimitaba el dibujo o material, y en el caso de pinturas, evitar mancharse el delantal así como tirar la pintura y evitar acercársela a la boca tanto de él como de sus compañeros. Así mismo, la habilidad para recortar consistió en el usuario cortará con unas tijeras punta roma, una serie de materiales facilitados por la investigadora (p.ej., hojas, cartulina) previamente delimitados por una línea, con la finalidad de que no se saliera de esta.

Por otro lado, en cuanto a las capacidades cognitivas, la primera a desarrollar fue la relacionada con insertar objetos, la cual consistió en que el participante aprendiera a poner materiales (p.ej., recortes, trozos de cartón, bolitas de papel) de acuerdo con las instrucciones fijadas por la investigadora, con la finalidad de crear una serie de objetos decorativos (p.ej., flores de papel, casitas de madera).

Otra capacidad cognitiva fue la de reconocer y clasificar colores, la cual consistió en que el usuario aprendiera a decir correctamente el color de un material que la investigadora

señalará, así como ordenar los colores de acuerdo con un criterio señalado (p.ej., juntar los colores en oscuros y claros). Siguiendo la línea de las capacidades cognitivas, otra capacidad fue la de comprender instrucciones de trabajo, la cual se denotó al momento en que la investigadora emitía una instrucción de trabajo y el participante la pudiera llevar a cabo.

Finalmente, en el campo de las variables dependientes, se abordaron las habilidades sociales, las cuales, en este caso, consistieron en que el participante no interrumpiera cuando una persona estuviera hablando, por otro lado, iniciar una conversación, es decir, que comenzará a hablar con una persona de la CSM (p.ej., personal que labora en la institución) diciendo una frase por ejemplo: “hola, ¿Cómo estás?”, por otro lado, el aprender a presentarse consistió en que el usuario dijera ante otra persona su nombre y el de otra persona cuando se le preguntaba el cómo se llamaba la persona con la que había hablado, y finalmente dar las gracias cuando pedía o le daban algo.

En conclusión, esta sección se orientó a presentar y definir, a nivel teórico y procedimental cada una de las variables que integraron la investigación, las cuales permitieron poder cumplir los objetivos, responder las preguntas y finalmente, aceptar o refutar las hipótesis propuestas, de acuerdo con esto, la siguiente sección tiene la finalidad de ahondar en los instrumentos para conocer la presencia de estas variables.

9. Instrumentos Empleados para Medir y Conceptualizar las Variables del Estudio

Esta sección tiene la finalidad de que el lector conozca los instrumentos que se emplearon en la investigación, con la finalidad de poder medir las variables comentadas en la sección pasada, para ello, se describirá a detalle las características los instrumentos empleados, la utilidad de ello estriba en que estos, contribuirán a contestar las preguntas y aceptar o refutar las hipótesis que se plantean en el documento, una vez descritos se dará paso a la sección de justificación de la investigación.

El primer instrumento empleado a lo largo de la investigación consistió en la bitácora de campo, en la cual se plasmaron los avances que iban generando cada uno de los participantes, por otro lado, se empleó un registro del número de frecuencias que tuvo la finalidad de llevar un control del numérico de conductas realizadas correctamente por cada uno de los usuarios.

A modo de conclusión, en esta sección se mencionaron los instrumentos que se emplearon para efectuar la investigación, en base a ellos, se pudo llevar a cabo la indagación para poder conformar los resultados, una vez definido ello, se dará paso a la justificación de este programa.

Capítulo II Fundamentos Teóricos

1. Marco Institucional

La siguiente información nos da a conocer a cerca de cómo se integran los centros de salud y su importancia: El centro de salud mental tiene una zona de cobertura delimitada y asume la responsabilidad asistencial para toda la población de esa zona con el objetivo de que el paciente pueda ser tratado cerca de su domicilio sin tener que separarse de su medio habitual. Para una adecuada atención se precisan equipos multidisciplinarios que puedan abordar todos estos complejos factores. Los equipos están compuestos por personal médico y de enfermería, psicólogos y trabajadores sociales, y en los últimos años se han incorporado también terapeutas ocupacionales gracias al poder terapéutico, preventivo y rehabilitador de la TO en los trastornos mentales (Durante y Noya, 1988, p.160).

1.1. Casa de Salud Mental (CSM).

La Casa de Salud Mental estancia de día (CSM) es una institución que tiene por misión brindar una atención integral a las personas y sus familiares, con algún padecimiento mental, ofreciendo un apoyo profesional integral dentro de un ambiente que facilite el aprendizaje, el cual fomente el desarrollo de actividades para generar una inclusión del usuario a la comunidad.

Dicho centro se encuentra ubicado en la ciudad de Matehuala, calle Mariano Matamoros número 214, colina centro, código postal 78700, ubicado entre las calles Lerdo de Tejada y Betancourt, en el municipio de Matehuala, San Luis Potosí, México, con un horario de atención de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 3:00 p.m.

De acuerdo con la misión institucional, de dicho centro, tiene por visión ser un centro de atención ambulatorio que provea un tratamiento integral en el área de salud mental a través de los servicios de atención, prevención, promoción y educación del usuario y sus familiares, así como a la población en general para que esta sea concientizada en torno al respeto e inclusión de las personas con algún padecimiento mental.

Así mismo, los objetivos de esta institución consisten en otorgar cuidados médicos básicos al usuario, así como proveer un tratamiento psicológico enfocado en la rehabilitación y estimulación para el establecimiento, desarrollo y reforzamiento de un conjunto de habilidades destinadas a generar autonomía valiéndose de actividades individuales y grupales, todo ello encaminado a la inclusión de la persona a la sociedad.

En función de lo anterior, cabe señalar, que la atención psicológica brindada al usuario depende de una evaluación que se efectúa cuando acude por primera vez, en la cual, el psicólogo determina las áreas en las cuales presenta deficiencias y en función de ello, elabora o en su caso replica, un programa para el desarrollo de estas.

Siguiendo la línea anterior, la labor que hacen los profesional que laboran en la CSM se rigen por una serie de valores, los cuales son: Respeto a la institución así como al usuario y personal que labora; calidad en el servicio que se ofrece, buscando en todo momento un tratamiento efectivo para el desarrollo del conjunto de habilidades que precisa el usuario; responsabilidad por parte del trabajador al momento de prestar sus servicios a la CSM, de ahí que el profesional se apegue a los lineamientos de un condigo de conducta que dicta su profesión (en el caso del profesional de psicología, este sería el código de ética del psicólogo); compromiso en generar dar un servicio de calidad y cumplir la misión, visión y objetivos del centro; comprensión puesto que el servicio que prestan va dirigido a personas

que presentan una afectación mental y en ocasiones física, lo cual requiere un trato que les permita su desarrollo y desenvolvimiento.

1.2. Organización del centro de atención psicológica.

Los usuarios tienen sus mesas de trabajo las cuales se rigen por la clasificación denominada “semáforo”, los de la mesa verde necesitan solo un pequeño apoyo de sus asesores solo se les dan indicaciones y realizan actividades más complejas, en la mesa amarilla los usuarios requieren un poco más de atención y que las instrucciones les sean repetidas en diferentes ocasiones así como la supervisión de sus asesores, mientras que en la mesa con la cual me tocó trabajar que es la mesa roja los usuarios requieren atención durante todo el tiempo así como nuestra ayuda ya que cuentan con algunas habilidades pero cosas complejas por así decirlo no las pueden realizar. Otras áreas que se tienen en esta instancia son:

Recepción: Esta área contaba con un guardia de seguridad el cual se encargaba de checar la entrada y salida de todas las personas, así como de que las personas externas a la institución registraran en un diario su hora de entrada y de salida, el motivo por el que acudían y su firma, el personal no se registraba en ese diario ya que había un diario específico en donde todos registrábamos nuestro nombre, área de trabajo, hora de entrada y salida.

Trabajo social: En esta área los familiares de los usuarios realizan el pago solicitado en la institución el cual va de los 10 hasta los 20 pesos aproximadamente, también acuden personas externas a la institución para recibir medicamentos o bien para agenda citas con el psicólogo de la institución de igual forma realizar el pago de la misma entre otras cosas.

Enfermería: Esta área estaba constituida por varios enfermeros los cuales se encargan de hacer chequeos básicos a cada uno de los usuarios y llevar un registro de cada uno de ellos (presión arterial, estatura, peso, su respiración etc.) de igual forma si se presenta algún

percance ya sea con los usuarios o con algún otro miembro del personal se podía acudir con ellos para recibir atención. Así como también se encargaban de que cada usuario llevara a cabo acciones de higiene como: bañarse, lavarse los dientes después de comer, lavarse las manos antes y después de ir al baño.

Coordinación: En esta se encuentra obviamente la coordinadora quien se encarga de observar que cada área de la institución funcione correctamente y que cada miembro del personal cumpla con sus obligaciones para un mejor desempeño de los usuarios.

Psicología: El psicólogo de la institución se encarga de atender a personas externas a la institución los cuales reciben la terapia necesaria, en este caso el psicólogo de la institución creo el programa para la institución, se encarga también de atender a los usuarios en caso de presentar crisis y de observar que la Terapia Ocupacional fuera aplicada de forma correcta, en mi caso como prestadora de servicio, la tarea que me tocaba al igual que a mis compañeros era atender a pacientes externos 1 vez por semana, así como también trabajar con los usuarios de Casa de Salud Mental para llevar a cabo el trabajo, era necesario buscar actividades para reforzar las habilidades con las que ya contaban los usuarios y aplicarles otras diferentes con el fin de que adquirieran otro tipo de conocimientos necesarios para lograr que cada usuario mejorara su calidad de vida.

Atención medica: El doctor que acudía a la institución se encargaba de ver los registros e historiales de cada usuario y en caso de tener tratamiento farmacológico checaba si estaba obteniendo los resultados esperados o no, en caso de que el resultado fuera negativo el tratamiento era cambiado. A parte de el medico también les brindaba atención un psiquiatra de igual forma checaba los tratamientos farmacológicos de los usuarios sus historiales y si tenían que cambiar el tratamiento solo daba indicaciones a los enfermeros daba una receta que sería entregada a los familiares de los usuarios.

Comedor: En esta área se contaba con una cocinera la cual recibía indicaciones de la coordinadora en cuanto que alimentos preparar esto con el fin de que los usuarios llevaran una dieta balanceada, los usuarios solo tenían dos comidas (almuerzo y comida, algunas veces entre comidas consumían alguna fruta o bebían agua). La cocinera se encargaba de mantener limpios los utensilios tanto donde preparaba los alimentos como donde los servía de igual forma mantenía aseadas las mesas del comedor.

Intendencia: Esta área contaba con una persona que limpiaba cada área de la institución tanto interna como externa. Área de descanso, regaderas, área de relajación y bodega en la planta alta por último el jardín: En el área de descanso los usuarios contaban con camas donde podían dormir, en las regaderas los usuarios podían bañarse el requisito era que sus familiares les enviaran ropa limpia. El área de relajación contaba con colchonetas donde los usuarios podían recostarse a descansar y en la bodega se guardaba material, ropa que era donada y trabajos de los usuarios. En el jardín los usuarios cuentan con árboles frutales y arboles simples, así como también columpios, en donde se llevan a cabo convivios y actividades que los hacen salir de la rutina, cabe mencionar que los árboles frutales fueron plantados por los usuarios.

Psiquiatría: En esta área el psiquiatra iba de vez en cuando y checaba el medicamento que tomaban algunos usuarios y los checaba en conjunto con los diagnósticos de los enfermeros, el psicólogo y el de él se les informaba a los familiares de los usuarios si debían incrementar o disminuir las dosis.

1.3. Clasificación de las mesas con la denominación semáforo.

Esta clasificación se hizo tomando en cuenta las habilidades de los usuarios explicado de una mejor forma es como si fuese una escuela primaria en donde se va pasando de grado (por ejemplo, si con la terapia ocupacional un usuario de la mesa roja que sería como el primer grado de primaria adquiere conocimientos similares a los individuos de la mesa verde que vendría siendo como tercer grado de primaria ese usuario tiene la posibilidad de ser cambiado de mesa, en cambio si uno de la mesa verde pierde sus habilidades por el motivo que sea puede ser regresado a la mesa roja).

Mesas de trabajo: En este lugar se llevó a cabo la intervención, el área de la mesa roja estaba situada en un espacio reducido contaba con estante en donde se colocaban los materiales, pizarrón, mesas, sillas y una pequeña bodega, después de un pequeño pasillo se encontraba la mesa roja y verde separadas solo por unos cuantos centímetros, constaba de mesas y sillas por lo que tenían que tomar los materiales de los estantes y de la bodega que se encontraban situados en el área de la mesa roja.

Ahora continuare explicando con mayor especificación características posee cada mesa: Mesa roja: En esta mesa los usuarios pueden ser los que son de nuevo ingreso o que están aprendiendo o están adquiriendo habilidades básicas como ir al baño solos, lavarse los dientes, bañarse, colorear, pintar, pegar, insertar objetos, aprender colores, formas, tamaños, abrocharse las agujetas, camisas, pantalones etc. En si son usuarios que necesitan mayor atención y que se esté a su lado al momento de trabajar ya que muchos tienden a tomar objetos dañinos para ellos o comer cosas al no saber medir el peligro, al estar trabajando en esta mesa había usuarios que comían periódico, plastilina entre otras cosas, decían malas palabras,

peleaban, teníamos que llamarles la atención seguido y ayudarles para que pudiesen concluir las actividades.

Mesa amarilla: Los sujetos de esta mesa eran capaces de realizar actividades con un grado más de dificultad, como recortar, identificar formas, colores, hacer clasificaciones, recortar, ir al baño, lavarse los dientes, bañarse etc. por su cuenta, ellos no necesitaban de tanta ayuda ni que estuvieran con ellos todo el tiempo para ayudarlos con su trabajo solo preguntaban en caso de tener alguna duda.

Mesa verde: En esta mesa los usuarios podían realizar actividades con más complejidad como hacer sumas, restas, multiplicaciones, escribir su nombre, llevar a cabo los hábitos de limpieza por si solos. Con ellos basta solo darles indicaciones y el material necesario para trabajar ya no era obligatorio por así decirlo que estuviesen cuidando de ellos ya que podían hacer por su cuenta todo lo que se les pedía.

Es importante resaltar que en la mesa amarilla y verde el método para sancionar a los usuarios por no seguir indicaciones o tener un mal comportamiento era similar al de la mesa roja en cuanto enviar a sus padres citatorios o suspenderlos por periodos que iban de 1 a 2 días y si era grave lo que hacían podía ser hasta 1 semana máxima de suspensión.

2. Marco Teórico

El presente capítulo tiene la finalidad de que el lector conozca los sustentos teóricos e institucionales que erigen la realización de esta investigación, en torno a la comprensión del programa efectuado de acuerdo con sus características procedimentales e instrumentales y participantes a los que fue destinado, así como una descripción del lugar en donde se llevó a cabo.

Para ello, la conformación de este capítulo comienza la sección llamada marco institucional, la cual tiene por objeto describir las características de la institución en la cual fue llevado el programa, seguidamente se presentará el marco teórico el cual contiene información bibliográfica que dio sustento a la realización del programa, finalmente se presenta una conclusión en torno a la importancia de la información presentada y dando pie a la presentación del capítulo siguiente llamado método de la investigación.

2.1. Terapia ocupacional.

En 1986, la Asociación Americana de Terapia Ocupacional adoptó una definición de diccionario para describir la profesión “terapia ocupacional es el uso terapéutico de las actividades de autocuidado, trabajo y juego para incrementar la independencia funcional, aumentar el desarrollo y prevenir la incapacidad. Puede incluir la adaptación de tareas o del entorno para alcanzar la máxima independencia y para aumentar la calidad de vida”. (Durante y Noya, 1988, p. 31)

La AOTA (1999) citado por Fernández (2015, p.121) define la Terapia Ocupacional como el análisis y aplicación de ocupaciones seleccionadas, de la vida diaria, que tienen un significado y propósito para el individuo y le capacita para desarrollar, recuperar, fortalecer

o prevenir la pérdida de hábitos, habilidades, tareas, rutinas, o roles ocupacionales que ha realizado en el pasado o está aprendiendo a realizar para participar en la medida de lo posible como miembro de su entorno personal, social, cultural o económico.

Mary Law (1997) citado por Sánchez (2013, p. 82) nos habla del Modelo canadiense del desempeño ocupacional: Concibe a la persona como un ser espiritual con capacidad para identificar, escoger y participar en ocupaciones significativas en su entorno, cuya realización le proporciona bienestar. Esto contribuye a un equilibrio ocupacional que permite al sujeto expresarse y desarrollarse como ser único.

Dunton (1917) citado por Schell, Gillen y Scaffa (2016, pp. 5-6) llamado frecuentemente padre de la terapia ocupacional, fue el líder defensor de la terapia ocupacional a través de sus prolíficos escritos y de numerosas presentaciones profesionales. Dunton era un psiquiatra convencido desde un comienzo del valor de la ocupación por su trabajo como supervisor de las clases de ocupación en el Sheppard Pratt Hospital, Maryland. Este autor propuso que la terapia ocupacional representara una continuación del enfoque denominado tratamiento moral (reeducación moral) de las personas con enfermedades mentales, que había sido introducida en el siglo anterior.

2.2. Tratamientos iniciales de la TO.

Meyer según Schell, Gillen y Scaffa (2016, p.p. 6-7) agrego la idea de que la enfermedad mental se debía a un problema de adaptación, de deterioro de los hábitos y falta de equilibrio entre trabajo y ocio. El propone como solución el incremento de hábitos, para brindar

oportunidades de participación en ocupaciones que fueran placenteras, creativas y educativas.

Slagle (1924) citado por Schell, Gillen y Scaffa (2016, p 6) era una trabajadora social atraída desde el comienzo por el valor terapéutico de la ocupación gracias a su asociación con Julia Lathrop y Jane Addams, de Hull House. Más adelante, como directora de terapia ocupacional en la Phipps Clinic, implemento el entrenamiento en hábitos como forma de estructurar la participación en ocupaciones de las personas con enfermedades mentales graves.

Un personaje importante en la terapia ocupacional mencionado en esta bibliografía es: (Johnson, 1920) citado por Schell, Gillen y Scaffa (2016, p.6) una ex maestra de artes y artesanías. Fue una firme defensora del uso de la artesanía manual en la terapia ocupacional como forma de ayudar a los pacientes a recuperar su autoconfianza, reorientar sus pensamientos y fortalecer sus cuerpos mediante el uso del ejercicio físico graduado.

2.3. Propósitos de la TO.

El “propósito” en la actividad significativa es producir una respuesta calculada del paciente ante la actividad que se aplica a sus objetivos de tratamiento. Dependiendo de los objetivos terapéuticos, la ejecución de la actividad puede proporcionar el medio de incrementar la fuerza, fomentar la interacción social, disminuir la ansiedad o estimular función cognitiva. Las actividades pueden graduarse, secuenciarse o monitorizarse; pueden ser facilitadoras, protectoras o adaptativas. Según se involucra el paciente en la actividad, se está trabajando hacia el incremento de la función; esto es el punto clave.

La base filosófica de la Terapia Ocupacional descansa sobre la actividad propositiva. Conocer y comprender desde el principio hasta el fin de esta actividad es crucial para el terapeuta ocupacional. Subrayar esto es una forma particular de pensar sobre la actividad como medio de ayudar a la gente a alcanzar, mantener o volver a la vida productiva. (Durante y Noya, 1988, p.p. 37-38)

Wilcock (1998) citado por Romero y Moruno (2003, p. 11) el cual nos dice que: el bienestar psicológico y social, aspectos esenciales en el concepto actual de salud, están vinculados a la capacidad del ser humano de desarrollar ocupaciones socialmente valoradas. Dicho de otra forma, realizar o participar en ocupaciones personal y socialmente significativas influye en nuestro bienestar psíquico y social, la ocupación puede ser considerada como un medio terapéutico. En la medida en la que la ocupación está relacionada o puede contribuir a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y la discapacidad, al desarrollo, adquisición, mantenimiento, mejora o recuperación del nivel óptimo de funcionamiento psicológico y de las estructuras corporales, así como a la autonomía personal, la productividad y la adquisición de estilos de vida satisfactorios y a la participación e integración al medio.

2.4. Beneficios de la TO.

El principal beneficio de la terapia ocupacional es dominar habilidades que ayudan a los niños a desarrollarse, recuperarse o mantener habilidades de la vida cotidiana. La meta de un terapeuta ocupacional es ayudar a los individuos a tener vidas independientes, productivas y satisfactorias.

Así como mejorar las habilidades del niño/a para lograr independencia para alimentarse, bañarse, vestirse y otras actividades de cuidado personal. Los beneficios menos obvios de la terapia ocupacional pueden incluir: Crear intervenciones para ayudar a un niño/a a responder en forma adecuada a información que le llega a través de los sentidos. La intervención puede incluir actividades del desarrollo, integración sensorial o procesamiento sensorial y actividades lúdicas. Facilitar actividades lúdicas que eduquen además de ayudar al niño/a a interactuar y comunicarse con los demás. Identificar, desarrollar o adaptar la participación en actividades significativas que mejoren la calidad de vida del niño/a. Reducir barreras ambientales que limitan la participación del niño/a en las actividades familiares, comunitarias e instructivas. Identificar dispositivos tecnológicos de apoyo necesarios. Preparar a la familia y al niño/a para cambios en roles y rutinas. Educar a la familia y al personal escolar sobre las diversas necesidades del niño/a. Mejorar el desarrollo de habilidades sociales y actividades recreativas en el ambiente escolar. Ayudar con la movilidad en la escuela mediante la recomendación de adaptaciones, acomodaciones y equipo. (My Child Without Limits.org, 2016, párr. 1-11)

2.5. Programas basados en la TO.

“El análisis ocupacional examina cinco áreas: el entorno creado por la ocupación, la motivación que puede elicitar, las formas en que organiza las conductas, las destrezas que utiliza y los tipos de respuestas que genera.” (Durante y Noya, 1988, p. 38)

Una clave para el tratamiento en TO es la identificación cuidadosa de las destrezas requeridas para una actividad prescrita, así como una total comprensión de la actividad. (Durante y Noya, 1988, p.p. 36-37)

2.6. Diseños de programas basados en la TO.

Los terapeutas ocupacionales se dirigen a los resultados deseados y determinar los servicios, apoyos, y las modificaciones o adaptaciones necesarias para lograr esos resultados. A través de la comprensión del impacto de la discapacidad, la enfermedad y el deterioro en la forma en que un niño se desarrolla, obras de teatro y aprende nuevas habilidades, terapeutas ocupacionales mejoran la capacidad del niño para participar en la vida diaria. El resultado deseado del tratamiento es ayudar a los niños a aprender a ser lo más independiente posible.

Esto puede ir desde la mejora de las capacidades físicas que el niño pueda participar en el autocuidado para ayudar al niño a estar preparado para llevar a cabo actividades relacionadas con la escuela. Debido a que cada niño es único, los objetivos y los resultados del plan de tratamiento de terapia serán específicos para ese niño y sus necesidades. Esto significa que la terapia es continua hasta que el niño alcance las habilidades necesarias. Una vez que se dominan las habilidades en un área, por ejemplo, el cuidado personal, la terapia se enfocará en otras habilidades que se necesitan para ser funcional en la comunidad. Una vez más, la naturaleza de la terapia depende de la discapacidad de su hijo, lo rápido que aprende nuevas habilidades y los objetivos de la familia (My Child Without Limits.org, 2016, párr. 12-14).

2.7. Modalidad de la intervención basada en TO.

Trombly (1995) citado por Romero y Moruno (2003 p.p. 18-19), el cual nos menciona que esta modalidad de intervención concibe la *ocupación* como fin en sí misma: el desempeño ocupacional es la meta última a alcanzar y los objetivos de la intervención o tratamiento son

el desempeño de tareas y actividades asociadas a los roles del individuo. La significación de las ocupaciones, fin último del tratamiento y elemento clave de la intervención, se basa en las creencias y valores de la persona, por tanto, esa significación es individual, construida a lo largo de la historia personal y atravesada por aspectos culturales, sociales y familiares. A si mismo desde esta perspectiva nos dice que las intervenciones del terapeuta ocupacional tienen como propósito: Contribuir al desarrollo normalizado de las estructuras y funciones corporales y psicológicas, así como de las relaciones sociales, las emociones y los vínculos afectivos. Promover el mantenimiento, restauración o recuperación de estas.”

En todos los casos, deberá tener en cuenta a la familia del sujeto como elemento de suma importancia impactado por la discapacidad de su miembro, y por su potencial apoyo natural en el proceso de intervención (Schell, Gillen y Scaffa, 2016).

La AOTA (2002) citado por Schell, Gillen y Scaffa (2016, p.5-9) propone varios niveles para tener en cuenta en la práctica clínica, áreas de ocupación: actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, educación, trabajo, juego, ocio, participación social. **Habilidades de ejecución:** habilidades de procesamiento, habilidades motoras, habilidades de comunicación / interacción. **Patrones de ejecución:** hábitos, rutinas, roles. **Contexto:** cultural, físico, social, personal, espiritual, temporal, virtual. **Demandas de la actividad:** objetos usados y sus propiedades, demandas espaciales y sociales, secuenciación y temporalización, acciones requeridas. Funciones y estructuras corporales requeridas. **Factores del sujeto,** funciones corporales. Estructuras corporales.

2.8. Técnicas empleadas en la TO.

En relación con el grupo de pacientes: Lograr un clima de convivencia sin exigencias, distendido. Favorecer la expresión espontánea de los participantes. Lograr un equilibrio entre los papeles ligados a la actividad y papeles emocionales que aseguren niveles de tensión no perturbadores en las tareas. (Durante y Noya, 1988, p. 233).

En relación con el paciente: Estimular la flexibilidad ideativa, que las ideas correspondan a distintos campos y categorías. Incrementar la tolerancia al esfuerzo y la conciencia de la percepción. Entrenar la capacidad de elaboración, análisis y síntesis. Promover la confrontación del criterio de realidad individual con el del grupo (Durante y Noya, 1988, p. 233).

2.9.Desventajas del uso de la TO.

En el desarrollo de un programa de terapia ocupacional para su hijo, es importante desarrollar un conjunto de expectativas realistas con el terapeuta. Estas expectativas deben ser revisadas de vez en cuando a medida que el niño progresa. Sólo a través de evaluaciones periódicas del programa de terapia global va a ser capaz de determinar el impacto que está teniendo en su niño, y, la calidad de vida de su familia. (My Child Without Limits.org, 2016, párr. 15-16)

Parecería que no hay inconvenientes o desventajas de la terapia ocupacional, pero en realidad existen problemas de naturaleza práctica que se deben considerar. Estos incluyen el compromiso de tiempo al programa, la disponibilidad de servicios, el impacto de la terapia sobre otros miembros de la familia y el costo que implica la atención continua.

“Al desarrollar un programa de terapia ocupacional para su hijo/a, es importante desarrollar un conjunto de expectativas realistas con el terapeuta. Estas expectativas pueden

revisarse de vez en cuando a medida que el niño/a progresa. Usted será capaz de determinar el impacto que el programa terapéutico tiene sobre la calidad de vida de su hijo/a y su familia sólo mediante evaluaciones periódicas” (My Child Without Limits.org, 2016, párr.16).

2.10. Empleo de la TO en pacientes con discapacidad intelectual (DI).

“En el XV Congreso Nacional de Psiquiatría, que se celebra en Oviedo y que ha sido organizado por la Sociedad Española de Psiquiatría, Sociedad Española de Psiquiatría Biológica y la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, finalmente se ha anunciado la desaparición del término “retraso mental”. (Autismo diario, 2010, párr.1) “Este anuncio ha sido realizado por Geoffrey M. Reed, director de proyectos del departamento de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) durante su intervención en la jornada de apertura del citado congreso.” (Autismo diario, 2010, párr.2) A partir de ahora se cambia la denominación por la de “Trastorno del desarrollo intelectual” y también se modifica el modelo de evaluación. Este cambio en el modo diagnóstico, de intervención y de definición, suponer un paso adelante en la modernización y adaptación de conceptos médicos a la realidad actual. Se pretende que este nuevo modelo de clasificación diagnóstica de una mayor importancia en la capacidad de desenvolvimiento en la vida diaria de las personas que tienen este trastorno. (Autismo diario, 2010, párr.3)

“Retraso mental”, sus acepciones y la complejidad de comprender la inteligencia. Este es sin duda un nuevo paso adelante para poder comprender mejor las diferencias que presentan las personas con este tipo de diferencias en su modo de inteligencia que debe de acercarnos a un modelo menos exclusivo y orientado a la segregación para dirigirnos a un

modelo de integración y aceptación de las diferencias y la diversidad. (Autismo diario, 2010, pàrr.5)

El término de Retraso Mental se utiliza para designar una gran variedad de condiciones físicas y mentales. Las personas retrasadas varían en gran manera en cuanto a la capacidad intelectual, desde el individuo retrasado que carece de lenguaje, cuyo cociente intelectual no puede destacarse por medio de test y ha de llevar una vida vegetativa, sometida a constante control médico, hasta el levemente retrasado, que aparente poseer una capacidad intelectual perfectamente normal hasta que se enfrente a las tareas escolares de matemáticas o de lectura. Hay personas retrasadas que padecen, asimismo, deficiencias físicas y otras que no presentan ninguna. Pueden tener algunos graves problemas emocionales, mientras que otras se hallan notablemente bien adaptadas. Habrá quienes necesiten ayuda y protección durante toda su existencia, y quienes consigan llevar una vida adulta independiente. (Autismo diario, 2010, pàrr.5), por otro lado, la OMS (2001) define el retraso mental como una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa que se manifiesta en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años, Shell, Gillen y Scaffa (2016, p.56).

Las siguientes cinco premisas son esenciales para la aplicación de esta definición: I) Las limitaciones en el funcionamiento presente deben considerarse en el contexto de ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura. II) Una evaluación válida ha de tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y comportamentales. III) En un individuo las limitaciones a menudo coexisten con capacidades. IV) Un propósito importante de

describir limitaciones es el desarrollar un perfil de los apoyos necesarios. V) Si se ofrecen los apoyos personalizados apropiados durante un período prolongado, el funcionamiento en la vida de la persona con retraso mental generalmente mejorará, Schell, Gillen y Scaffa (2016, p. 78).

2.11. Intervención en DI.

“Los testimonios de personas con discapacidad están repletos de historias de actitudes negativas de los otros y de discriminación y rechazo directo.” (Kielhofner, 2011, p.p. 93-94), este es un punto que se debe tomar en cuenta ya que los aplicadores de la terapia ocupacional deben contar con una parte humanista, para dar un buen trato a cada paciente o usuario verlo como un ser único para así lograr que la terapia tenga mejores resultados. Como hemos indicado, toda intervención sobre retraso mental debe contar con la familia del sujeto. Los modelos expuestos anteriormente incluyen a la familia entre los factores contextuales.

Una vez expuesto cuanto antecede, es evidente la valiosa aportación de la Terapia Ocupacional a la intervención multidisciplinar sobre personas con retraso mental, así como los numerosos puntos de encuentro entre los dos modelos (AARM y AOTA). Cabe señalar y valorar el esfuerzo que suponen los pasos dados hacia una aproximación y acuerdo entre cuantos conforman dicho ámbito multidisciplinar, tendente a encontrar modelos complementarios en los aspectos teóricos y prácticos. La Terapia Ocupacional, que tiene un camino propio, se basa, además, en conocimientos adquiridos por la comunidad científica desde la Medicina, la Psicología y la Sociología, entre otros saberes. Unos y otros deben reconocer y aprovechar la labor de los demás en aras de una oferta de salud de calidad a la sociedad (Schell, Gillen y Scaffa, 2016, p. 78).

Capítulo 3 Método de la Investigación

1. Enfoque de la Investigación

El enfoque de esta investigación fue cuantitativo, ya que de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2014) este enfoque se caracteriza principalmente por el hecho de que plantea hipótesis las cuales se someten a prueba mediante la medición numérica y análisis estadísticos, además que este enfoque plantea una secuencia al momento de llevarse a cabo, y que por otro lado que pretende demostrar la veracidad de las teorías o modelos empleados.

2. Alcance de la Investigación

Retomando a Hernández, Fernández y Baptista (2014) el alcance de esta investigación fue de carácter descriptivo – correlacional, debido a que, por un lado, es descriptivo porque estos estudios describen un fenómeno o una situación en su contexto, resaltando que se dan detalles de cómo se manifiesta el fenómeno, además de especificar propiedades, las características y el perfil del fenómeno estudiado.

Además, es de carácter correlacional ya que de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2014) los estudios correlacionales buscan conocer el grado de una relación no causal entre una variable independiente y una dependiente, en este sentido, se generaría un valor explicativo parcial, en el cual la variable independiente afecta la variable dependiente, puesto que no se contemplan otras variables que inciden de cierta manera en esta vinculación.

3. Diseño de la Investigación

Esta investigación se abordó bajo un diseño de estudios de caso, ya que de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2014) los estudios de caso se centran en la descripción y

el análisis de una o varias unidades (p.ej., participantes) de una manera forma sistemática y holística en torno a lo que se pretende desarrollar y conocer de acuerdo con las características de la investigación.

De acuerdo con ello, se dará paso a detallar las propiedades del diseño de estudio que compete a la investigación realizada, por un lado, de acuerdo con Grandy (2009a) y Stake (2006) citado por Hernández, Fernández y Baptista (2014, p.7) el presente estudio de caso, de acuerdo con su finalidad es carácter instrumental, ya que este es de naturaleza descriptiva y correlacional, en este sentido debido a que la investigación planteó trabajar con tres estudios de caso, de acuerdo a la tipología de estos autores se dice que son estudios de caso colectivos, ya que involucra diversos estudios de caso instrumentales.

Además, por el tipo de datos recolectado de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2014) los estudios de caso con cuantitativos, ya se emplean herramientas de análisis numérico de acuerdo a categorías preestablecidas, así mismo, en cuanto a que estos participantes recibieron un programa de intervención, se considera que el diseño fue de carácter cuasiexperimental ya que de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2014), estos diseños no plantean el uso de grupos control, ni la intervención en el contexto de un laboratorio en el cual existe una manipulación estricta de variables, sino más bien, la intervención se efectúa en un ambiente donde existen variables extrañas que inciden en los resultados obtenidos en raíz de la intervención.

Finalmente, otra característica del diseño de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2014) fue que la investigación se basó en un diseño longitudinal de panel, ya que este tipo de diseño permite el seguimiento a través del tiempo a los usuarios que forman parte de una intervención, es decir, dar un seguimiento en torno a cómo avanzan a medida que transcurre el programa.

Finalmente, de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2014), los estudios de caso no pretenden generalizar los resultados a una muestra ni una población, por lo que esta investigación no pretende buscar establecer que esta genere resultados similares en otras muestras, no obstante, el programa puede servir de base para ser empleado y con ello comprobar su efectividad en otros participantes.

4. Sujetos de Investigación

Los sujetos que a continuación se mencionarán, proceden de una población de usuarios diagnosticados con discapacidad intelectual moderada que acuden a atención a la CSM, de la misma forma, la muestra de la cual procedieron se basó en el conjunto de usuarios diagnosticados con discapacidad intelectual moderada que presentan características similares, no obstante, el objetivo de mencionar esto es con el fin de generar una imagen que rodee la investigación, y como se mencionó en el apartado anterior, esta no tiene la finalidad de generalizar los resultados.

De ahí que la realización de esta investigación se basó en tres usuarios, con un rango de edad que osciló entre los 30 a 40 años, y que están diagnosticados con discapacidad intelectual moderada, los cuales están clasificado en la mesa roja de acuerdo con el sistema de organización fijado por la CSM, tales usuarios proceden de familias con un nivel socioeconómico medio y que viven en la ciudad de Matehuala.

4.1. Criterios de inclusión.

Los criterios empleados para seleccionar a los participantes fueron los siguientes:

- Usuarios con diagnóstico de retraso mental moderado.

- Que presentarán déficits en áreas de autonomía en las cuales se enfocó el taller.
- Que asistieran diariamente a la CSM.
- Que estuvieran ubicados en la mesa roja.
- Que presentan patologías mentales graves que necesitarán cuidados especiales, por ejemplo: esquizofrenia, demencia.
- Que no presentarán patologías físicas que les pudieran incapacitar moverse o realizar una actividad física.
- Que los tutores de los participantes autoricen que su tutorado participe en la realización de la intervención.

5. Pasos que Comprendió la Investigación

La realización de esta investigación se basó a nivel general en los siguientes pasos, en un primer momento, se llevó a cabo una fase de evaluación que consistió en aplicar las actividades en las que se iba a trabajar con el programa, esto con la finalidad de conocer el nivel de desempeño y realización de estas.

Posteriormente se citó a los tutores de los usuarios para comentarles el propósito de la intervención a lo que mencionaron estar de acuerdo, habiendo definido esto, de acuerdo a los resultados encontrados en la evaluación inicial se procedieron a seleccionar los materiales en los que se enfocaría el taller, para luego dar paso a su realización, en este sentido, las actividades que les aplicarían tenían que ser precisas (concretas) para que pudieran realizarlas según las habilidades con las que contaban, además de que después de la realización de dicha actividad, se les daba un descanso de entre 10 a 15 minutos para luego comenzar con otra actividad.

En cuanto a la rutina de trabajo, esta consistió en aplicar actividades asociadas a cada una de las áreas (variables dependientes) en las que se enfocó el programa, no obstante los días viernes se suspendían actividades de trabajo para dedicarlo a una actividad llamada “Viernes Social”, en donde cada mesa tenía un viernes para aplicar actividades que se llevaban a cabo en el patio de la institución (por ejemplo, jugar a enanos y gigantes, a la traé, buscar frases por equipos, festejábamos días importantes etc.), en este sentido, los participantes disfrutaban estos días ya que a parte de “jugar” por así decirlo, recibían premios, comíamos todos juntos, platicaban lo cual estimulaba desarrollaba y fortalecía sus habilidades sociales.

En síntesis, esto fue lo que se realizó en las semanas que conformaron la intervención, no obstante, en la antepenúltima semana se llevó a cabo una vendimia de productos realizados por los usuarios y finalmente, la última semana se llevó a cabo una evaluación de los resultados de la intervención.

6. Procedimientos para la Recolección de Datos

En un primer momento los instrumentos para recolectar datos se basaron en la bitácora de campo y un registro del número de frecuencias, en torno a la bitácora de campo la investigadora anotaba todos los avances que iban generando los usuarios a lo largo del tiempo, así como los obstáculos que fueron suscitando y las soluciones que se les daban, esta bitácora llevaba un formato con los siguientes elementos: Nombre de la actividad, el área de desarrollo, los materiales que utilizados, el procedimiento que se llevaría a cabo, el tiempo operativo y el tiempo de descanso posterior a su realización.

Por otro lado, el número de frecuencias se basó en el número de conductas esperadas que realizaban los usuarios para cada una de las áreas en las que se enfocó la intervención,

dicha información se encontraba en las cartulinas de la economía de fichas, en este sentido, al término de cada viernes, la investigadora hacía un conteo de conductas esperadas realizadas para cada usuario, el conteo se basaba que para cada conducta esperada se le asignaba el valor de 1.

7. Mecanismos para el Procesamiento de Datos

Los procedimientos para el procesamiento de datos consistieron en que los datos generados por medio del conteo del número de frecuencias constituyeron una línea comparativa, semana por semana, de cada una de las áreas en las que se enfocó el taller, con el fin de mostrar los avances logrados por cada uno de ellos, esta línea comparativa se basa en gráficas que fueron elaboradas en Excel y su importancia radica en que permite comparar los resultados a lo largo del tiempo y con ello determinar que el programa logro lo que pretendía en un principio.

8. Mecanismos para la Interpretación de Datos

En base a lo comentado la información encontrada, se basará en generar una línea comparativa que ayude a determinar el progreso que de cada uno de los participantes en torno a las distintas áreas en las que enfoco el programa, con ello de describirán los avances, lo cual ayudará a conocer de una forma conservadora si el programa contribuyó a desarrollar y fortalecer los hábitos, habilidades y competencias en los que se enfocó el taller.

Capítulo IV Resultados de la Investigación

En términos generales, el programa de intervención relativamente cumplió lo que se pretendió en un principio, ya que los participantes pudieron desarrollar en cierta medida las habilidades, hábitos y competencias que se pretendieron desarrollar, esto se observó en la numero frecuencias que denotaron la calidad de los trabajos realizados, los cuales involucran el desarrollo de habilidades cognitivas, así como también aprendieron a relacionarse con las personas involucrando con ello las habilidades sociales, adquirieron mayores aprendizajes acerca de autocuidado, sin embargo, cabe mencionar que es necesario reforzar constantemente a los usuarios ya que en sus hogares no ponen en práctica lo aprendido en la institución, en función de lo anterior, se procederá a mencionar los resultados encontrados en la intervención.

Inicialmente, al momento de hacer la fase evaluación inicial, la cual tuvo una duración de una semana, se observó que los participantes, tendían a tomar a comer cosas como, p.ej., periódico, plastilina entre otras cosas, además decían palabras altisonantes, peleaban, por lo que se les tenía que llamar la atención frecuentemente y ayudarles para que pudiesen concluir las actividades, además que requerían apoyo para realizar actividades complejas, además en cuanto a las áreas de trabajo se observó que en general, estas se encontraban pobremente desarrolladas

No obstante, esta evaluación inicial ayudo a fijar las actividades a emplear de acuerdo al programa establecido, en este sentido, dentro de las actividades que constituyeron el programa, se observó que a medida que fue transcurriendo el programa, los participantes generalmente realizaban sin distracción, las actividades manuales relacionadas con la elaboración de objetos que se les proponía (ver anexo A y B), además, aquellas relacionadas

con el colorear y pintar (ver anexo A y B), esto llamó la atención de la investigadora, puesto que los usuarios decían “me gusta colorear”, “quiero pintar”, “hoy vamos pintar”, lo cual por un lado satisfacía a los usuarios y por otro se estimulaba su motricidad fina, además que la realización de estas actividades creaba un ambiente de convivencia respetuosa y cordial.

En relación con lo anterior, fue significativo el particular interés que demostraban los participantes al momento de hacer actividades manuales, ya que cuando la investigadora llegaba al centro y se encontraba con alguno de los usuarios expresaban que ese día querían pintar y hacer (mencionar), además que en ocasiones cuando estaban realizando otra actividad preguntaban cuándo se volvería a hacer tales actividades.

Además, en torno a los hábitos de autocuidado se pudo apreciar que estos fueron desarrollándose, sin embargo, cabe destacar que los hábitos asociados a cepillarse los dientes y mantener su área de trabajo limpia estaban habían sido reforzadas, por lo que fue preciso dar continuidad a estas. De acuerdo con esto se comentarán los resultados para cada una de las áreas en las que se enfocó que programa.

1. Resultados Encontrados en el Área de Hábitos de Autocuidado

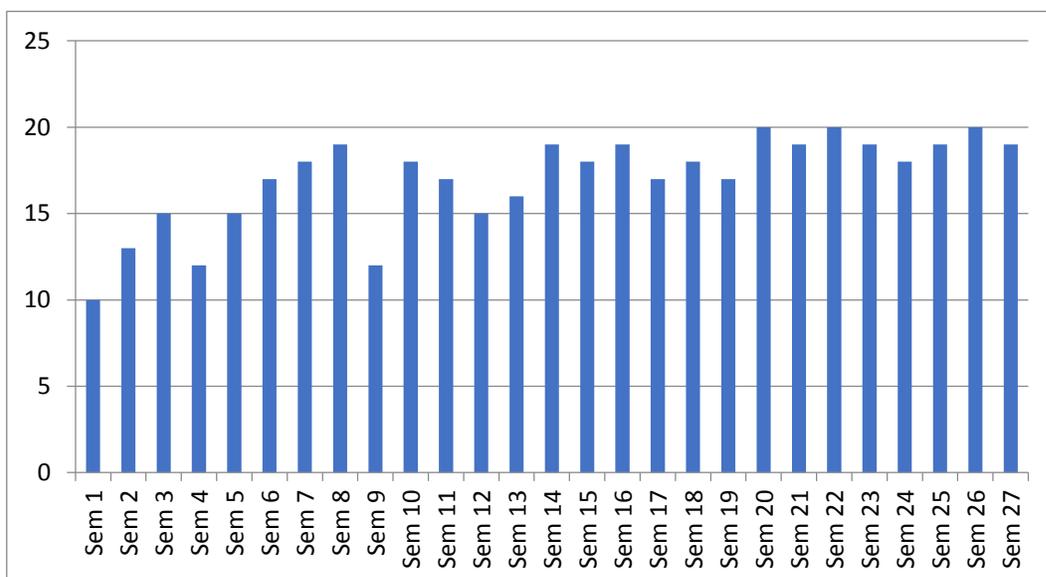
En esta área se encontró que los usuarios y tenían el hábito de cepillarse los dientes, puesto que esto se lo solicitaban personal de la institución, lo cual se cuestión de que dar continuidad a este hábito, en este sentido, la economía de fichas ayudó a que los usuarios pudieran hacerlo con un ánimo alegre y los reforzadores verbales ayudaron, lo mismo paso para los hábitos de mantener el área de trabajo y comedor limpio.

No obstante, en los hábitos en los cuales se pudo identificar cambios fueron los relacionados con lavarse las manos y llevar papel higiénico, en estos se presentan los resultados para los usuarios:

En cuanto al participante 1, al inicio se observó que esta conducta no la realizaba de manera frecuente, no obstante, a medida que fue transcurriendo el programa se notaron cambios, como se puede ver en la siguiente gráfica:

Gráfica 1

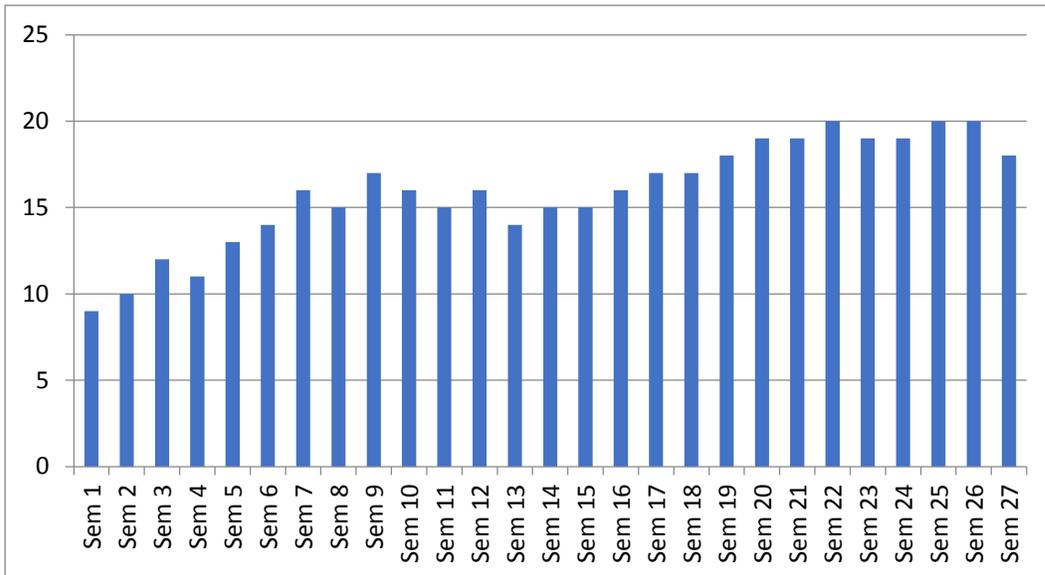
Participante 1, Lavarse las manos



En cuanto al participante 2, al igual que el usuario 1, al inicio se observó que esta conducta no la realizaba de manera frecuente, no obstante, a medida que fue transcurriendo el programa se notaron cambios, como se puede ver en la siguiente gráfica:

Gráfica 2

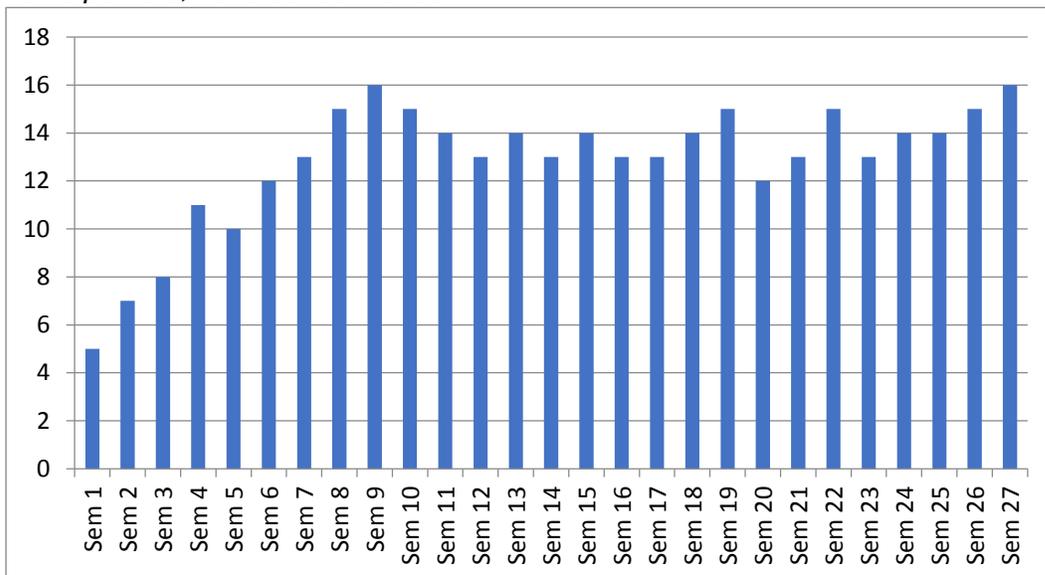
Participante 2, Lavarse las manos



Finalmente, el usuario tres, a diferencia de sus compañeros tuvo avance, pero en menor medida, como se observa en la siguiente gráfica:

Gráfica 3

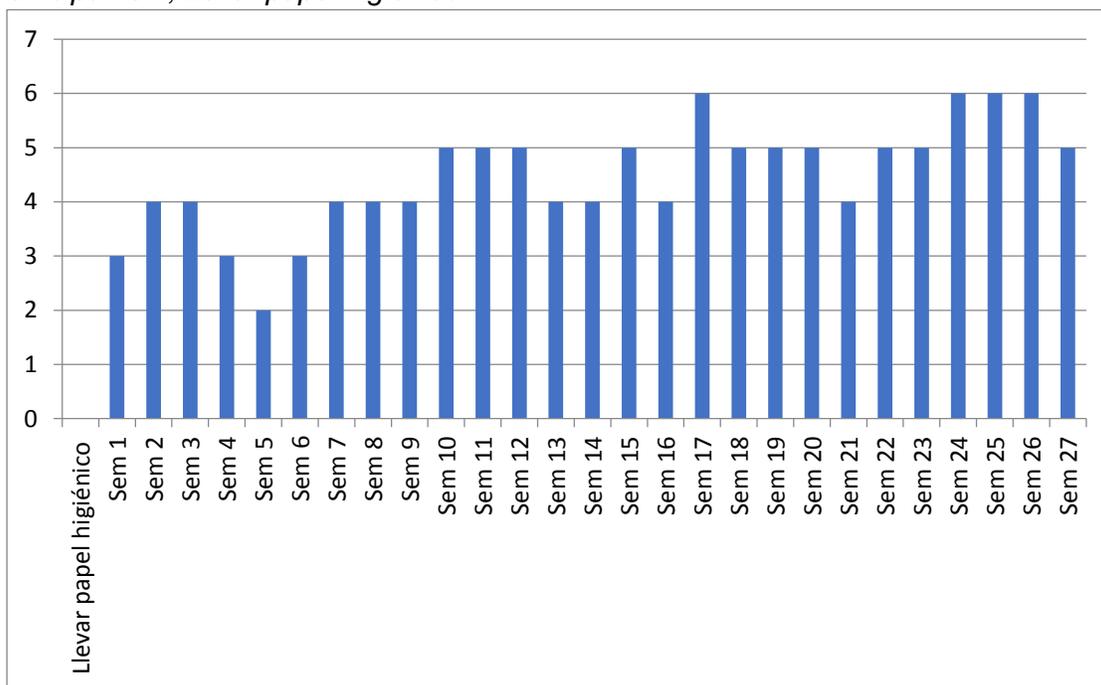
Participante 3, Lavarse las manos



En cuanto al papel higiénico se encontraron resultados similares en cuanto al patrón de frecuencias de visto en hábito pasado, es decir que los usuarios 1 y 2 pudieron incrementar la frecuencia de resultados de manera significativa, lo mismo para el participante 3, pero en menor medida, como se muestran en las siguientes gráficas por semana de intervención:

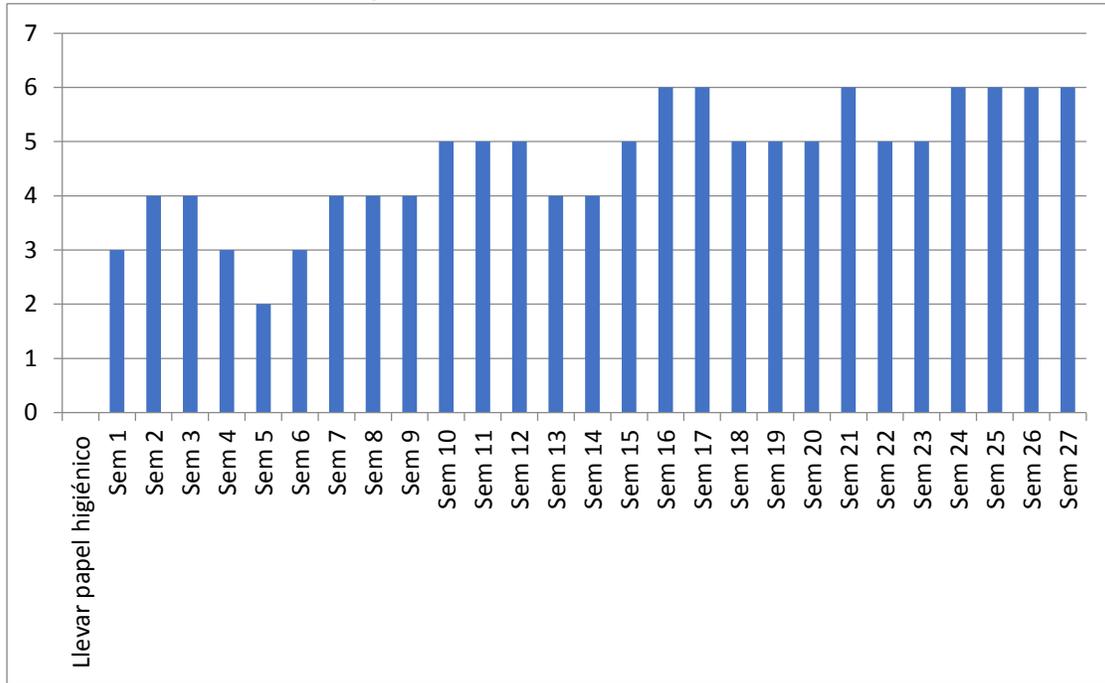
Gráfica 4

Participante 1, Llevar papel higiénico



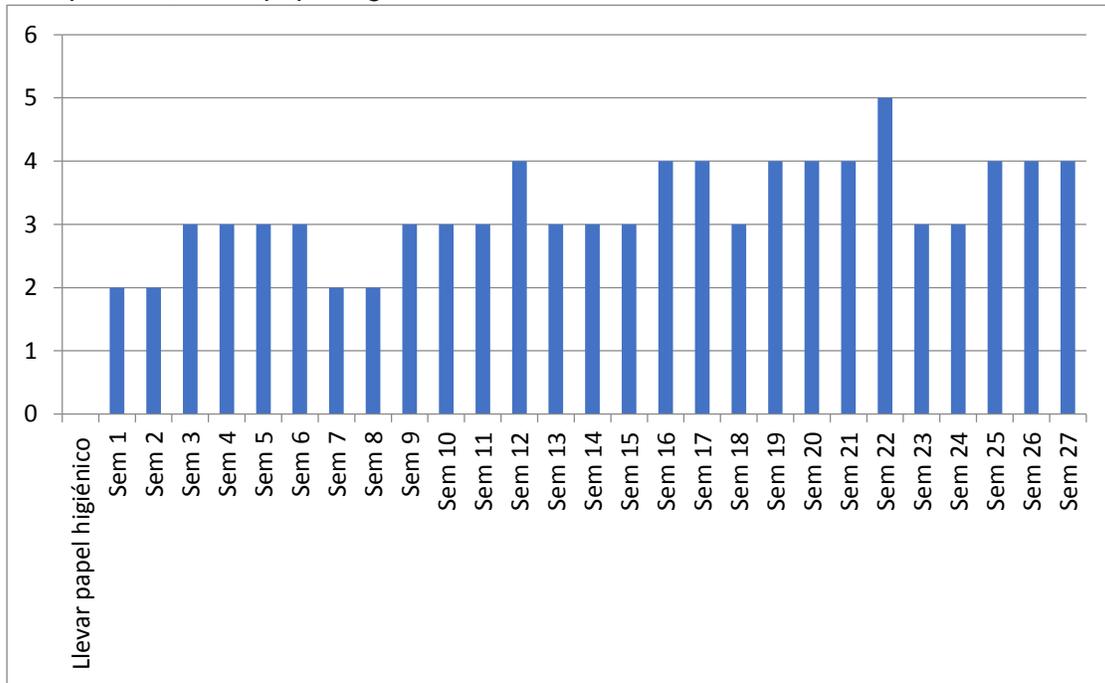
Gráfica 5

Participante 2, Llevar papel higiénico



Gráfica 6

Participante 3, Llevar papel higiénico

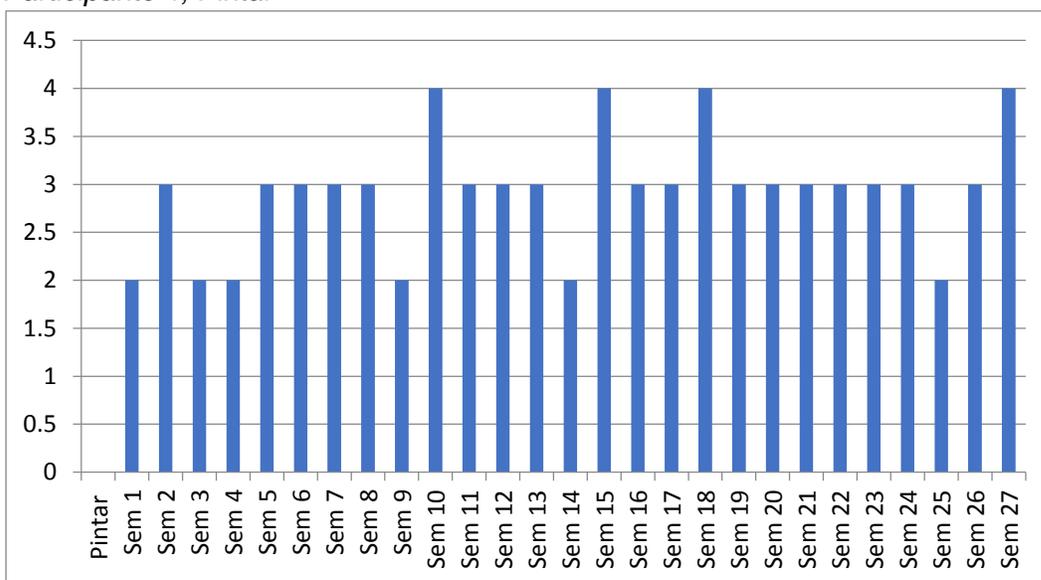


2. Resultados Encontrados en el Área de Pintar y Recortar

En esta área, en las que se enfocó el programa se pudo observar que los usuarios pudieron desarrollar gradualmente las actividades, no obstante, los cambios se hicieron evidentes, es decir, significativos en los participantes 1 y 2, como a continuación se muestra en las siguientes gráficas:

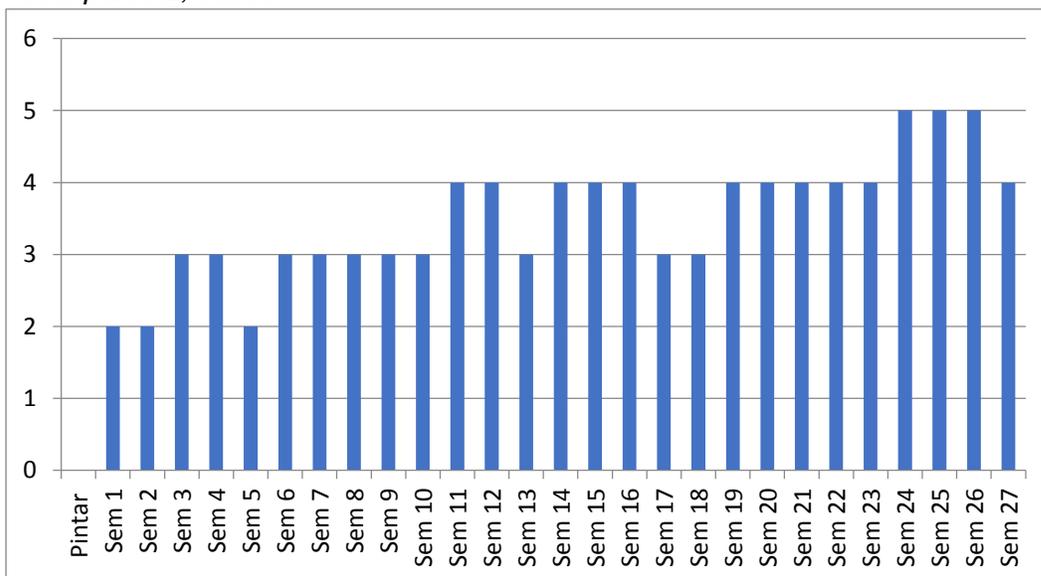
Gráfica 7

Participante 1, Pintar



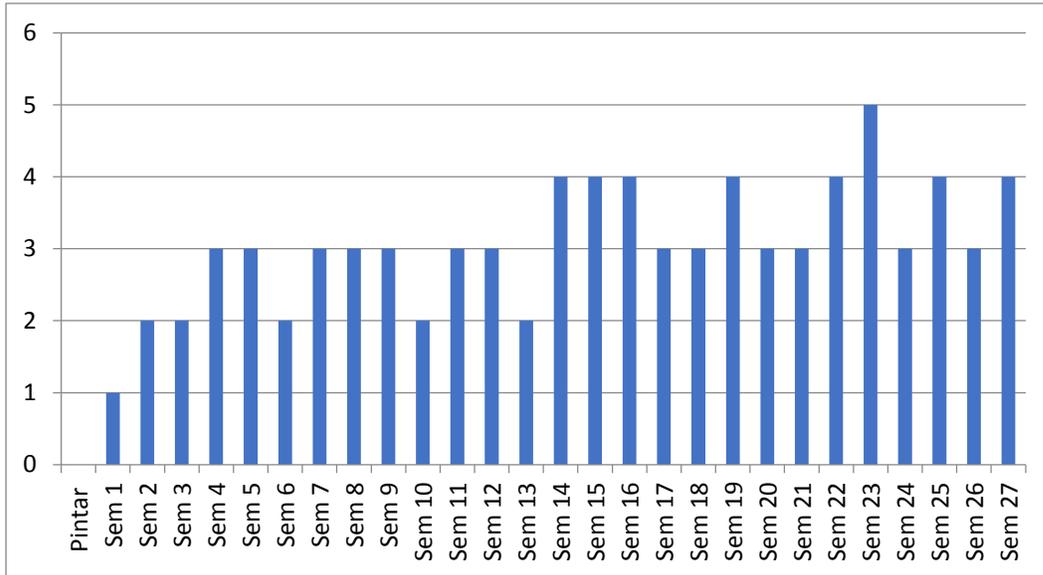
Gráfica 8

Participante 2, Pintar



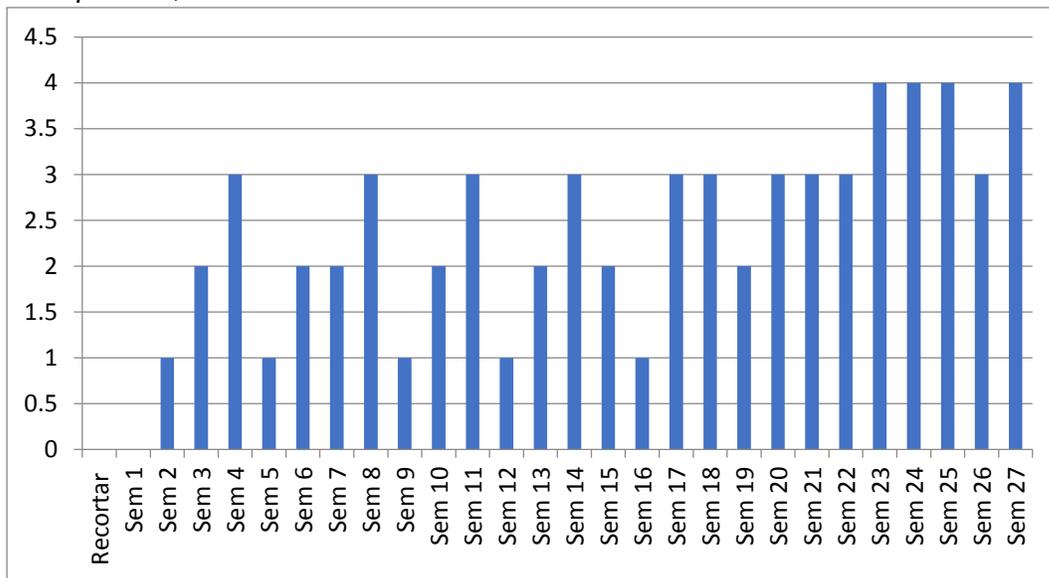
Gráfica 9

Participante 3, Pintar



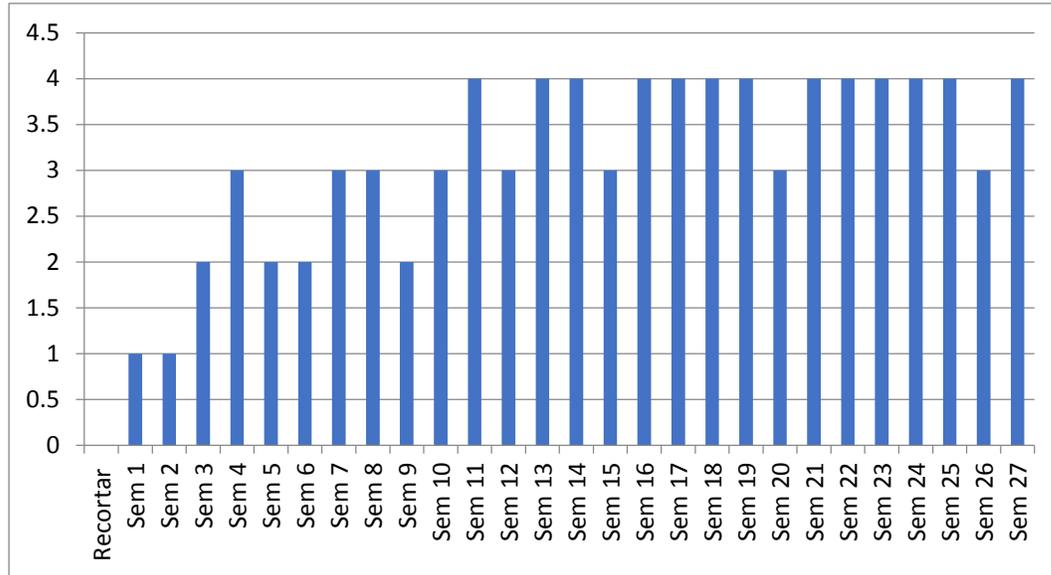
Gráfica 10

Participante 1, Recortar



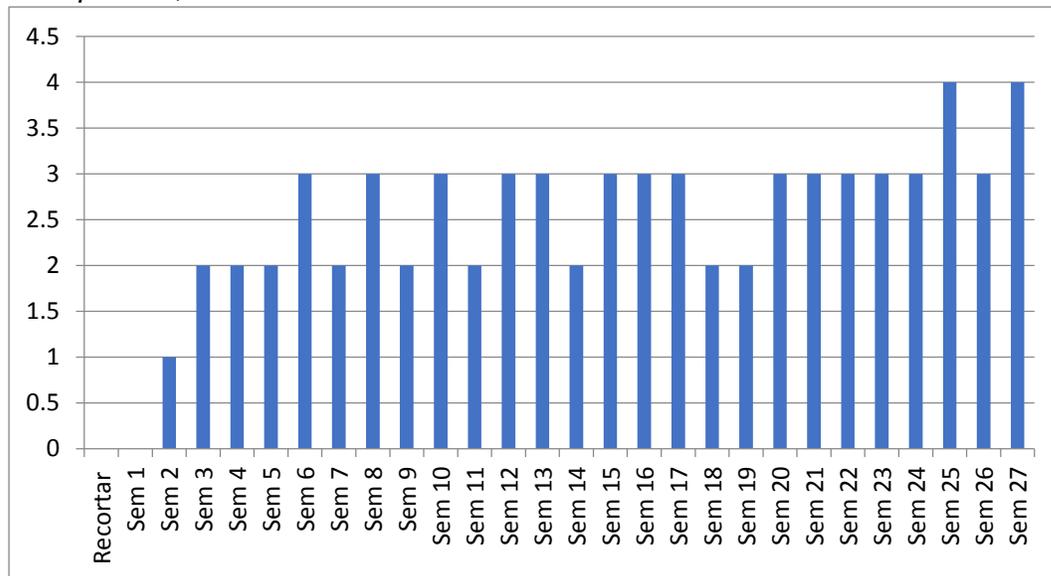
Gráfica 11

Participante 2, Recortar



Gráfica 12

Participante 3, Recortar



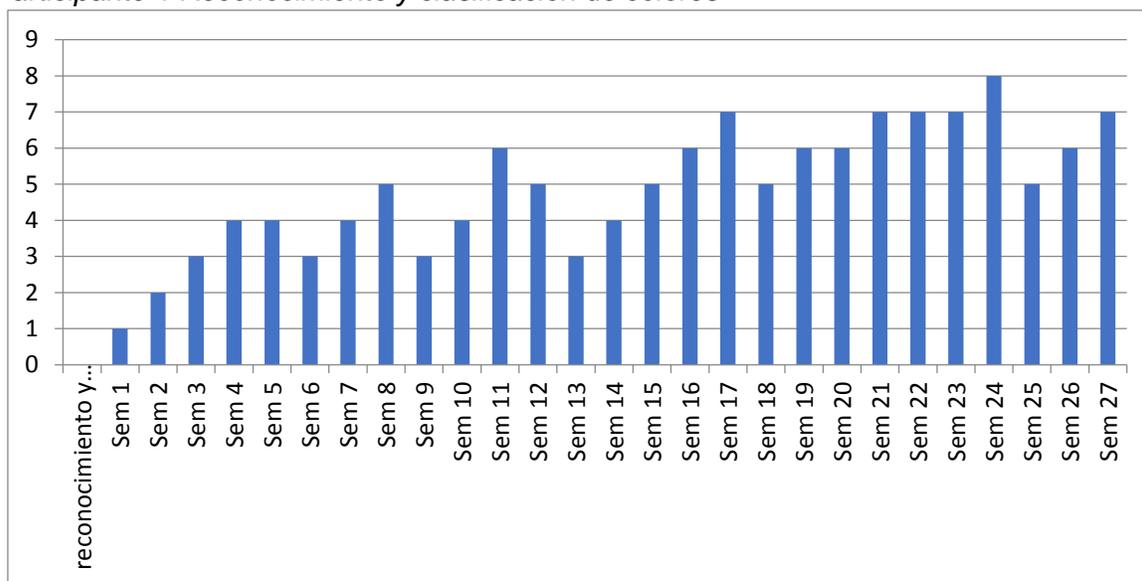
3. Resultados Encontrados en el Área de Habilidades Cognitivas

En esta área de trabajo, las capacidades en las que se observó cambios significativos fueron aquellas que se relacionaron con el reconocimiento y clasificación de colores y la comprensión de las instrucciones de trabajo, no obstante la capacidad de insertar objetos se

vio desarrollada en los participantes, por lo que se decidió omitir las gráficas, no obstante se soslaya que en esta área los participantes tuvieron un desempeño esperado, sin la intervención, por lo que a continuación se presentarán las tablas que recogen los datos de estas dos capacidades, nótese que el mismo patrón de resultados encontrado en las áreas pasadas se observa también en estas:

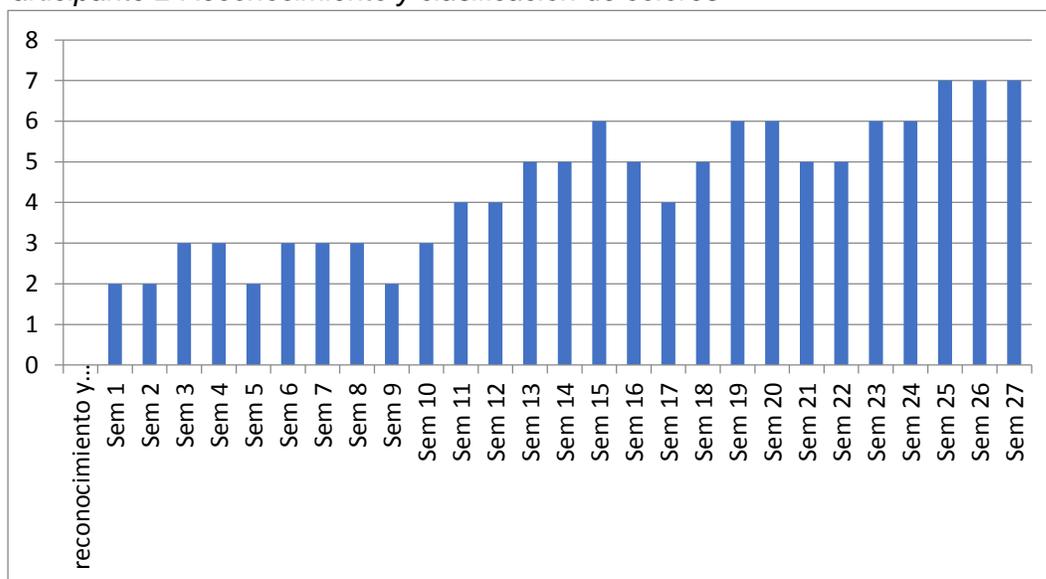
Gráfica 13

Participante 1 Reconocimiento y clasificación de colores



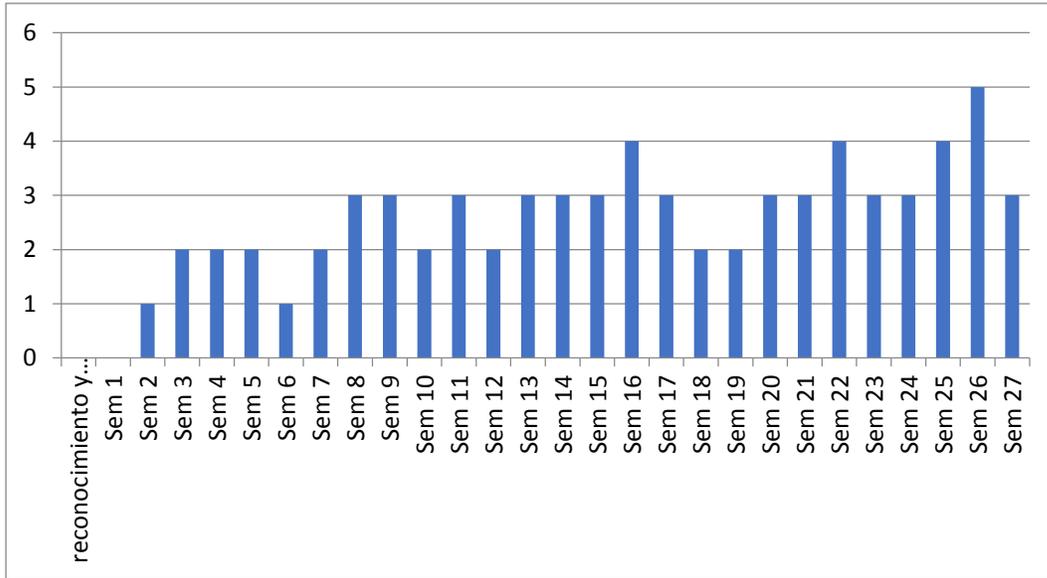
Gráfica 14

Participante 2 Reconocimiento y clasificación de colores



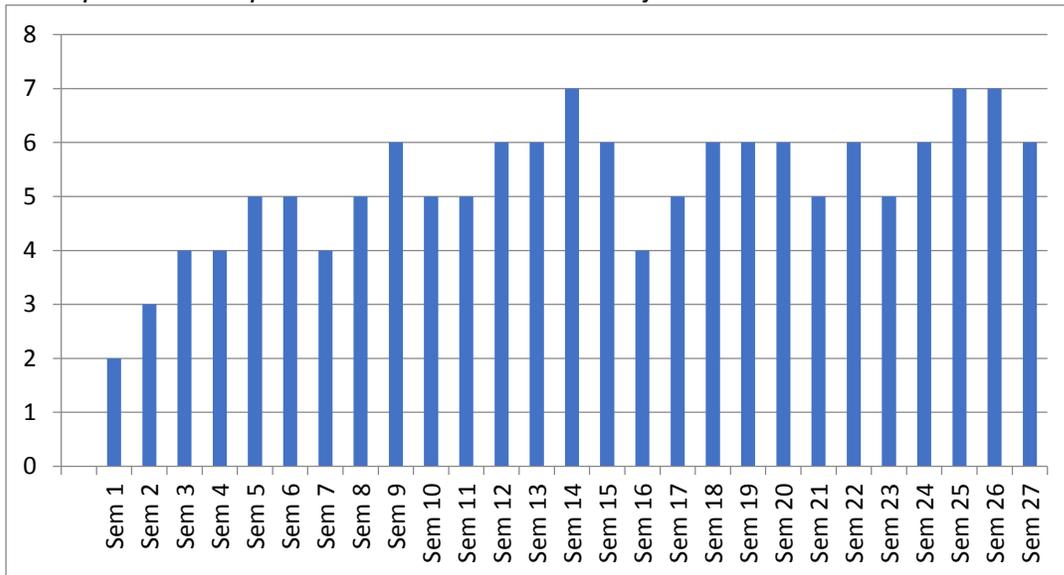
Gráfica 15

Participante 3 Reconocimiento y clasificación de colores



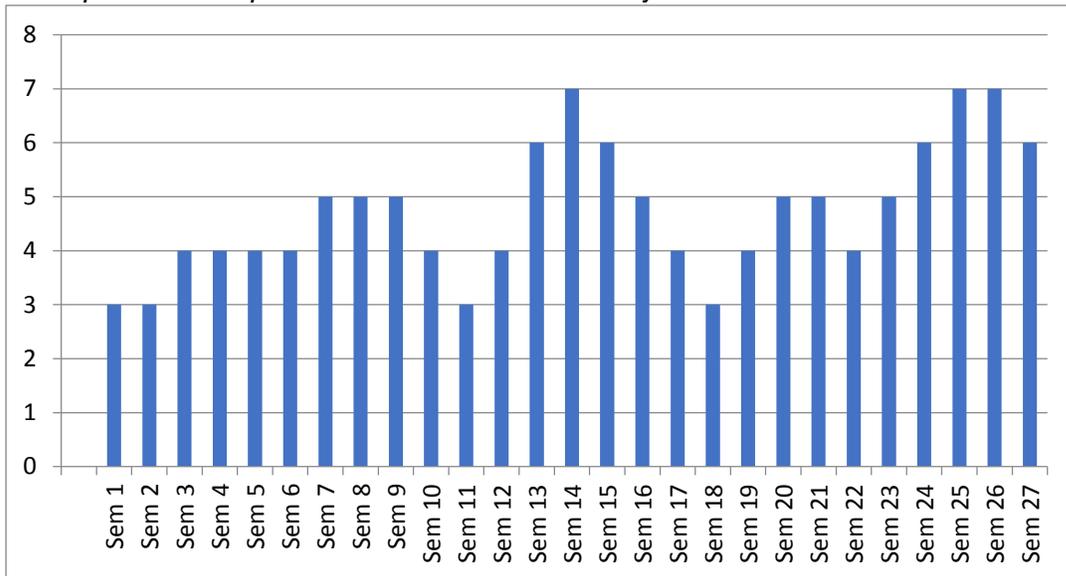
Gráfica 16

Participante 1 Comprender instrucciones de trabajo



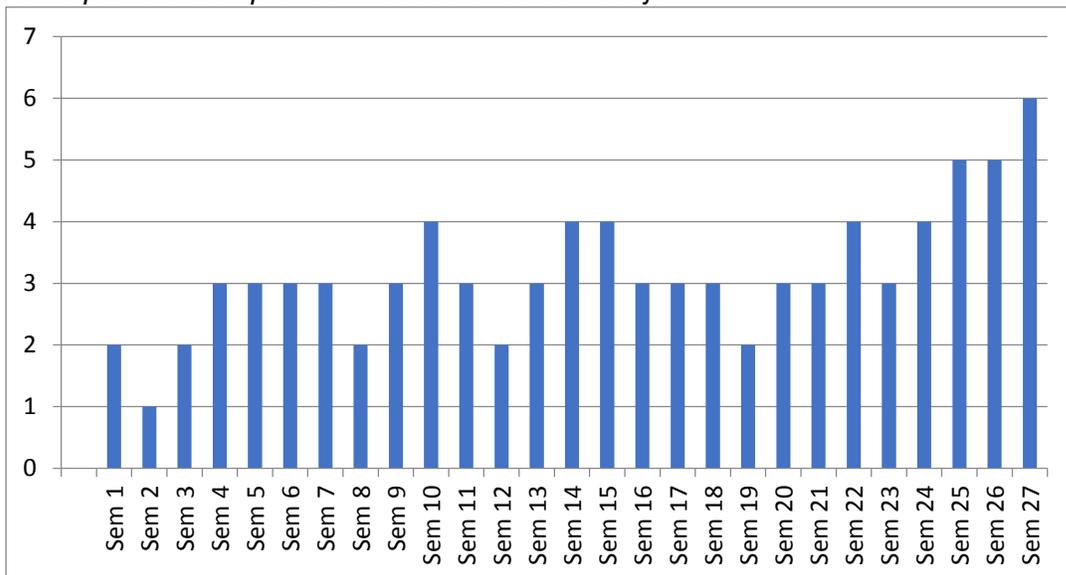
Gráfica 17

Participante 2 Comprender instrucciones de trabajo



Gráfica 18

Participante 3 Comprender instrucciones de trabajo



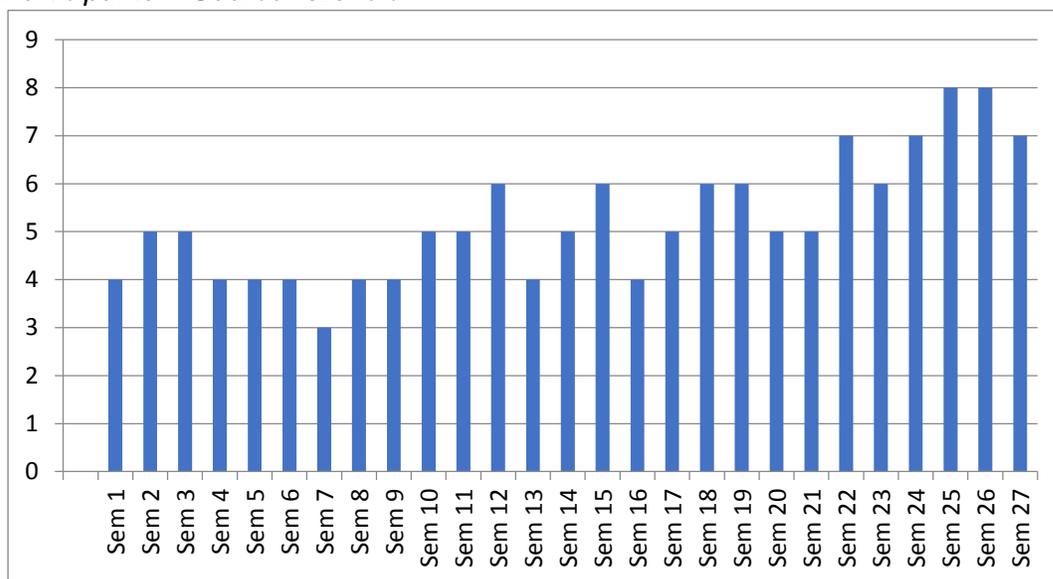
4. Resultados Encontrados en el Área de Habilidades Sociales

En esta área de trabajo, se encontró que los participantes desarrollaron estas habilidades prontamente, no obstante, se identificó que los participantes al momento de trabajar la habilidad de iniciar una conversación se presentaban y al momento de prestarse la situación

decían gracias, por lo que estas habilidades se aglutinaron en el área de iniciar una conversación, por otro lado, de acuerdo con el desempeño de los usuarios, el área de no interrumpir se mantuvo intacta. Cabe señalar que los patrones de avances por participante se siguieron manteniendo, como se observa a continuación;

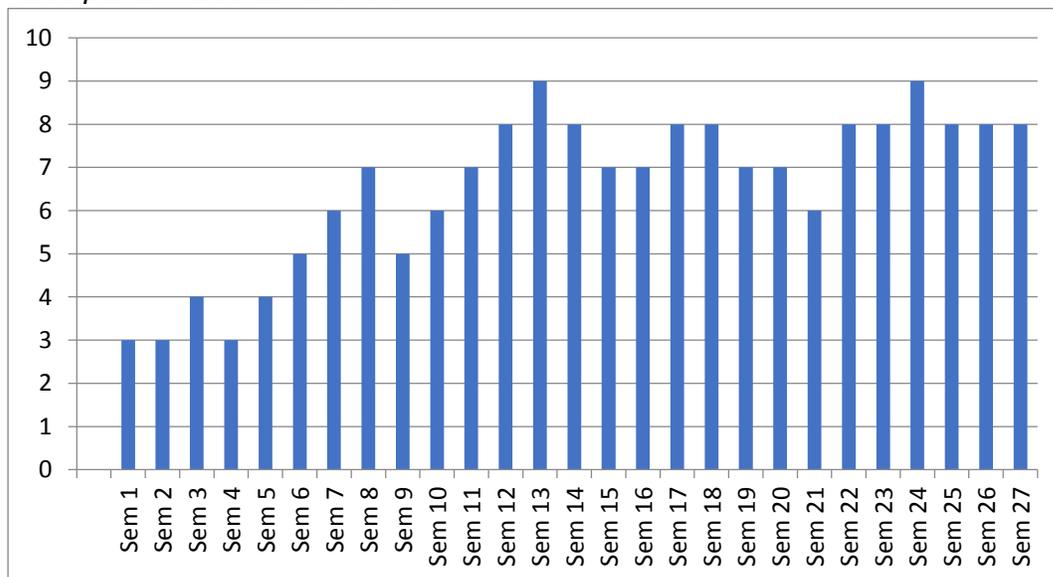
Gráfica 19

Participante 1 Guardar silencio



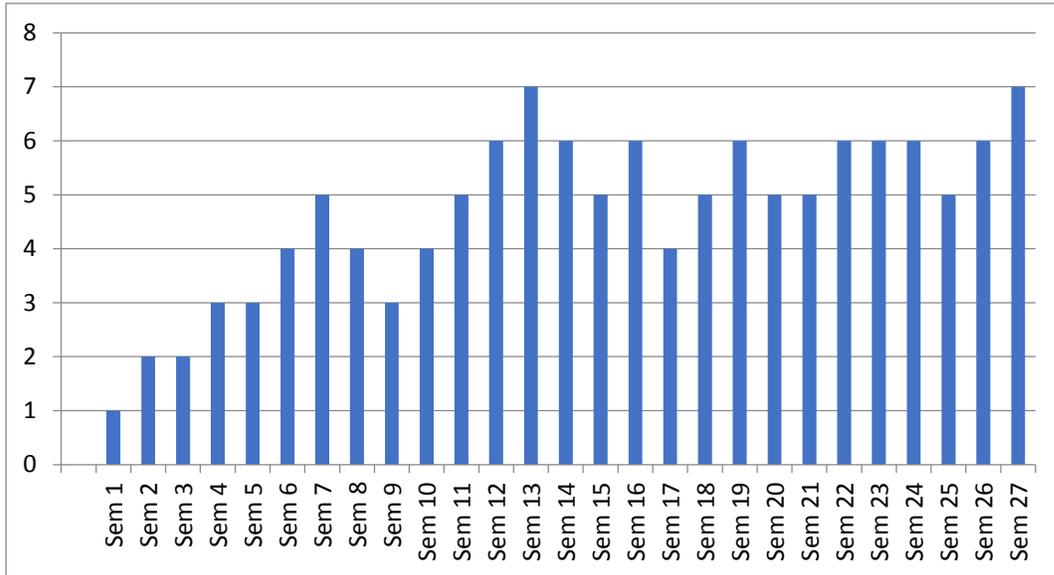
Gráfica 20

Participante 2 Guardar silencio



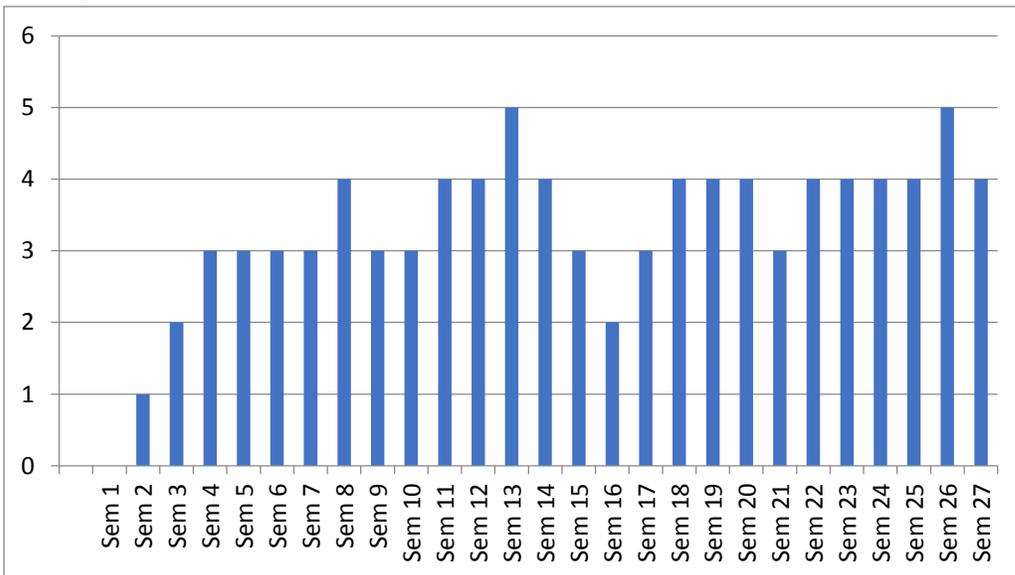
Gráfica 21

Participante 3 Guardar silencio



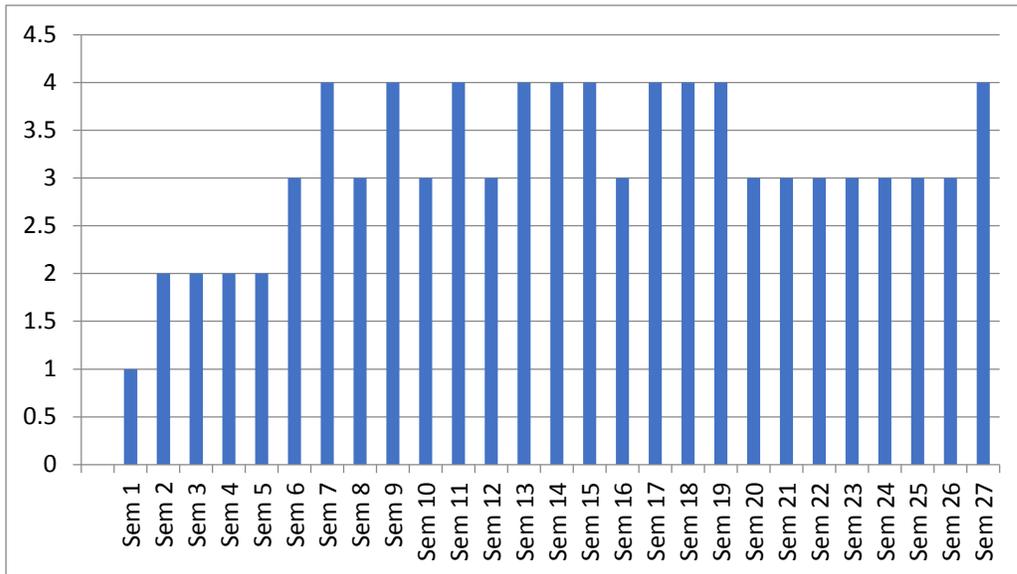
Gráfica 22

Participante 1 Iniciar una conversación



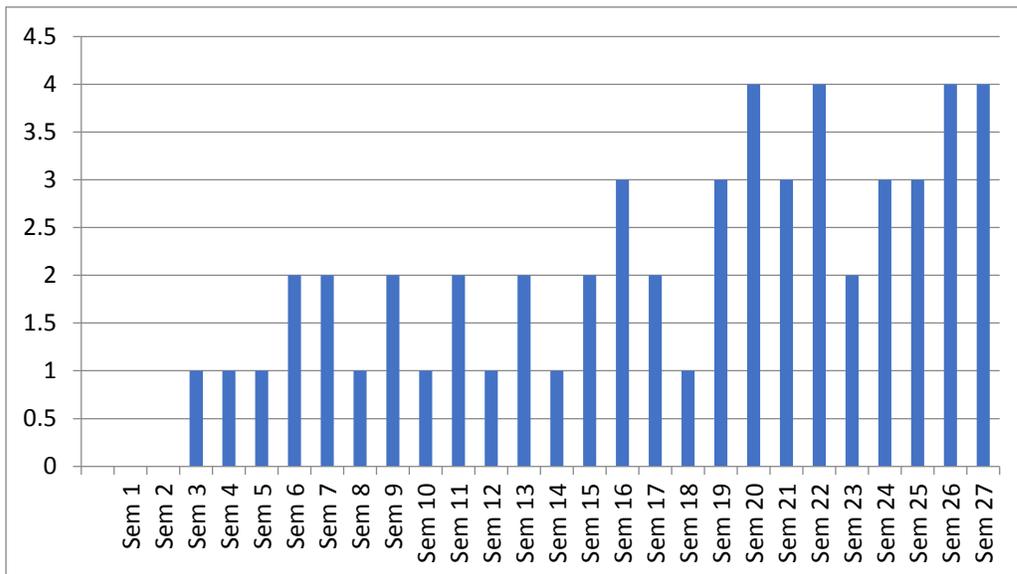
Gráfica 23

Participante 2 Iniciar una conversación



Gráfica 24

Participante 3 Iniciar una conversación



Capítulo V Discusión de los Resultados de la Investigación

1. Hallazgos Centrales Obtenidos en la Investigación

El programa de Intervención basado en la Terapia Ocupacional y en la Terapia de la Conducta, da pauta a que los usuarios a los que se les fue aplicado este programa lograsen mejorar y adquirir nuevos hábitos y habilidades con los cuales podrán reintegrarse a la sociedad, siendo con ello productivos y llevar una vida “normal” a comparación de quienes no han sido intervenidos, evitando con esto ser un problema para sus cuidadores.

Después de haber observado la intervención realizada a los 3 usuarios con Retraso Mental Moderado de la mesa roja pertenecientes a la Casa de Salud Mental de Matehuala, se pudo comprobar la efectividad de este programa ya que los usuarios mejoraron la calidad de sus trabajos los cuales involucran el desarrollo de habilidades cognitivas, así como también aprendieron a relacionarse con las personas con base en las habilidades sociales, adquirieron mayores aprendizajes acerca del autocuidado, cabe mencionar que es necesario reforzar constantemente a los usuarios ya que en sus hogares no ponen en práctica lo aprendido en la institución.

No obstante, los resultados pudieron haber sido mejorados tomando cartas en los siguientes puntos, a los cuales la investigadora se percató: La falta de apoyo por parte de los familiares de los usuarios, la falta de recursos para llevar a cabo las actividades y la falta de conocimiento por parte del personal de las instituciones y de los cuidadores de los usuarios acerca de la Terapia Ocupacional ya que piensan que los usuarios solo acuden a la institución para realizar “trabajitos”, a “perder el tiempo” y los padres lo ven como “una opción para quitarse responsabilidad”, así como también los cuidadores consideran que toda la

responsabilidad de que los usuarios mejoren es exclusivamente del personal de la institución a donde acuden.

2. Propuestas y Líneas de Investigación Futuras

Se considera que se les debe explicar al personal de la CSM, familiares y personas en general, lo que es la terapia ocupacional, para brindarle apoyo a los usuarios, en cuanto a casa de salud mental se cuenta con personal de enfermería, trabajo social y psicología, pero solos pocos conocen acerca del tema, considerando que si todo el personal estuviera consiente de los beneficios que aporta esta terapia colaborarían más y les darían un mejor trato a los usuarios ya que incluso los padres de los usuarios piensan que van a la instancia solo a hacer “trabajitos, dibujillos o simplemente piensan que van a perder el tiempo” pero como nos dice la información para ver progresos en los usuarios debemos tener tiempo y dedicación al aplicar un programa de terapia ocupacional ya que los cambios no se verán de un día para otro.

También los padres de los usuarios deben ser concientizados acerca de lo que hacen sus hijos ya que es necesario que los apoyen, la forma de hacerlo sería reforzando lo que se les enseña en la institución, habilidades tales como: recortar, pegar, pintar, colorear etc. Y hábitos de suma importancia como: Lavarse los dientes, lavarse las manos antes y después de comer, enseñarles lo que es bueno y malo para ellos, me refiero a casos en específico de la mesa roja, por ejemplo un usuario tiende a comerse la pintura con la que trabajamos o tomar cosas que no son de él, otro escupe y dice malas palabras y por ultimo otro usuario y sus compañeros cortan los frutos de los arboles aunque aún no estén maduros y se los comen se comen la pasta cruda que llevamos para trabajar etc.

Pero eso es porque no les dan la atención adecuada en sus hogares, en este sentido el personal de la institución puede decirles un día que eso está mal y lo entienden, pero luego regresan a sus casas y al siguiente día vuelven a tener esos malos hábitos. En este sentido, se plantean una serie de propuestas: Crear una carta compromiso con los familiares de los usuarios, deben pedir apoyo de instituciones o realizar venta de las actividades realizadas en la institución para conseguir fondos y comprar nuevos materiales, por otro lado, se debe informar y capacitar acerca de la Terapia Ocupacional a los trabajadores de las instituciones para crear un equipo completo y obtener mejores resultados, se debe buscar la manera de que los familiares de los usuarios los refuercen en casa, Investigar y aplicar pruebas que midan y comprueben el progreso de los usuarios.

Finalmente, en este trabajo se propone que se realice una escuela para padres acerca de este programa de intervención para que así los padres y tal vez el personal obtengan mayor conocimiento de los beneficios que esto conlleva. Así como también este programa puede ser retomado por alumnos de la Universidad de Matehuala, en este caso los que cursan la Licenciatura en Psicología.

Bibliografía

- APA diccionario conciso en psicología (2010). *APA concise dictionary of psychology* [APA diccionario conciso en psicología]. México: El manual moderno.
- A.C., P. Y. (23 de noviembre de 2012). Obtenido de *LA NUEVA DEFINICIÓN SOBRE DISCAPACIDAD INTELECTUAL*: <http://es.slideshare.net/pei.ac01/la-nueva-definicion-sobre-discapacidad-intelectual>
- Chile, U. A. (2016). Admisión UACH. Obtenido de Universidad Austral de Chile Web Site: <https://www.uach.cl/admision/principal/va1divia/terapia-ocupacional>
- Diario, F. A. (10 de noviembre de 2011). Obtenido de Autismo Diario Web Site: <https://autismodiario.org/2011/11/10/se-pone-fin-a-la-definicion-de-retraso-mental>
- Durante Molina, P., & Noya Arnaiz, B. (1998). *Terapia Ocupacional en Salud Mental: Principios y prácticas*. Masson, S.A.
- Fernández, B. M. F. (2015). *Atención a la diversidad en el aula de educación infantil*. Colección: Didáctica y Desarrollo. Madrid: Paraninfo.
- García-Pelayo, G. R. (2010). *Larousse diccionario básico Lengua Española*. Distrito Federal: Ediciones Larousse.
- Katz, G., Rangel, G., & Lazcano, E. (2008). *Discapacidad Intelectual*. Mc Graw Hill.
- Kielhofner, G. (2011). *Modelo de Ocupación Humana, (Teoría y aplicación)*, 4ª Edición. Panamericana.
- Labrador, F.J. & Cruzado, J.A. & Muñoz, M. (2006). *Manual de técnicas de modificación y terapia de la conducta*. España: Pirámide.
- Palsy, U. C. (2016). Obtenido de My Child Without Limits.org : <http://www.mychildwithoutlimits.org/plan/common-treatments-and-therapies/occupational-therapy/benefits-outcomes-and-drawbacks-of-occupational-therapy/?lang=es>
- Ruiz, F. M.A. & Díaz, G.M.I. & Villalobos, C.A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Descleé De Brouwer.
- Romero, A. D.M.R. & Moruno, M.P. (2003). *Terapia ocupacional: teoría y técnicas*. Bilbao: Descleé De Brouwer.
- Sánchez Polonio, P. (2013). *Terapia Ocupacional en Salud Mental, (Teoría y técnicas para la autonomía personal)*. Medica Panamericana.
- Sanyres, G. (3 de febrero de 2016). Obtenido de Gruposanyres Web Site: <http://gruposanyres.es/beneficios-de-la-terapia-ocupacional-para-las-personas-mayores/>
- Schell, B. B. A., Gillen, G. & Scaffa. (2016). *Willard & Spackman Terapia Ocupacional*. 12 ed. España: Editorial médica panamericana.
- Sue, D. & Sue, D. W. & Sue, S. (2010). *Conducta anormal. En Psicopatología: Comprendiendo la conducta anormal*. Distrito Federal, México: Cengage Learning Editores.
- World Federation of Occupational Therapists. (2016). *Archivos WFOT*. Recuperado de <http://www.wfot.org/WFOTArchives.aspx>

Anexo A
Primeros Trabajos al Inicio de la Intervención



Anexo A
Actividades Mejoradas al Combinar el Programa de Intervención
con Técnicas de Modificación de Conducta

