

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO FINAL

TERAPIA OCUPACIONAL EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES CON
DISCAPACIDAD INTELECTUAL - ESTUDIO DE CASO

AUTOR: GUTIERREZ, LUCAS LEANDRO

DIRECTORA: LIC. AGOSTINI, ROMINA

TRABAJO FINAL PARA ACCEDER AL TÍTULO DE LICENCIADO EN TERAPIA
OCUPACIONAL

AÑO 2023

AGRADECIMIENTOS

Primeramente quiero agradecer a mi familia quienes son un pilar importante porque siempre me apoyaron , me acompañaron, me escucharon y me brindaron su confianza en especial estos últimos años.

También agradecer a todos mis amigos que estuvieron y están presente en todo momento, en especial a mi amiga y colega Rocío con quien comencé este camino y ahora los estamos finalizando juntos.

Además agradecer a todos los docentes y tutores que aportaron su granito de arena durante estos años para que poco a poco me convierta en el profesional que quiero ser.

Una mención especial para la directora de este trabajo, la Licenciada Agostini, Romina que fue un apoyo importante en todo este proceso y también para la Licenciada Serradel, Maria Lis quien fue la que me abrió las puertas de esta hermosa profesión.

Agradecer al Licenciado Muzzio, Gonzalo quien no solo me aconsejó y me acompañó si no que también me dio la oportunidad de participar y trabajar con este hermoso grupo.

Por último darles las gracias a los protagonistas de esta investigación y a sus respectivas familias por haberme aceptado tan cálidamente y brindarme sus buenos deseos.

¡¡¡GRACIAS A TODOS!!!

Lucas Leandro Gutierrez

RESUMEN

En el presente trabajo se realizó un estudio de caso de un grupo de tres adolescentes con edades entre 15 y 17 años con discapacidad intelectual que realizan salidas terapéuticas coordinados por un Licenciado en Psicomotricidad.

El objetivo del trabajo fue describir aquellas contribuciones que puede realizar Terapia Ocupacional en este grupo, identificando las ocupaciones que se ven involucradas en estas salidas, como así también, los factores personales y ambientales y las habilidades de interacción social que se manifiestan en el grupo.

El enfoque del estudio es cualitativo, exploratorio y descriptivo, ya que permite aumentar el grado de conocimiento de un objeto de estudio particular y, a su vez, detallar las características del mismo. Como herramienta de recolección de datos se utilizó una Guía de Observación de elaboración propia.

Palabras claves: Grupo, Adolescentes, Salidas Terapéuticas, Calidad de vida, Discapacidad Intelectual, Terapia Ocupacional, Ocio.

ABSTRACT

In the present work, a case study was carried out on a group of three adolescents between the ages of 15 and 17 with intellectual disabilities who carry out therapeutic outings coordinated by a Graduate in Psychomotor Skills.

The objective of the work was to describe those contributions that Occupational Therapy can make in this group, identifying the occupations that are involved in these outings, as well as the personal and environmental factors and social interaction skills that are manifested in the group.

The approach of the study is qualitative, exploratory and descriptive, since it allows increasing the degree of knowledge of a particular object of study and, in turn, detailing its characteristics. A self-developed Observation Guide was used as a data collection tool.

Keywords: Group, Adolescents, Therapeutic Outings, Quality of life, Intellectual Disability, Occupational Therapy, Leisure.

ÍNDICE

1. Introducción	6
2. Marco Teórico.....	7
3. Antecedentes.....	21
4. Objetivos.....	22
- General	
- Específico	
5. Alcances.....	22
6. Materiales y Métodos.....	23
- Población y Muestra	
- Instrumento de recolección de información	
- Consideraciones éticas	
7. Cronograma.....	24
8. Presupuestos.....	24
- Recursos materiales	
9. Resultados.....	25
10. Conclusión.....	31
11. Discusión y Propuesta.....	33
12. Referencias Bibliográficas.....	35
13. Bibliografía.....	48
14. Anexos.....	40
- Guía de observación	
- Modelo de Consentimiento informado.	

1. INTRODUCCIÓN

El siguiente estudio de caso pretende conocer las particularidades de un grupo de adolescentes con discapacidad intelectual y determinar las contribuciones que puede realizar la Terapia Ocupacional a dicho grupo. Los adolescentes que integran el grupo presentan edades entre los 15 y 17 años. El mismo está conformado por tres integrantes, quienes presentan trastorno del espectro autista (TEA), trastorno del lenguaje mixto y retraso madurativo. Las salidas están coordinadas por un Licenciado en Psicomotricidad; la finalidad de este espacio es: fomentar las habilidades sociales, promover autonomía e independencia en sus actividades, brindar espacio de participación e interacción social mediante actividades de ocio.

Este grupo de adolescentes realiza salidas terapéuticas dos o tres veces al mes. Las mismas se organizan en función de los intereses de los integrantes y, a su vez, teniendo en cuenta la viabilidad de las actividades propuestas, es decir, a la demanda económica, física, cognitiva, de traslados, etc, que implican las actividades seleccionadas.

Las salidas terapéuticas tienen diversos beneficios, pero uno de los más importantes y el motivo por el cual se llevan a cabo con este grupo de adolescentes, es para lograr la participación e inclusión social mediante actividades significativas. Desde la mirada de Terapia Ocupacional, en estas salidas se puede apreciar el desempeño que tienen los adolescentes percibiendo dificultades tanto individuales como grupales.

En base a estas salidas, surge la necesidad de conocer: ¿Cuáles son las ocupaciones involucradas en las salidas terapéuticas realizadas con un grupo de adolescentes? ¿Cuáles son los factores personales y ambientales que se encuentran presentes durante las salidas? ¿Cómo son las habilidades de interacción social entre los integrantes del grupo?. Para dar respuesta a: ¿Cuáles son los aportes que podría generar un Terapeuta Ocupacional al incluirse como co-coordinador en un grupo de adolescentes con discapacidad intelectual en la provincia de Salta Capital?.

2. MARCO TEÓRICO

En este trabajo se busca, en primer lugar, conocer las particularidades de un grupo de adolescentes con discapacidad intelectual (DI). Se entiende por grupo al “conjunto de personas que comparten un objetivo en común, que solo se puede lograr a través de la colaboración, los grupos son sistemas organizados de individuos que se interrelacionan, interactúan y dependen uno de otros.”. (Marjorie E. Scaffa, p. 437)

El Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso (cuarta edición - 2020) define a la Terapia Ocupacional como el uso terapéutico de las ocupaciones de la vida diaria de las personas, grupos o poblaciones con el propósito de mejorar o permitir la participación.

Como afirma Cole (2012, p. 70), las intervenciones grupales permiten: mejorar la comunicación y expresión personal, proporcionar una atmósfera de aceptación, ofrecer múltiples oportunidades de aprendizaje y facilitar la participación de los clientes proporcionando un contexto para la resolución de problemas.

Schwartzberg y Cols (2008) afirman que existen varias razones por las cuales es importante la intervención grupal en Terapia Ocupacional. Refieren que los grupos son un entorno natural que puede proporcionar retroalimentación y apoyo a las necesidades individuales y sociales; así mismo, a través de la participación grupal, los individuos pueden aprender y practicar habilidades para lograr la competencia en actividades necesarias de la vida diaria. Estos mismos autores plantean que los grupos de intervención de Terapia Ocupacional pueden tomar diferentes formas, como, por ejemplo: grupos centrados en el cliente, grupos de desarrollo, grupos orientados en la tarea y grupos funcionales.

Haciendo hincapié en estos últimos, se entiende por grupo funcional a un grupo que busca “promover la adaptación y la salud a través de la acción grupal y compromiso con la ocupación, el objetivo no es el producto de la actividad, si no, el aprendizaje que llevan a cabo mediante la participación grupal”. Las actividades elegidas pueden estar relacionadas al juego, ocio, participación social, etc. Pero se debe tener en cuenta que, al momento de seleccionar las actividades, se deben considerar algunos factores, como ser: los clientes deben dar su opinión en la elección de las actividades, la demanda de la actividad debe ser

congruente con las capacidades de los individuos del grupo, los individuos deben poder interactuar con el entorno, las actividades elegidas deben ser compatibles con las edades, habilidades y niveles de desempeño de los integrantes del grupo.

Los Terapeutas Ocupacionales utilizan las intervenciones grupales para proporcionar oportunidades para desarrollar habilidades. (Mosey, 1973,p. 437). Estos grupos de intervención tienen las siguientes características: contexto grupal/clima, límites, roles, cohesión grupal, normas del grupo y objetivos del grupo.

Parafraseando a Howe y Barnes (2008, p. 8), los contextos y el clima hacen referencia al entorno físico y social que pueden influir en el funcionamiento interno del grupo y sus relaciones.

Los límites, refieren a la flexibilidad del grupo para aceptar nuevos miembros, a la formulación de criterios de inclusión/exclusión, cantidad de integrantes y similitud o heterogeneidad de las características de los miembros. (Howe y Schwarzenberg, 2001).

Los roles se adquieren para un funcionamiento efectivo del grupo. Estos roles hacen referencia, tanto a los que ocupan los integrantes del grupo, como a los que adquiere el coordinador del mismo. En relación de los primeros, pueden ser: líder, portavoz, saboteador y chivo emisario. (Riviere, 1975, p. 196). El líder es aquella persona que tiene una función de predominancia dentro del grupo y es aceptada por todos los miembros. El portavoz es aquel que asume la responsabilidad de hablar por todos los miembros del grupo y en el que se deposita todo lo que sucede para que pueda dar a conocer la información. El chivo emisario es sobre el que se depositan todos los aspectos negativos y/o atemorizantes del grupo. Por último, el saboteador es aquella persona que crea barreras o se opone a las tareas del grupo con el fin de que no se cumplan los objetivos.

El coordinador del grupo puede adquirir los roles de: director, facilitador y/o asesor. El rol directivo se entiende como un rol autoritario; el director define al grupo, selecciona las actividades y da estructura con fines terapéuticos. El rol facilitador implica trabajar en conjunto con los miembros y brindar las ayudas necesarias al resto del grupo fomentando la participación de todos. Y por último el rol de asesor es más apropiado para el trabajo con cuidadores o familiares, asumiendo así un rol de consultor.

Un grupo debe tener cohesión. La misma se refiere al grado de comprensión, sentido de pertenencia, aceptación, confianza y unión entre los miembros que pueden facilitar el desarrollo grupal como individual. Así mismo un grupo también debe contar con ciertas normas; Schwarzenberg y Cols (2008) explican que las normas son un conjunto de valores que los miembros tienen presentes al momento de pensar y actuar.

Por último, los grupos de intervención tienen objetivos planteados que les permiten determinar hacia dónde se dirigen. Los grupos funcionan mejor cuando saben cuál es su propósito ya que los mismos le dan una identidad al grupo. (Schwarzenberg y Cols, 2008)

Como se expresó anteriormente, este grupo de adolescentes lleva a cabo salidas terapéuticas. Las salidas terapéuticas hacen referencia a aquellos momentos en donde los integrantes del grupo salen hacia la comunidad a realizar diferentes actividades de su interés con el objetivo de poner en práctica las habilidades y/o competencias que van adquiriendo. Los beneficios que tienen las mismas pueden ser: facilitar que la persona tenga un papel más activo en ciertos aspectos de su vida, fomentar las relaciones interpersonales, evitar el aislamiento, fomentar una vida activa, proporcionar diversión, permitir el aprendizaje, fomentar la cohesión del grupo, entre otras. (Tur Juan, et al, 2006, p. 28).

En relación al grupo etario, son tres adolescentes. La adolescencia es una etapa de transición entre la niñez y la edad adulta donde van apareciendo cambios físicos, psicológicos, sociales y emocionales, dentro de los cuales se destacan los siguientes: construcción de su identidad, necesidad de independencia, búsqueda de pertenencia a grupos, contradicciones en su conducta y cambios de estado de ánimo, miedo de no ser aceptados, escuchados y respetados, mayor socialización, búsqueda de apoyo entre pares, transición a la vida adulta, entre otras. (Guzman Marin, 2017)

Según la UNICEF citando a la Organización Mundial de la Salud [OMS], esta etapa comprende entre los 10 años hasta los 19 años de edad, dividiéndose así en dos etapas: adolescencia temprana: entre los 10 y 14 años; y adolescencia tardía: entre los 15 y 19 años. Los integrantes de este grupo se encuentran en la etapa de la adolescencia tardía.

Una característica de los integrantes del grupo en estudio es que presentan discapacidad intelectual (DI). De acuerdo con la Asociación Americana de Discapacidad Intelectual y del Desarrollo (AAIDD, 2011).

“La discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en funcionamiento intelectual como en conducta adaptativa tal y como se ha manifestado en las habilidades conceptuales, sociales y prácticas. Estas limitaciones se originan durante el periodo de desarrollo, el cual se define operativamente antes de que cumpla los 18 años.”

El funcionamiento intelectual hace referencia a la “inteligencia”: se trata de una capacidad intelectual que incluye varias habilidades, como por ejemplo: aprendizaje, razonamiento, resolución de problemas, etc. La conducta adaptativa refiere al conjunto de habilidades que las personas aprenden y utilizan en sus vidas diarias, como ser:

- Habilidades conceptuales: lenguaje, lectura, escritura, conceptos relacionados con los números, el tiempo y autodirección.
- Habilidades sociales: habilidades interpersonales, responsabilidad social, autoestima, ingenuidad, inocencia, resolver problemas sociales, seguir las normas/obedecer las leyes, y evitar la victimización.
- Habilidades prácticas: actividades de la vida diaria; habilidades laborales, de cuidado de la salud, para viajar y utilizar transportes, seguir horarios y rutinas, usar el dinero y el teléfono.

Otra fuente que nos permite definir la Discapacidad Intelectual es el Diagnóstico Manual y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5, 2013), que define este concepto como un: “trastorno que comienza durante el periodo de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo, en los dominios conceptual, social y práctico.” Por lo tanto, se deben cumplir tres requisitos para que la persona sea diagnosticada con DI, a saber:

- Deficiencias de las funciones intelectuales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia.
- Deficiencias del comportamiento adaptativo que producen fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social. Sin apoyo continuo, las deficiencias adaptativas limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente en múltiples entornos tales como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad.
- Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el período de desarrollo.

La DI se puede clasificar según su gravedad en: leve, moderada, grave y profunda.

Es importante mencionar que, actualmente, uno de los modelos más utilizados para abordar a personas con DI es el Modelo de Calidad de Vida y Apoyos (MOCA). El mismo está constituido por la unión de dos conceptos, por un lado, el concepto de “calidad de vida” y por otro lado, el de “apoyos”.

Calidad de Vida es un concepto adoptado del campo de la educación especial que considera a la persona con discapacidad como pleno sujeto de derecho, capaz de elegir y tomar decisiones en torno a sus deseos, gustos e intereses. Para este modelo, la calidad de vida se relaciona con ocho necesidades fundamentales o dimensiones que presentan indicadores. Estos indicadores son “percepciones, conductas o condiciones específicas de las dimensiones de calidad de vida que reflejan el bienestar de la persona”. (Morand et al, 2017, citan a Schalock y Verdugo, 2009).

Tabla 1

Dimensiones del Modelo de Calidad de Vida

DIMENSIONES	INDICADORES
-------------	-------------

Bienestar físico	Atención sanitaria, ocio o actividades de la vida diaria, acceso a ayudas técnicas, buena nutrición.
Bienestar emocional	Seguridad, sentirse tranquilo, no estar nervioso, satisfacción, entorno seguro.
Bienestar material	Contar con vivienda, ingresos, posibilidad de ahorro, un empleo.
Autodeterminación	Autonomía, oportunidad de tomar decisiones, hacer elecciones sobre su vida.
Inclusión social	Aceptación, participación en la comunidad, contar con apoyos de otras personas, sentirse integrado.
Desarrollo Personal	Oportunidades de aprendizaje, habilidades laborales, habilidades funcionales.
Relaciones interpersonales	Tener amigos, relaciones familiares, tener contactos positivos.
Derechos	Respeto de los derechos, conocimientos de los derechos y ejercicio de los mismos.

El concepto “apoyos”, hace referencia a los “recursos y estrategias que tienen como objetivo promover el bienestar y el funcionamiento personal”. Este sistema de apoyo es llamado planificación de apoyo individual o planificación centrada en la persona (PCP) y representa la principal forma de prestar servicios a las personas con DI. Son fundamentales ya que se centran en la adaptación de la persona y su entorno y, a su vez, permiten que las personas con DI obtengan las mismas oportunidades de participación que la población

general, logrando así su autodeterminación y autonomía. Según este modelo se encuentran diferentes tipos de apoyos en función de los objetivos de la persona, habilidades con las que cuenta y sus limitaciones. Estos apoyos varían en intensidad.

- Apoyo intermitente: son aquellos que se proporcionan de forma esporádica, es decir, la persona los necesita de forma puntual, cuando son necesarios, no siempre.
- Apoyo limitado: esta intensidad de apoyo se caracteriza por su consistencia en el tiempo, por un periodo limitado, pero no intermitente.
- Apoyo extenso: se definen por la implicación continua y regular (por ejemplo, cada día), en relación con algunas actividades y entornos y sin límites de tiempo, por lo tanto, la persona necesita un apoyo constante y/o continuo.
- Apoyo completo: se trata de apoyos de alta intensidad en entornos importantes para la persona y son potencialmente para toda la vida.

A su vez estos apoyos deben contar con ciertas características, como por ejemplo: ser elegidos por la persona, en contextos naturales, ofrezcan experiencias y oportunidades, centrados en objetivos y sueños, adaptados a la vida deseada. (Lopez, 2023, p. 59)

Concluyendo, los apoyos que puede llegar a precisar un individuo para el desarrollo de sus diversas actividades diarias no significan de modo alguno pérdida de autonomía, pues el sistema de apoyos que se propone hace foco justamente en eso: en la autonomía, que es el genuino fin de los apoyos.

Ahora bien, entre los profesionales que pueden apoyar a estos adolescentes con DI, se encuentra el terapeuta ocupacional.

Se entiende por Terapia Ocupacional a aquella profesión que tiene como objeto de intervención a la Ocupación Humana. Las y los Terapistas Ocupacionales intervienen en ámbitos sanitarios, educativos, laborales, judiciales y socio-comunitarios. Los mismos brindan servicios a personas de diferentes grupos etarios cuyas ocupaciones se vean afectadas por situaciones de estrés, enfermedad, discapacidad u otro motivo afectando el desempeño ocupacional, su calidad de vida,

y por consiguiente su salud integral. Las personas, grupos o comunidades afectadas en el desempeño cotidiano de sus actividades, requieren de la intervención y atención especializada de profesionales de Terapia Ocupacional a fin de desarrollar destrezas, habilidades y capacidades que les posibiliten superar las barreras que impiden su desempeñar actividades en su vida cotidiana. El instrumento de intervención de la Terapia Ocupacional son las ocupaciones y actividades que realizan todos los seres humanos a lo largo de sus vidas desde que nacen hasta el final de la misma. Éstas implican tanto aquellas que aprendemos y nos son transmitidas a través de las relaciones vinculares y de la cultura como: las actividades básicas de la vida diaria (higiene, arreglo personal, etc.), actividades instrumentales de la vida diaria (manejo del dinero, transporte, etc.), ocio, juego, trabajo, educación, participación social y tiempo libre. Los servicios provistos por profesionales terapeutas ocupacionales incluyen: consultas, evaluación, educación, promoción de la salud desde una perspectiva integral, la intervención directa, la adaptación y/o adecuación del entorno (hogar, trabajo, escuela etc.), la prescripción de equipamiento adaptado (ortesis, ayudas técnicas, etc) y el acompañamiento de la familia, el usuario y los cuidadores desde el nacimiento hasta la muerte digna en el sistema sanitario y social. Asociación americana de Terapia Ocupacional (AATO, 2022).

El Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: dominios y proceso (Cuarta edición - 2020) entiende a la ocupación humana como “aquellas actividades diarias personalizadas que las personas realizan como individuos, en familias y en comunidades, para ocupar el tiempo y dar sentido y propósito a la vida.” Además, las ocupaciones son un derecho y toda persona debe tener acceso igualitario y equitativo. (Lopez, 2023, p. 74 cita a

WOFT). Parafraseando a Virginia Dickie (s.f.), las ocupaciones pueden ser comunes como también pueden ser significativas, ya que llevan en sí mismas experiencias, vivencias o un significado simbólico para quien las realiza.

Como se expresó anteriormente, las ocupaciones son un derecho para todas las personas y los Terapeutas Ocupacionales se preocupan por los derechos humanos en búsqueda de la Justicia Ocupacional. Se entiende por Justicia Ocupacional a una “justicia que reconoce los derechos ocupacionales a la participación inclusiva en las ocupaciones cotidianas de todas las personas de la sociedad, independientemente de su edad, capacidad, género, clase social u otras diferencias”. (Nilsson y Townsend, 2010, p 58). “

A su vez, es importante mencionar que la participación, según la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF, 2001), es el “acto de involucrarse en una situación vital”, sin embargo, puede haber restricciones en la participación, entendiéndose a la misma como “problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones reales” que puede verse influenciada por las limitaciones funcionales que presenta la persona como así también por los factores ambientales, personales y actitudinales. Lopez (2023) destaca que las personas con DI tienen menos oportunidades de participar en ocupaciones, por lo tanto, lograr la inclusión de los adolescentes en la comunidad permite un estado de bienestar y mejor calidad de vida. (p. 80).

Mencionando nuevamente a la ocupación, los Terapeutas Ocupacionales utilizan como método de intervención a la ocupación humana, pero, ¿por qué es tan importante la ocupación para el individuo?. De acuerdo con Wilcock (2011), en primer lugar porque “las personas pasan sus vidas involucradas en un casi constante hacer significativo, incluso cuando están libres de obligaciones o necesidades, hacen tareas diarias que incluyen cosas que sienten que deben hacer y/o que quieren hacer”. (p.7)

En ese hacer, aparecen tres aspectos fundamentales, los cuales son: forma, función y significado. La forma hace referencia a las características visibles de la ocupación, es decir, que una misma ocupación puede adoptar formas distintas de realizarlas. La función se refiere al propósito, al “para qué” la persona se compromete en una ocupación determinada,

y el significado corresponde a la vivencia interna que surge de participar en determinadas ocupaciones, en otras palabras, es el significado personal que tiene una ocupación para la persona. (Clark et al, s.f., p. 65).

Por otro lado, las ocupaciones van cargadas de significados para quien las realiza, es por eso que cuando una persona participa en una ocupación se ve reflejado su ser ocupacional. Este ser, va conectado con la esencia de cada uno, con quiénes somos. Por ello, los Terapeutas Ocupacionales consideran a los seres humanos como seres ocupacionales y a su vez consideran que tener una ocupación digna no sólo les permite construir su propia identidad sino también es muy importante para su salud y su bienestar. (Martínez Muñoz, 2022, p. 5).

El Marco de Trabajo (2020) define a la identidad ocupacional como “el sentido compuesto de quien es uno y desea llegar a ser como ser ocupacional. Se genera a partir de la historia de participación ocupacional de uno” (Schell y Gillen, p. 1205).

Maldonado y Olivas (2010, p. 17) plantean que un elemento importante en la construcción de la identidad colectiva es el sentido de pertenencia. El sentido de pertenencia consiste en la “inclusión de los individuos en un grupo, donde se sienten aceptados, son aceptados y aceptan a los demás miembros como parte del grupo”. Para la Real Academia Española (RAE, 2013, p. 15) el término identidad es un “conjunto de rasgos propios de un individuo o de una colectividad que los caracterizan frente a los demás; así como también es la conciencia que una persona tiene de ser ella misma y distinta a las demás.”

Al igual que las identidades individuales, las colectivas tienen también la capacidad de identificarse de los demás grupos, es decir delimitarse a través de los sujetos que las representan o administran (Giménez 2007, p. 68). Por lo tanto, este mismo autor plantea que la identidad colectiva se da en grupos sociales, que el grupo social debe ser relativamente estable, es decir, saber que mañana probablemente vaya a seguir existiendo, que exista una interacción entre ellos para que se puedan producir significados y simbolismos compartidos y que los actores sean capaces de entender por qué hacen determinadas acciones.

La identidad social o colectiva se genera a través de un proceso social en el cual el individuo se define a sí mismo. Además, como el individuo no está solo, su pertenencia al grupo va más allá de lo que piensa acerca de sí mismo, requiere del reconocimiento de los otros individuos con los que se relaciona; por ello, se dice que, la identidad “emerge y se reafirma en la medida en que se confronta con otras identidades, en el proceso de interacción social.” Maldonado y Oliva (2010, p. 16).

A su vez, Castells et al. (2010) afirma que “la identidad colectiva es resultado de las interacciones cotidianas, a través de las cuales los sujetos delimitan lo propio frente a lo ajeno” . (p. 16). Ahora bien, cuando se habla de identidad colectiva en personas con DI es más complejo. Gilberto Giménez (2007, p. 81) plantea que

“Un grupo de personas con discapacidad no es considerado un grupo social porque aunque los individuos tengan características comunes, no se establece una relación permanente entre ellos y si en la mayoría de los casos se reúnen ya sea por agentes externos o de manera fortuita, no tendrían en claro por qué lo hacen, ya que una de las características principales para construir una identidad colectiva es la interacción social. Por ende, el individuo no siente pertenencia alguna”.

Como se mencionó anteriormente uno de los elementos principales de la construcción de las identidades colectivas es la interacción social y el compartir significados comunes; en el caso de los grupos de personas con discapacidad se estima que el único significado que comparten en común es vivir en esta condición junto con todos los estigmas sociales, discriminaciones y demás etiquetas sociales negativas. En un grupo de personas con discapacidad, existirían dos tipos de identidades, por un lado la identidad consciente y por otro la identidad adscripta. La primera hace referencia a que los integrantes del grupo se adhieren y son aceptados por sus pares, es decir, hay un propio reconocimiento, y, por otro lado, la identidad adscripta donde no existe una interacción social ni aceptación por parte de los integrantes, generalmente es impuesta por la sociedad y/o su entorno más cercano. (Gilberto Gimenez, 2007, p. 81).

En síntesis, a las personas con discapacidad intelectual se las reconoce por esta segunda identidad, es decir, por que existe un grupo externo (sociedad) que los identifica por una sola característica en común, su discapacidad; sin tomar en cuenta todas las demás características que los hacen diferentes entre ellos mismos, es decir, a ellos se les imputa una identidad colectiva creada por ‘otros’ cuando no existe un ‘nosotros’.

Mencionando nuevamente al Marco de Trabajo (2020), el mismo hace una diferencia entre los conceptos “dominio” y “proceso”. Los aspectos del dominio hacen referencia al campo de conocimiento y experiencia que tienen los profesionales, y el proceso, son las estrategias y acciones que toman los Terapeutas Ocupacionales para proporcionar sus servicios. (p.6).

Los aspectos del dominio están formados por: Ocupaciones, Contextos, Patrones del desempeño, Habilidades del Desempeño y Factores del Cliente. Los mismos son de igual valor ya que no tienen una estructura jerárquica y su interacción afecta la identidad ocupacional, la salud, bienestar y calidad de vida. (Ver tabla 2)

Tabla 2

Aspectos del dominio de la Terapia Ocupacional

Ocupaciones	Contextos	Patrones de desempeño	Habilidades de Desempeño	Factores del Cliente
Actividades de la vida diaria (AVD) Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) Manejo de la salud Descanso y sueño Educación Trabajo Juego Ocio	Factores ambientales Factores personales	Hábitos Rutinas Roles rituales	Habilidades motoras Habilidades de procesamiento Habilidades de interacción social	Valores, creencias y espiritualidad Funciones corporales Estructuras corporales

Participación social				
----------------------	--	--	--	--

En este trabajo se considera importante ampliar las referencias teóricas en relación a la ocupación de ocio. Morales y Bravo (s.f.) plantean que el ocio cuenta con aspectos característicos:

1. Libertad de elección: donde la persona tiene libertad para decidir qué hacer y puede elegir entre una variedad de opciones.
2. Vivencia placentera y satisfactoria: que la actividad de ocio sea vivida con placer.
3. Deseable por sí mismo (autotelismo) y con carácter final, no en función de lo que se produce.

Pero a su vez, O' Morrow (p. 136) plantea otras características que también deben ser consideradas para el ocio:

“El ocio debe ser diseñado para abarcar diferentes necesidades, intereses y habilidades, las personas tienen derecho a acceder a entornos de ocio de calidad y las oportunidades de ocio se deben ofrecer a todas las personas sin discriminación de sexo, religión, edad, nivel socioeconómico y habilidad física o mental”.

La salud del individuo se ve favorecida mediante el ocio debido a que les aporta autonomía y realización personal, permite desarrollar vínculos sociales y afectivos y participar en la comunidad de forma activa. Por lo tanto, el ejercicio del ocio mejora la calidad de vida de las personas que lo practican pero a su vez las condiciones estructurales en las que se hace posible este ocio tienen que permitir que se satisfaga la necesidad para todos, sin exclusiones y que el derecho al ocio esté garantizado. (Santamaria Setién, 2000, p. 44).

Es importante, a su vez, poder hacer una diferencia entre el ocio general y el ocio terapéutico. Según O' Morrow (p. 138) el ocio terapéutico deja de ser un fin en sí mismo y

pasa a ser considerado como una actividad como medio, por lo tanto, es utilizado para conseguir cambios en el aspecto físico, social y emocional, a su vez beneficia la inclusión social de personas con discapacidad y ofrece oportunidades de poder adquirir habilidades y/o competencias que le permitan ser más autónomos e independientes en la comunidad.

Este mismo autor define al ocio terapéutico como:

“un proceso en el que se utilizan las experiencias de ocio para producir un cambio en la conducta en aquellos individuos con problemas o necesidades especiales, el foco del ocio terapéutico está en: fomentar el crecimiento y desarrollo del individuo y capacitar a la persona para asumir la propia responsabilidad de satisfacer sus necesidades de ocio.”

Es importante entender que la participación en actividades de ocio por parte de las personas con discapacidad ha ido evolucionando y ha transitado por diferentes etapas: desde un modelo tradicional que se basaba en llenar el tiempo libre con fórmulas de entretenimiento y de distracción, pasando por un modelo terapéutico en el que las actividades son un medio para alcanzar logros rehabilitadores para la persona con discapacidad intelectual o metas de carácter educativo, hasta la concepción actual del ocio basado, fundamentalmente, en la inclusión de la persona en el ocio comunitario, donde es capaz de elegir y disfrutar con la participación en aquellas ocupaciones que desee. Guirao y Vega (2012, p. 10).

3. ANTECEDENTES

Al ser un estudio de caso específico no se encuentran antecedentes de otros estudios realizados sobre el mismo grupo pero sí se buscaron referencias sobre investigaciones que aborden algunas de las variables que aquí se estudian.

Por lo tanto, se pudieron encontrar investigaciones sobre Terapia Ocupacional en adolescentes con discapacidad intelectual, en su mayoría de España, que abordan intervenciones de la disciplina para esta población, como así también, temas relacionados a los factores que influyen en la calidad de vida de los adolescentes.

Por otro lado, se localizaron artículos sobre salidas terapéuticas, ocio y ocio terapéutico, identidad grupal, discapacidad intelectual cuyas fuentes bibliográficas permitieron llegar a conceptos claves para justificar este estudio.

4. OBJETIVOS:

General:

- Describir las contribuciones de Terapia Ocupacional en un grupo de adolescentes con discapacidad intelectual entre 15 y 19 años en la provincia de Salta Capital.

Específicos:

- Identificar las ocupaciones involucradas en las salidas terapéuticas.
- Describir los factores personales y contextuales que están presentes en la realización de salidas terapéuticas.
- Analizar las habilidades de interacción social entre los integrantes del grupo.

5. ALCANCES

Dar a conocer las particularidades de un grupo de adolescentes con discapacidad intelectual en la provincia de Salta Capital para llevar a cabo proyectos e intervenciones a futuro desde una perspectiva de Terapia Ocupacional.

6. MATERIALES Y MÉTODOS

- Se realiza un estudio de caso, con enfoque cualitativo. Es una investigación exploratoria y descriptiva, ya que permite aumentar el grado de conocimiento de un objeto de estudio particular y, a su vez, detallar las características del mismo.
- **Población y Muestra:** Se analiza a un grupo de tres adolescentes con edades entre 15 y 17 años con discapacidad intelectual que realizan salidas terapéuticas.
- **Instrumentos de recolección de datos:** Se elaboró una guía de observación que permite observar aspectos del dominio. Esta guía fue construida en función del Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso (cuarta edición - 2020). (Anexo N°1)
- **Consideraciones éticas:** Se redactó un consentimiento informado dirigido hacia los padres de los adolescentes para que los mismos sean parte del estudio de investigación. (Anexo N°2)

7. CRONOGRAMA

Meses	AGOSTO 2023	SEPTIEMBRE 2023	OCTUBRE 2023	NOVIEMBRE 2023	DICIEMBRE 2023
Tareas					
Búsqueda de antecedentes sobre el tema	X				
Construcción del marco teórico	X	X	X		
Diseño del instrumento para obtención de datos		X			
Recolección de datos		X	X		
Procesamiento de la información			X		
Análisis de interpretación de datos			X	X	
Redacción de informe final				X	
Defensa					X

8. PRESUPUESTO

Recursos materiales: computadora, internet, papel, impresora, dinero, tarjeta del colectivo

9. RESULTADOS

Se realizaron tres salidas terapéuticas. Éstas son organizadas con una semana de anticipación. Tienen una duración de tres horas aproximadamente. El investigador se involucró como observador participante y se obtuvieron los siguientes resultados.

Ocupaciones

Se pudo identificar que las ocupaciones involucradas en estas salidas fueron las siguientes:

- Actividades de la vida diaria:

Las salidas incluyen actividades de merienda o cena. Los adolescentes pueden llevar a cabo actividades de higiene y alimentación. En las mismas no se observaron dificultades ya que realizaron la higiene de manos antes y después de la actividad de alimentación, consiguen preparar de forma grupal el espacio antes de la actividad y limpiarlo al terminar la misma. Por lo tanto, se determinó que los adolescentes no presentan dificultades en las ocupaciones básicas de la vida diaria identificadas.

- Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD):

Movilidad en la comunidad: los adolescentes son llevados y retirados del lugar de encuentro por sus padres. Hacen uso de aplicaciones en su celular, pero tienen dificultades para ubicarse en su entorno y saber hacia dónde dirigirse. Necesitan ciertos apoyos/instrucciones porque se toman tiempos extensos para planificar estas acciones por sí mismos. Por otro lado, también presentan dificultades para identificar las líneas de los colectivos y conocer el recorrido de los mismos, por lo cual necesitan y buscan constantemente el apoyo por parte del profesional para este tipo de tareas.

Gestión financiera y compras: Antes de cada salida se les comunica a los adolescentes cuánto dinero sería adecuado llevar que varía dependiendo de las actividades a realizar. Ellos mantienen el dinero que les otorgaron durante toda la salida, reconocen el valor del mismo e identifican la cantidad de dinero con la que cuentan y cuánto les corresponde pagar a cada uno ya sea para la merienda, cena o para la actividad; sin embargo, siempre buscan la aprobación del profesional para sentirse seguros. Presentaron inconvenientes en

el momento de hacer compras ya que expresaron que “no se animan” o “les da vergüenza”. Por lo tanto, se observó que suelen pedir ayuda al profesional para este tipo de tarea.

- **Juego y Ocio:**

Las tres salidas realizadas involucraron actividades grupales entendidas como juegos de simulación, juegos con reglas y juegos colaborativos. La participación de los adolescentes en estas actividades fue muy activa, demostraron comodidad y conformidad. Ellos desconocen las actividades disponibles en la sociedad, por ende, no pueden identificar opciones y necesitan que el profesional se las presente para poder elegir. Tuvieron dificultades para determinar la viabilidad de las actividades, es decir, prever la demanda económica, física, cognitiva, de traslados, etc, que estas conllevan.

- **Participación social:**

La participación social se observó tanto en su grupo de pares como en la comunidad. Con su grupo de pares es donde mayor dificultad presentaron; frecuentemente hay intercambios de opiniones e intereses pero se necesita del profesional como intermediario para que la participación social se lleve a cabo. Si la actividad en sí misma no demanda socialización es difícil que ellos interactúen de manera espontánea. Ante las situaciones en las que deben relacionarse con otras personas que no conocen suelen tener una conducta pasiva, es decir, tratan de evitar la situación o solicitan ayuda del profesional.

Factores personales y ambientales:

- Entre los factores personales que se identificaron, se encuentran:

La gravedad de la discapacidad: Los tres adolescentes del grupo presentan una DI leve, con limitaciones en sus habilidades de interacción social, tanto en sus componentes verbales como no verbales y en sus habilidades de procesamiento como la atención, organización, comprensión, orientación, razonamiento, entre otras. Requieren de apoyos para la planificación y organización de las actividades, para comprar, tomar un colectivo o interactuar con otros.

La edad cronológica: Se consideró un factor importante ya que permitió al profesional determinar aquellas actividades acorde a la edad, intereses y capacidades y no brindarles propuestas que sean un desafío mayor para los adolescentes.

El estatus socioeconómico: Los adolescentes pudieron participar de las salidas porque la familia les proporcionaron el recurso económico para realizarlas, como por ejemplo: tener la tarjeta del colectivo cargada y el dinero destinado para la merienda/cena y la actividad, pero a su vez también asistieron a eventos/ actividades gratuitas.

Experiencias de vida: A partir del diálogo que surgió con el profesional y los adolescentes, se pudo determinar que estos adolescentes experimentaron, mediante estas salidas, algunas actividades que no son frecuentes en su cotidianidad, como llevar actividades de ocio compartidas, aprender a tomar el colectivo, a realizar compras, entre otras. Por lo tanto, estas vivencias les brindaron la oportunidad de ejercitar/entrenar habilidades que favorecieron su participación.

- Entre los factores ambientales, se pudieron identificar los siguientes:

Tamaño del grupo: Al ser tres adolescentes, pudieron participar de manera más dinámica y personal entre ellos. Se pudo detectar que los integrantes del grupo asumen un rol de seguidor, esto quiere decir que esperan que el profesional les comunique lo que se va a hacer. No transitan entre otros roles. Por otro lado, la cantidad de integrantes favoreció al profesional para establecer vínculos terapéuticos de confianza y una mayor comunicación.

Las demandas de las actividades: Las actividades se planificaron en función de las capacidades de los adolescentes pero, al ejecutarse en entornos comunitarios no controlados, surgieron imprevistos. Ante éstos, el profesional fue quien adaptó o brindó un apoyo específico.

Contexto actitudinal: Se pudo observar que las actitudes hacia los adolescentes por parte de los miembros de la comunidad favorecen su participación, debido a que recibir un buen trato los hace sentir acogidos y cómodos e influye positivamente en los comportamientos de los adolescentes. A su vez, el contexto actitudinal también proviene de la familia y del

profesional a cargo, que les brindaron un entorno seguro y de confianza para que ellos puedan sentirse incluidos y participar activamente.

Apoyo y relaciones: Se pudo observar el apoyo familiar y del profesional a cargo. Los mismos los motivan, escuchan y alientan a participar en las salidas, sobre todo en aquellas actividades que no conocen y son nuevas para el adolescente. El apoyo entre compañeros no se observó debido a las dificultades que presentan en la expresión de sentimientos y emociones.

De la interacción con los adolescentes se evidenció que no presentan relaciones de amistad con personas externas del grupo; en consecuencia, no suelen disfrutar de actividades de ocio compartidas. Su red social está compuesta por sus familiares y profesionales con los que tienen contacto. Por lo tanto, tienen menor participación en la sociedad que el resto de la población en general.

Habilidades de interacción social

En cuanto a las habilidades de interacción social que se ponen en juego entre los adolescentes, se pudieron observar las siguientes:

Los integrantes tuvieron dificultades para iniciar y/o terminar una conversación. En general, es el profesional quien hace de mediador. El discurso suele tener escasa sensación de reciprocidad, uno de los integrantes puede formular adecuadamente una pregunta pero las respuestas suelen ser acotadas o demoradas en el tiempo, lo que no permite construir una conversación. El respeto por los turnos para hablar debe ser modelado por alguien externo.

Los adolescentes suelen utilizar un tono de voz bajo lo que dificulta la interacción entre pares. También presentan dificultades para adecuar la postura del cuerpo a la hora de comunicar o escuchar al que está hablando (no mantienen una adecuada distancia física entre pares o dan la espalda al interlocutor).

Además, los adolescentes también presentan inconvenientes para expresar sus emociones, opiniones y pensamientos, ya sea de forma verbal como no verbal. En relación a la

actividad opinan en caso de que la conozcan o cuando se les pregunta acerca de ella, pero no tienen iniciativa de expresar sus pensamientos. Con respecto al grupo no expresan opiniones o sentimientos acerca de cómo se sienten en el mismo, por lo tanto fue difícil determinar sus estados de ánimo o emociones en determinados momentos.

Además, en este estudio, se pudo observar el rol que asume el profesional. Por momentos fue facilitador, es decir, brindó los apoyos o ayudas necesarias al grupo o a cada uno de los integrantes con el fin de que participen de manera activa en las actividades realizadas. En otras ocasiones asumió un rol directivo, es decir, se encargó de asignar tareas para cada uno de los integrantes como así también seleccionar aquellas actividades a realizar en general.

Contribuciones de Terapia Ocupacional

En función de los resultados expuestos, se podría concluir que las contribuciones de Terapia Ocupacional en el grupo de adolescentes estudiado serían:

- Emplear evaluaciones destinadas a las dimensiones del modelo de calidad de vida. De esta manera se podrán conocer cuáles son las necesidades que los adolescentes presentan en las respectivas dimensiones y emplear estrategias específicas para abordarlas, incluyendo la identificación de los tipos de apoyo individuales que se podrían brindar en cada ocasión.
- Profundizar en el análisis de las actividades propuestas para conocer cuáles son las demandas que presentan e identificar si son acordes a las habilidades e intereses de los adolescentes.
- Llevar a cabo apoyos individuales: Se observó que en este grupo se brindan apoyos de forma grupal y debido a eso, algunos de los apoyos brindados no se ajustan a las necesidades de cada adolescente. Por lo tanto, establecer apoyos de forma individual en función de las características de cada adolescente, habilitaría a mejorar la participación en las actividades, lo que también favorecía el funcionamiento del grupo.

- Fomentar la cohesión grupal mediante actividades significativas con la finalidad de construir una identidad colectiva.
- Analizar junto con el profesional a cargo las propuestas realizadas, poniendo en juego una mirada interdisciplinaria, aportando desde la mirada sobre la identidad y justicia ocupacional.
- Desarrollar redes de conexión con servicios relacionados al ocio comunitario con el fin de brindarle al adolescente una variedad de opciones en las cuales puede participar.
- Asesorar a la familia para generalizar en otros espacios aquellos aspectos abordados en las salidas, indicando el tipo y frecuencia de apoyo que necesita cada integrante.

10. CONCLUSIÓN

La realización del estudio de caso permitió conocer de manera profunda las particularidades de este grupo de adolescentes y, a su vez, esclarecer las incumbencias que el Terapeuta Ocupacional podría tener en este grupo. Se identifica la importancia de la figura del Terapeuta Ocupacional para el abordaje en discapacidad intelectual.

Las contribuciones descritas con anterioridad son congruentes con lo que establece la Ley N° 27.051 en su capítulo cuatro apartado “a” en relación a los alcances e incumbencias de la profesión, expresando que los Terapeutas Ocupacionales pueden realizar acciones de promoción, prevención, atención, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas y comunidades a través del estudio e instrumentación de las actividades y ocupaciones de cuidado de sí mismo, básicas instrumentales, educativas, productivas y de tiempo libre.

Se establece que la inclusión de los adolescentes a grupos terapéuticos es un factor importante para su calidad de vida, ya que les proporciona oportunidades para experimentar la participación y el disfrute en entornos reales e interactuar con otras personas, así como, desarrollar habilidades y competencias para desempeñarse en la comunidad y fomentar su autodeterminación.

El grupo analizado se enmarca dentro de un grupo funcional ya que las salidas realizadas promovieron la dinámica grupal y procesos de aprendizaje tanto individuales como grupales.

Es importante destacar que las salidas terapéuticas que se realizan son entendidas como ocupaciones de ocio desde una perspectiva de Terapia Ocupacional. El ocio, en este grupo, es utilizado como un medio para favorecer la autonomía y realización personal, desarrollar vínculos sociales y afectivos y participar en la comunidad de forma activa. En síntesis, la actividad propuesta reconoce el derecho de los adolescentes a la participación en las ocupaciones, fomentando así la Justicia Ocupacional.

En función de lo observado se pudo concluir que este conjunto de adolescentes no es considerado un grupo social desde su propia perspectiva, debido a que desconocen el

motivo por el cual se juntan a realizar estas salidas y por las dificultades que presentaron en la habilidades de interacción entre pares.

En este grupo, los adolescentes requieren apoyos intermitentes, este tipo de apoyo da cuenta del grado mínimo de discapacidad que presentan los involucrados.

Teniendo en cuenta la escasa participación que tienen los adolescentes en ocupaciones de ocio compartidas, se determinó que los integrantes no tienen las necesidades de ocio cubiertas. Por lo tanto, es importante pensar en estas salidas no sólo como actividades de ocio terapéutico, sino también como ocio en sí mismo, generando que los adolescentes experimenten sensaciones de disfrute, diversión, bienestar y participación.

Por último, se considera que en esta etapa de la adolescencia es importante promover las relaciones interpersonales, la inclusión social y el desarrollo personal, ya que de esta manera la calidad de vida de los adolescentes se verá favorecida.

11. DISCUSIÓN – PROPUESTA

En función de lo observado en este grupo de adolescentes, es importante pensar la necesidad de que las personas con DI tengan las oportunidades necesarias para adquirir y entrenar, de forma temprana, una serie de habilidades y competencias que los habilite a participar de forma autónoma e independiente en su vida diaria. Ante esto, las salidas terapéuticas, más allá de ser actividades de ocio, podrían contribuir a la adquisición de habilidades para la transición de los adolescentes a la vida adulta.

Observar al grupo de adolescentes en sus salidas, genera interrogantes acerca de su proyecto de vida. Teniendo en cuenta que el año entrante van a estar cursando su último año de secundaria, podríamos pensar en que, a partir de una mirada de TO, se pueden proponer salidas vinculadas con la exploración de intereses ocupaciones ligados al estudio/trabajo. Se considera que la Terapia Ocupacional tiene las herramientas necesarias para acompañar a estas personas en su orientación vocacional, promoviendo el desarrollo de su independencia, la exploración e identificación de sus intereses y capacidades.

En las salidas se evidenció que el sentido de pertenencia de los adolescentes al grupo aún es escaso. Desde una mirada de TO, se considera que la propuesta de salidas sostenida en el tiempo podría hacer que la actividad se vuelva parte de la rutina del adolescente. De esta manera, las salidas se volverían parte de la historia de participación ocupacional lo que impactaría en la identidad ocupacional de los sujetos. Sostener esta visión, favorecería el armado de estrategias que promuevan a cada adolescente sentirse parte del grupo.

Esto nos lleva a preguntarnos, a su vez, si un grupo, iniciado como grupo terapéutico, podría transformarse en una red de apoyo o promovería las relaciones de amistad.

Con respecto a la escasa participación que tienen los adolescentes en ocupaciones de ocio ¿Está relacionado con que ellos no buscan participar en estas actividades? ¿No se le son presentadas? ¿Presentan vínculos sociales con los cuales pueden participar de estas actividades?.

Se concluye además que teniendo en cuenta que no se observa una inclusión total de las personas con DI, aparecen los siguientes interrogantes: ¿Realmente existen espacios

sociales inclusivos?, el contexto socio/cultural de Salta, ¿Facilita el acceso a la participación en ocupaciones significativas?.

Si bien el estudio de caso implicó la mirada particular sobre el objeto de estudio; escuchar, observar e interactuar con cada uno de los involucrados, nos moviliza e interpela a mirar la realidad de una manera crítica.

Para finalizar, sería importante pensar en nuevas líneas de investigación, como por ejemplo: la amistad en la discapacidad intelectual, la perspectiva de la familia acerca de la posibilidad de que los adolescentes adquieran un trabajo o asuman un rol de estudiante universitario, las relaciones personales en adolescentes con discapacidad intelectual, entre otros.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Salazar Andrade Alonso Jose (2011). La intervención grupal: Una lectura de los conceptos de Enrique Pichon Riviere: Artículo de Reflexión Investigativa. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(3), 194-228.

<https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol14num3/Vol14No3Art11.pdf>

Schell, Gillen, Scaffa (2013). *Willar y Spackman 12.^a Edición*. Editorial Médica Panamericana.

AOTA (2020). Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y proceso 4ta Edición. Traducción revisada y corregida. Disponible en <https://es.scribd.com/document/490045838/AOTA-2020-Espan-ol-Revisada-y-Corregida>

Tur Juan Francisca, Armada Jesus, Aguilar Gonzalez Deo y Valero Segura Ana (2006). Salidas terapéuticas: espacio lúdico para la integración. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26(98), 209-215. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019655003>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (s.f.) *¿Qué es la Adolescencia?*. <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/adolescencia/que-es-la-adolescencia>

Guzman Marin Lilia (2017). *La Adolescencia Principales Características*. [Diapositiva Power Point]. <https://www.cch.unam.mx/padres/sites/www.cch.unam.mx.padres/files/archivos/07-Adolescencia2.pdf>

Asociación Americana de Discapacidad Intelectual y del Desarrollo (2011). *Discapacidad Intelectual. Definición, Clasificación Y Sistemas de Apoyo Social*. <https://blogs.ucv.es/postgradopsocologia/2017/12/15/discapacidad-intelectual-definicion-clasificacion-y-sistemas-de-apoyo-social/>

American Psychological Association [APA] (2014). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*. Editorial Médica Panamericana.

Morand Copolechio Marina, Valli Rosana Maria y Solanes Gloria. (2011). El Modelo de Calidad de Vida como punto de partida para la construcción de propuestas didácticas centradas en la persona. *Revista de Filosofía y Educación*, Vol 2, 1-11.

Lopez Muñoz Saray (2023). *Factores que influyen en la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual: Terapia Ocupacional y participación en ocupaciones significativas*. [Tesis doctoral, Universidad de Granada]. <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/82591/95798.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

Asociación Argentina Terapistas Ocupacionales (2023) *¿Que es la Terapia Ocupacional?*. <https://www.terapia-ocupacional.org.ar/terapia-ocupacional/>

Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud*.

Rubio Ortega C, Sanz Valer P. (2011). Reflexiones acerca de Hacer, Ser y Llegar a Ser. *Revista TOG (A Coruña)*, 8(14), 1-30. <https://www.revistatog.com/num14/pdfs/historia2.pdf>

Martínez, M. (2022). Ser, hacer y llegar a ser. *Revista TOG (A Coruña)*, 19(1), 5-6. <https://consejoterapiaocupacional.org/wp-content/uploads/2022/06/160-Texto-del-articulo-259-1-10-20220616.pdf>

Santos Marta Garcia (2018). *Medición de la cohesión e identidad grupal en actividades de educación social con personas con discapacidad. Un estudio piloto*. [Trabajo final de Grado, Universidad de Valladolid]. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/32109/TFG-L2055.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Gonzalez Nuñez Juan Manuel (2014). Construcción Social de la Identidad de las personas con Discapacidad. *Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 8(2), 77-85.

http://riberdis.cedid.es/bitstream/handle/11181/4269/construccion_social_identidad_personas_con_discapacidad.pdf?sequence=1&rd=0031800785430420

Morales y Bravo. (s.f.). *Ocio Terapéutico*.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2756889>

Santamaria Setien Maria Luisa. (2000). *Ocio, Calidad de vida y Discapacidad*. Universidad de Deusto Bilbao. <http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/ocio/ocio9.pdf>

13. BIBLIOGRAFÍA

Echevarrieta Buzzaqui Adrian. (1999). *El grupo Operativo de Enrique Pichon - Riviere: Analisis y Critica*. [Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. <https://docta.ucm.es/rest/api/core/bitstreams/5eec1911-8187-430d-863b-e144aad1367d/content>

Sanchez Sara Dopazo (2018). *Terapia Ocupacional y personas con discapacidad intelectual: Intervención grupal empleando la música como medio terapéutico*. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de la Coruña]. https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/21234/DopazoS%c3%a1nchez_Sara_TFG_2018.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Garcia Rodriguez Laura (2021). *Diseño de un programa de salidas terapéuticas para pacientes con trastorno mental severo*. [Trabajo Fin de Grado, Universidad de la Laguna]. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/27008/Diseno%20de%20un%20programa%20de%20salidas%20terapeuticas%20para%20pacientes%20con%20trastorno%20mental%20severo.%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Martin Laura Esteban (2016-2017). *Programa de intervención grupal para promoción de autonomía personal en adolescentes con discapacidad intelectual media y ligera*. [Trabajo Fin de Grado, Universidad de Zaragoza]. <https://zaguan.unizar.es/record/90313/files/TAZ-TFG-2017-1094.pdf>

Arroyave Palacio Margarita Maria y Freyle Nieves Monica Liliam. (2009). La autodeterminación en adolescentes con discapacidad intelectual. Revista . *Revista de Ciencias Administrativas y Sociales*, (19), 53-63.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81819025005>

Valverde Ochoa Valverde Elizabeth Katheryne (2014). *Caracterización de conductas adaptativas en adolescentes con discapacidad intelectual*. [Tesis de Grado, Universidad de Guayaquil.] URL

Caizapanta Paredes Alexander Xavier (2021). *Actividad física y recreativa como medio terapéutico en personas con discapacidad*. [Trabajo de Titulación, Universidad Central del Ecuador].

<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/24029/1/UCE-FCDAPD-CTO-CAIZAPANTA%20ALEXANDER.pdf>

Verdugo Miguel Angel, Schalock L, Robert y Sanchez Gomez Laura. (22 de Enero del 2021). El modelo de calidad de vida y Apoyos: La unión tras veinticinco años de caminos paralelos.

<https://sid-inico.usal.es/wp-content/uploads/2021/09/27300-Texto-del-articulo-97663-1-10-20210926.pdf>

Schalock L, Robert y Verdugo Miguel Angel. (s.f.). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual.

<https://sid-inico.usal.es/idos/F8/ART10366/articulos2.pdf>

Etxebarria Gorbeña Susana. (2000). *Ocio y Salud Mental*. Universidad de Deusto Bilbao.

http://www.deusto-publicaciones.es/ud/openaccess/ocio/pdfs_ocio/ocio14.pdf

14. ANEXOS

ANEXO N°1

GUÍA DE OBSERVACIÓN

Este instrumento de evaluación cuenta con una serie de ítems que le permiten al observador poder recolectar y registrar información sobre el objeto de estudio.

Ocupaciones

1) Actividades de la vida diaria

Actividades orientadas al cuidado del propio cuerpo y completadas de forma rutinaria

.....

.....

2) Actividades instrumentales de la vida diaria

Actividades para apoyar la vida diaria en el hogar y la comunidad.

.....

.....

3) Juego y Ocio

Identificar las actividades de juego, intereses, habilidades y oportunidades. Planificar y participar en actividades de juego y ocio, mantener la participación en las mismas y mantener el equilibrio entre estas actividades y otras.

.....

.....

4) Participación social

Participar en actividades que impliquen una interacción social con otros, como los miembros de la comunidad, familia y grupo de pares

.....

.....

Factores presentes en las salidas terapéuticas

1) Factores personales

Antecedentes particulares de la vida y el vivir de una persona y consisten en las características únicas de las personas que no forman parte de una condición o estado de salud.

.....

.....

2) Factores ambientales

Aspectos del entorno físico, social y la situación en que las personas viven y conducen sus vidas

.....

.....

Habilidades de Interacción social

1) Componentes verbales

Hace referencia al tono de la voz, la fluidez, el tiempo de habla, velocidad del habla, entre otras

.....

.....

2) Componentes no verbales

Hace referencia al lenguaje corporal como el contacto visual, contacto físico, distancia física, postura del cuerpo, expresión facial, entre otras.

.....

.....

3) Participación en actividades

Consiste en las conductas que los adolescentes llevan a cabo antes, durante y después de las actividades que se realizan, como, por ejemplo: si tienen interés en la misma, participan o no, expresan opiniones con respecto a la misma, etc.

.....

.....

.....

4) Conformidad con el grupo

Hace referencia a la actitud, comportamiento, opiniones que tienen los adolescentes en relación al grupo del cual son parte, como, por ejemplo: expresan opiniones con respecto al grupo, muestran interés, aceptación entre pares, etc.

.....

.....

Observaciones Extras/ Información Adicional

Son las observaciones e información recolectadas que no están incluidas en ninguno de los ítems anteriores.

.....

.....

ANEXO N°2

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Consentimiento Informado – Trabajo Final 2023**

En el marco de la materia Trabajo Final de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional de Ucasal, el alumno Lucas Gutiérrez realiza un trabajo de investigación que defenderá para obtener el título de Licenciado en Terapia Ocupacional.

El trabajo consiste en un estudio de caso cuyo objetivo es:

- Analizar las relaciones interpersonales de los integrantes del grupo durante las salidas terapéuticas, para determinar aspectos que podrían abordarse desde Terapia Ocupacional.

El alumno se insertará en las salidas que realiza el grupo de adolescentes para observar la dinámica general. Su participación es de observador.

Los resultados de este trabajo, posibilitarán planificar intervenciones específicas y adecuadas que podrán contribuir a los tratamientos que sobre los adolescentes se vienen realizando.

El propósito de esta ficha de consentimiento es poner en conocimiento a los padres de los adolescentes del Trabajo Final a realizar, para que puedan autorizar dicha observación.

Se aclara que no se realizarán intervenciones sobre los adolescentes ni deberán responder a preguntas o cuestionarios, sino que se compartirá el espacio y la actividad.

La información que se obtenga no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio.

PROTECCIÓN DE LA PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE DATOS PERSONALES

Toda la información y datos que deban recabarse como consecuencia de esta actividad, serán tratados con absoluta confidencialidad, cumpliéndose en un todo con lo dispuesto por la Ley de Protección de Datos Personales y de Derechos del paciente. (Ley 25.326)

La confidencialidad de la información alcanza tanto al docente de la cátedra a cargo, al alumno de Trabajo Final como a todas las personas que colaboren con él o participen, directa o indirectamente, en la actividad.

Tanto el docente como la Institución se comprometen a hacer cumplir la obligación de confidencialidad a cada uno de los colaboradores que tuvieran acceso a la información derivada del presente procedimiento.

Los resultados de la actividad se mantendrán en archivos anónimos y serán utilizados por el docente y el alumno de Trabajo Final por el tiempo necesario para lograr el objetivo para el cual se recopilaron.





El padre/tutor legal puede hacer uso, en cualquier momento, de su derecho a acceder a su información, solicitar su eliminación, ya sea directamente o por medio del docente a cargo, quien puede garantizar su identidad.

El padre/tutor legal ha sido informado respecto a su derecho a acceder a toda nueva información que surja en relación a la actividad en cuestión y que difiera de la que se vuelca en este documento, la que deberá serle comunicada por el docente a cargo, como así también obtener una síntesis de los resultados finales de la actividad en cuestión, todo ello a su pedido.

DECLARACIONES PRELIMINARES

Por la presente, se deja constancia que el/la Sr./a. (nombre y apellido), DNI, ha resultado seleccionado para participar en la actividad identificada como.....(título de la actividad)"; que será llevado a cabo en

El docente a cargo del presente proyecto es y el alumno de Trabajo Final es, quien, en forma previa a la suscripción del presente, ha proporcionado al padre/tutor legal para su lectura la hoja de información indicando detalladamente el proyecto y que su participación es VOLUNTARIA en el mismo. Dicho alumno de Trabajo Final, en forma previa a la suscripción del presente, ha manifestado verbalmente al padre/tutor legal su facultad de efectuar todas las preguntas que considere pertinentes, habiendo resultado evacuadas todas y cada una de ellas en forma satisfactoria para el padre/tutor legal por el Alumno de Trabajo Final, corroborando su comprensión.

Desde ya le agradecemos su participación.

CONSENTIMIENTO:

ACEPTO

NO ACEPTO

Nombre del adolescente que asiste al grupo:

Firma y aclaración del padre/tutor legal:

Fecha:

