

Estudio sobre la influencia de un programa de actividades laborales en la socialización de jóvenes diagnosticados con retraso mental

Alfredo M. Barale ¹

El presente artículo da cuenta de los principales resultados de una investigación en la que se examinaron las relaciones entre actividades laborales y la socialización en jóvenes diagnosticados con retraso mental. La muestra estuvo conformada por 22 sujetos de ambos sexos que fueron distribuidos de manera aleatoria en los grupos experimental y control en espera. Se utilizaron medidas de pretest-posttest para analizar la evolución de los grupos antes y después del tratamiento experimental. Los instrumentos utilizados fueron el Registro de Evaluación de la Discapacidad WHODAS II (OMS, 2000) y la Escala de Socialización en Retraso Mental ESRM (Barale, 2008). Se observó que la participación en el programa prelaboral incrementaba significativamente ($\alpha = 0.05$) la socialización de los participantes. Tras retirar la variable independiente aun se mantuvieron diferencias significativas en la socialización. Estos resultados y sus limitaciones y alcances son discutidos en el trabajo.

Al final del estudio y sin la variable independiente el grupo experimental, retornó a un nivel de socialización similar al inicio del estudio.

Deficiencia - Deficiencia mental - Retraso Mental - Socialización - Trabajo

This paper describes the main results of a research examining the relationship between work activities and socialization of young people diagnosed with mental retardation. The sample consisted of 22 subjects of both sexes who were randomly assigned to experimental and wait-list control groups. Pretest-posttest measures to analyze changes in both groups before and after the experimental treatment were used. The instruments used were the Disability Assessment Schedule WHODAS II

¹ Magíster en Psicología Clínica. Licenciado en Psicología. Profesor de la Universidad Católica de Córdoba y la Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina. E-mail: fredybarale@yahoo.com

(OMS, 2000) and the Scale of Socialization in Mental Retardation ESRM (Barale, 2008). It was noted that participation in the pre-work program increased significantly ($\alpha = 0.05$) the socialization of the participants. Finally, after removing the independent variable significant differences in socialization still remained. These results and their limitations and scope are discussed in this paper. At the end of the study and without the independent variable the experimental group returned to a level of socialization similar to the beginning of the study.

Handicap - Mental handicap - Mental retardation - Socialization - Labour

Introducción

El retraso mental se define actualmente como un rasgo absoluto manifestado únicamente por un individuo antes de los 18 años, haciendo referencia a limitaciones substanciales en el desenvolvimiento corriente. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, junto con limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas: comunicación, cuidado personal, vida en hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo (Asociación Americana de Retraso Mental, 2002).

La población con discapacidad en Argentina (INDEC, 2004) es de 2 176 123, es decir que representa el 7,1% de la población total de nuestro país. Si la población de la provincia de Córdoba es de 3 221 001, las personas con discapacidad serían entonces 228 691. De dicha cifra se calcula que en la provincia de Córdoba existen 27 214 personas con diagnóstico de retraso mental (11,9% de discapacidades mentales en la región pampeana). Para dicho censo la pobla-

ción de Córdoba Capital era de 1 284 582 habitantes, por lo que entonces, en nuestra ciudad, habría 10 853 personas diagnosticadas con retraso mental.

Teniendo en consideración que en nuestra ciudad existen 40 (Gobierno de la Provincia de Córdoba, 2008) instituciones de las cuales sólo 25 (Servicio Nacional de Rehabilitación, 2010) se encuentran formalizadas según lo que regula la Ley Nacional 24 901 para cubrir las necesidades especiales de esta población, con un cupo aproximado para 1 400 personas con retraso mental en nuestra ciudad. Esto denota un gran déficit en nuestra capital en la oferta de servicios hacia personas con discapacidad intelectual.

Pero además de la escasez de cupos institucionales para el tratamiento de personas con retraso mental, también se ha observado que en las instituciones prestadoras de servicios en discapacidad con modalidad de centros educativos terapéuticos existe una hegemonía en torno a organizarse desde una postura psicodinámica, es decir, sustentada en el psicoanálisis (R. Guzmán, comunicación personal, 20 de agosto de 2008), con lo cual, se percibe también

la necesidad de plantear otras maneras de abordaje en discapacidad que promuevan la búsqueda de soluciones con otros métodos. Así, por ejemplo, el criterio socio-comunitario (adaptado a la Ley 24 901) contempla:

- el ambiente familiar,
- la adaptación al medio escolar, familiar y comunitario y
- la autonomía e independencia.

Para lo cual resulta ineludible la implementación de ciertos principios rectores como:

- a) El *principio del carácter dinámico, continuo y sistemático*: manifestado en un proceso permanente de obtención de evidencias y que se modifica con la transformación y evolución del sujeto bajo la influencia beneficiadora de las acciones preventivas y correctivo-compensatorias; todo lo cual favorece la adecuación sistemática de un programa de atención con un carácter cada vez más personalizado.
- b) El *principio del enfoque individual y multilateral*: cada sujeto es valorado en su individualidad, teniendo en cuenta más que sus limitaciones, sus logros y potencialidades y abarcando, además, del entorno escolar, el contexto familiar y socio-comunitario.
- c) El *principio del carácter preventivo, retroalimentador y transformador*: gracias a este principio es posible la constatación no solamente de los cambios ocurridos en el sujeto, sino además la eficacia de las opciones educativas que le han sido facilitadas, concebidas en la estrategia de intervención previamente diseñada y adecuada a las ne-

cesidades reales y siempre crecientes de cada individuo.

- d) El *principio del carácter multi e interdisciplinario, colaborativo y participativo*: de cardinal importancia es la implementación de este referido principio porque garantiza la participación de todas aquellas personas que de una manera u otra inciden directamente en el desarrollo multilateral del menor, a saber: los especialistas encargados del proceso de diagnóstico, la escuela con todos sus elementos, la familia y los factores claves de la comunidad. La relación que se establece entre todos estos elementos posee un carácter colaborativo y de influencia retroalimentadora que posibilita establecer con claridad meridiana los ámbitos de actuación y las tareas que a cada cual le compete desarrollar o facilitar.

Además del *criterio socio-comunitario* basado en los principios anteriores, aparece actualmente como una herramienta de gran utilidad el manejo de un diagnóstico constante, como lo es el desarrollado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Salud (OMS, 2001). Con él, lejos de tomar decisiones tras los resultados de las baterías de pruebas aplicadas, el diagnóstico es concebido como un proceso de orientación, seguimiento y evaluación sistemáticos del joven y el entorno donde este se desenvuelve, y de la puesta en práctica de programas de intervención que permitan mantener actualizada la información sobre la evolución o involución del sujeto y su familia. En dependencia de los resultados, se adecuan las acciones concebidas. Se logra así superar entonces el diagnóstico como función de

un grupo determinado de técnicos y especialistas, para concebirlo como un proceso de construcción interactiva, en el que la escuela, la familia y la comunidad toman decisiones.

Empleando entonces el criterio socio-comunitario, los principios rectores de la psicología sistémica y el diagnóstico funcional y constante, es que se ha concebido una modalidad de abordaje diferente de las dominantes, un enfoque multidisciplinario y multidireccional que requiere de la participación activa de cuantos tengan que ver con el sujeto, dándole significativa importancia a la opinión de todos los elementos en la observación de la conducta de la persona ante su desenvolvimiento diario en las actividades. De esta manera, ganan importancia los conceptos de *socialización* y de *red de contención para la diversidad*.

Este enfoque ayuda a comprender que los problemas de las personas no pueden ser entendidos únicamente como un retraso en el nivel de la inteligencia, sino como una desarmonía entre todos los factores que configuran su personalidad que se manifiesta en una incapacidad de acomodarse a las exigencias y expectativas sociales de los demás.

Ya que en nuestro *quehacer* observamos constantemente que el principal problema para la inclusión de las personas con discapacidad intelectual es la identificación de la conducta adaptativa y habilidades para vivir en la comunidad, esta situación va a demandar la necesidad de contar con instrumentos adecuados de evaluación que nos proporcionen información comprensiva y

fiable de los niveles de funcionamiento social de estos sujetos y que permitan el desarrollo de programas de intervención. Por ello, he tenido en cuenta para este trabajo los siguientes conceptos que tratan sobre *habilidad social* y su enseñanza.

La habilidad social debe considerarse dentro de un marco cultural determinado, y los patrones de comunicación varían ampliamente entre culturas y dentro de una misma cultura, dependiendo de factores tales como la edad, el sexo, la clase social y la educación. El individuo trae también a la situación sus propias actitudes, valores, creencias, capacidades cognitivas y un estilo único de interacción; claramente no puede haber un único criterio absoluto de habilidad social.

La *socialización* es comprendida en nuestro estudio como la asimilación voluntaria e involuntaria de las pautas, costumbres y normas conductuales más frecuentes en la sociedad. En la presente investigación, dicha variable comprende:

1. Autovaloración de ejecución en la tarea (capacidad de valorar sus aportes en las actividades y en el grupo).
2. Autonomía (capacidad para modificar su entorno con sus propios recursos en función de lo que el ambiente le demanda).
3. Capacidad de diálogo (supone poder intercambiar opiniones y razonar sobre los diferentes puntos de vista e intentar llegar a un consenso, a un acuerdo justo racionalmente motivado).
4. Habilidades sociales y para la convivencia (son las capacidades que

permiten la coherencia entre los criterios personales, las normas y los principios grupales y sociales).

5. Razonamiento moral (la capacidad de adquirir un conocimiento y el análisis crítico de la realidad, contextualizando y contrastando los diversos puntos de vista, mediante una actitud de entendimiento y compromiso con la pretensión de mejorarla).
6. Sentido de responsabilidad (capacidad de sentir y valorar los efectos de los actos y convencerse de lo que los otros esperan, teniendo en vista la organización social; mostrar espíritu de iniciativa).
7. Aprovechamiento del tiempo libre (capacidad de administrar los tiempos de ocio de manera libre y responsable).
8. Desarrollo de la creatividad (capacidad de utilizar la imaginación y la fantasía en aplicaciones concretas).

Considerando todo ello, se implementó una nueva modalidad de tratamiento del retraso mental en el marco del Centro Educativo Terapéutico (CET) Haruen. Tal como la Ley 24 901 lo define, entendemos por CET a aquel instituto que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes de carácter educativo a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico. Está dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad (p. ej. mental) no les permita acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades.

Y es dentro de dicho CET que se decidió anexar actividades de índole prelaboral, para constituir un servicio

asociado con el terapéutico, diseñado y orientado específicamente a proporcionarles a los jóvenes los elementos necesarios para realizar aprendizajes prelaborales (del mundo del trabajo) con cierto grado de sistematización, dosificación y secuenciados de manera personalizada, atendiendo a las condiciones particulares de cada uno de los receptores.

Dicho programa con orientación en ecología contó con asignaturas y actividades tales como: Educación tecnológica, Manejo de vivero, Matemática, Lengua, Ciencias sociales, Ciencias naturales y Educación física; Habilidades sociales, Higiene y presentación; Gabinetes de psicología, fisioterapia y psicomotricidad. En el vivero, se fomentó el desarrollo de habilidades tales como: producción y comercialización de plantas y árboles, implementación de una agenda para forestación, carpintería, cerámica y adornos, pintura de macetas, atención al público y manejo de dinero.

Con la introducción de este nuevo elemento al tratamiento educativo-terapéutico del CET Haruen, que consistía en *actividades prelaborales* con orientación ecológica como modo de *empoderamiento*, surgió la necesidad de estudiar sus efectos en la socialización de las personas.

Los objetivos específicos de dicho estudio fueron:

1. Evaluar el grado de socialización de los alumnos que participan del programa ecológico-prelaboral.
2. Evaluar el grado de socialización de los alumnos que no participan del programa ecológico-prelaboral.

3. Comparar ambos grupos a fin de analizar la influencia del programa en la socialización de los alumnos del Centro Educativo Terapéutico.

La hipótesis inicial fue: las actividades prelaborales de índole ecológica tendrían un impacto positivo en la socialización de adolescentes-adultos entre 15-26 años, diagnosticados con algún tipo de retraso mental, que acudieran al CET entre el 2008 y el 2009.

Método

Diseño

Se correspondió con un *diseño de tipo experimental*, puesto que, por un lado, se manipuló la variable independiente (actividades prelaborales con orientación ecológica) intentando observar e identificar sus efectos en la variable dependiente (socialización de las personas). Y por otro lado, como medidas de control de validez, se adoptaron estrategias de manipulación selectivas buscando igualar los efectos de las variables contingentes para todos los sujetos. A tal efecto, los participantes fueron designados aleatoriamente en los grupos (experimental y control en espera). Se incorporó, además, la administración de pre-test y post-test para analizar la *evolución* de los grupos antes y después del tratamiento experimental. Luego de administrarse la preprueba, el grupo experimental recibió la variable independiente, mientras que el grupo control no lo hizo (prosiguió en espera, continuando las con actividades educativo-terapéuticas habituales). Tras ello, hemos efectuado 2 medidas en momentos en que la variable independiente estaba siendo apli-

cada (a los 3 y 6 meses de iniciado el experimento), y una última en que no (a los 9 meses de comenzado el experimento); estas tres pruebas han sido aplicadas simultáneamente a los dos grupos.

Esquema-tipo

En este estudio se empleó un esquema correlacional entre dos variables (una independiente y la otra dependiente), debido a que su finalidad fue observar-medir el grado de relación entre una (actividades prelaborales ecológicas) y la otra (socialización de las personas) en un contexto particular como lo es el Centro Educativo Terapéutico.

Las condiciones de la variable independiente a la que el grupo experimental y control en espera fueron sometidos siguieron el esquema que se detalla en la tabla 1.

Población y grupos

El CET Haruen cuenta generalmente con una población regular de 28 alumnos diagnosticados con retraso mental, de los cuales 22 participaron del estudio concurriendo al Centro Educativo Terapéutico entre los años lectivos 2008-2009. Los 22 participantes fueron distribuidos de manera aleatoria en dos grupos:

- Grupo experimental (N: 11 alumnos).
- Grupo control en espera (N: 11 alumnos).

Ambos grupos fueron conformados según distribución equitativa a través de sexo y año de permanencia en la ins-

titución; y estuvieron compuestos por 7 integrantes de género masculino y 4 integrantes de género femenino.

El perfil de las unidades de observación se configuró con personas beneficiarias de los servicios del CET en el período de la investigación que tuvieran algún tipo de retraso mental (RM) debido a trastornos generalizados del desarrollo, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, deficientes mentales con trastorno disocial, etc. (de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV y CIÉ-10) y, siempre y cuando se encontraran compensados, y no en fases de crisis. Dentro de los cuadros patológicos incluidos en esta definición (RM) se mencionan algunos: Síndrome de Lennox-Gasteau, Síndrome de William, Síndrome de Down, Microcefálea, Síndrome X Frágil, Síndrome de Turner, Síndrome de Soto, lesionados cerebrales, parálíticos cerebrales.

Técnicas de recolección de datos

En la presente investigación se aplicó una escala creada específicamente

para medir la variable socialización (VD) denominada ESRM (Barale, 2008), a la vez que se tomaron medidas con la escala WHODAS-II (OMS, 2000).

El procedimiento para la recolección de datos mediante escalas de ESRM y Whodas-II se especifica en la tabla 2.

Procedimiento

El estudio se llevó a cabo en las instalaciones del CET y en el vivero Betania, ambos lugares pertenecientes a la Fundación Haruen. El período de investigación se extendió desde junio del 2008 hasta el mes de marzo del 2009. El día y horario en el que fue llevada adelante esta investigación: lunes a viernes entre las 9:00 h. y las 15:00 h.

Para la aplicación de las escalas se emplearon tres informantes-observadores que poseyeran la totalidad de los ítems de un protocolo de admisión específico para el estudio.

Las condiciones a las que fueron sometidos los sujetos que participaron en la investigación y en la aleatorización

Tabla 1: Condiciones de la VI aplicadas a los grupos experimental y control en espera

Grupos / VI	A ₁	B ₁	B ₂	A ₂
Experimental N=11	Sin tratamiento	Tratamiento con VI	Tratamiento con VI	Sin tratamiento
Control N=11	Sin tratamiento	Tratamiento sin VI	Tratamiento sin VI	Sin tratamiento

Tabla 2: Procedimiento de recolección de datos

Medida	Antes de introducir la VI ESRM y WHODAS II	A los 3 meses con VI ESRM	A los 6 meses con VI ESRM	A los 9 meses sin VI ESRM y WHODAS II
VD	junio-julio 2008 ESRM y WHODAS II	sept.-octubre 2008 ESRM	diciembre 2008 ESRM	marzo-abril 2009 ESRM y WHODAS II

asignados al grupo experimental, consistieron en:

- Alrededor de 30 horas semanales de participación en actividades ecológicas (Programa Forestar y Hacer Eco II; en CET y en vivero Betania) desde junio del 2008 hasta marzo del 2009.
- Aplicación de los instrumentos ESRM (ver anexo 1) y WHODAS-II.

Análisis de datos

En esta fase se introdujeron los datos en los programas SPSS 11.0 e INFOSTAT y se efectuaron *análisis de varianza* ANOVA de dos factores (sexo y grupo respectivamente). Cuando se encontraron diferencias significativas, se usó la prueba de Tukey, como análisis *post hoc*. Cuando correspondió, hemos utilizado prueba t de Student, para pruebas independientes o apareadas. En todos los casos, el nivel de significación fue establecido en α : 0,05.

Conclusiones y discusión

Resultados

En la tabla 3 se muestran los datos de estadística descriptiva: media y desviación estándar, en las cuatro tomas para los grupos control y experimental en la escalas ESRM y WHODAS.

De acuerdo con esto, en un primer lugar se observó que en el instrumento WHODAS las medias de los grupos difieren moderadamente entre ellas y, en una prueba T para muestras independientes se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones para ambos grupos en los dos momentos de medida (.011 y .002, en la primera y segunda toma respectivamente). Por otro lado, en lo que refiere a un análisis de Prueba T para muestras apareadas (ver tabla 4), no hemos encontrado diferencias significativas entre la primera y la segunda toma realizadas a los grupos.

Estos resultados sugieren que si bien han existido diferencias en torno al funcionamiento y puntaje general de

discapacidad entre los grupos, no se han encontrado variaciones en las mismas a lo largo de la investigación.

En torno a los objetivos principales del estudio se halló que la hipótesis planteada inicialmente se sostenía ya que luego de seis meses de tratamiento prelaboral en ecología (VI) el grupo experimental difirió significativamente del grupo control en su socialización (VD), ver gráfico 1.

En el gráfico 1 se observan las puntuaciones de ambos grupos en las cuatro tomas de la escala ESRM. Se nota allí que la diferencia en las puntuaciones mediante Prueba T de dos colas para muestras independientes entre los grupos para la tercera toma alcanza un nivel de significación estadística (.0001) y, en el caso de la cuarta toma hubo una tendencia hacia la significación estadística (.0528). Los participantes del grupo experimental

Tabla 3: Estadística descriptiva de la ESRM y WHODAS para los grupos control y experimental

	Grupo Control		Grupo Experimental	
	Media	D.E.	Media	D.E.
ESRM Toma 1	10,12	8,52	16,46	8,87
ESRM Toma 2	7,61	6,24	6,52	4,7
ESRM Toma 3	10,36	6,28	23,88	6,88
ESRM Toma 4	7,49	7,29	15,03	9,73
WHODAS Toma 1	30,15	12,73	17,15	8,69
WHODAS Toma 2	30,91	9,85	17,64	7,63

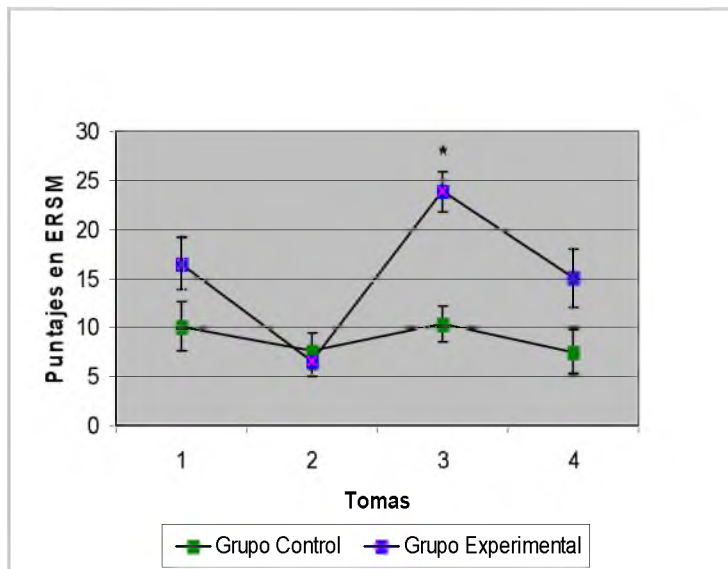
*D.E.: Desviación estándar.

Tabla 4: Prueba T (muestras apareadas). Grupos de control y experimental en las dos tomas de la escala WHODAS

Grupo	Obs (1)	Obs (2)	N	Media (dif)	T	Bilateral
Control	WHODAS T1	WHODAS T2	11	-.76	-.64	.53
Experimental	WHODAS T1	WHODAS T2	11	-.48	-.55	.59

* Nivel de significación estadística establecida: $\alpha = .05$

Gráfico 1: Puntajes grupos control y experimental en las cuatro tomas para la escala de socialización en retraso mental



* Nivel de significación estadística establecida: $\alpha = 0.05$

registraron cambios significativos entonces al intervenir la variable independiente del estudio.

Luego de dicho análisis se procedió a conducir una prueba T para muestras apareadas para ambos grupos en los cuatro momentos de medida (ver tabla 5). El análisis reveló lo siguiente: en cuanto al grupo control la única diferencia significativa se halló entre la toma 3 y la 4 (0488); se recuerda que luego de dicho intervalo el grupo control se hallaba ya 3 meses sin la intervención del tratamiento educativo terapéutico (VC). Para las demás tomas, no hubo variaciones estadísticamente relevantes.

En torno al grupo experimental en el presente análisis se observó una trayectoria particular. Entre la toma 1 y 2 hubo una disminución en los puntajes de la escala ESRM que alcanzó significación estadística (.0030), al tiempo en que, entre las tomas 2 y 3, los puntajes en la socialización se incrementaron también denotando diferencias importantes (<.0001) y finalmente, disminuyeron significativamente (.0050) luego de retirar la variable independiente arribando a niveles semejantes a los iniciales (ver tabla 6).

En la tabla 6 se observa que en la primera toma de la escala de socialización no se hallaron diferencias sig-

nificativas entre ambos grupos ni a nivel global ni en las subdimensiones. En la segunda toma, la única dimensión que mostró diferencias relevantes fue "*habilidades sociales y para la convivencia*" con puntuaciones mayores en el grupo control; esto sugiere una carencia o disminución de dicha subdimensión en el grupo experimental a los 3 meses de introducirse la variable independiente. En cuanto a la toma 3, se encontraron diferencias significativas en la mayoría de las subdimensiones de la escala, esta vez, con mayor puntaje del grupo experimental. Dichas subdimensiones son: "*autonomía*", "*capacidad de diálogo*",

"*creatividad*", "*habilidades sociales y para la convivencia*", "*sentido de responsabilidad*" y "*aprovechamiento del tiempo libre*". Finalmente, tras retirar la variable independiente, aún se mantuvieron con diferencias significativas las subdimensiones "*autonomía*" y "*capacidad de diálogo*", agregándose en esta cuarta toma la subdimensión rotulada "*autovaloración*" (que refiere a autoconocimiento y autoestima). La única subdimensión de la escala que no mostró diferencias significativas en las cuatro mediciones entre ambos grupos fue "*razonamiento moral*".

Finalmente, considerando el género de los participantes en relación con

Tabla 5: Prueba T (muestras apareadas). Grupos control y experimental en las 4 tomas para la escala ESRM

Grupo	Obs (1)	Obs (2)	N	Media (dif)	T	Bilateral
Control	ESRM T1	ESRM T2	11	2.51	1.49	.1665
Control	ESRM T1	ESRM T3	11	-.24	-.12	.9098
Control	ESRM T1	ESRM T4	11	2.64	2.19	.0537
Control	ESRM T2	ESRM T3	11	-2.76	-2.14	.0576
Control	ESRM T2	ESRM T4	11	.12	0.16	.8742
Control	ESRM T3	ESRM T4	11	2.88	2.24	.0488
Experimental	ESRM T1	ESRM T2	11	9.94	3.90	.0030
Experimental	ESRM T1	ESRM T3	11	-7.42	-2.98	.0136
Experimental	ESRM T1	ESRM T4	11	1.43	1.83	.0971
Experimental	ESRM T2	ESRM T3	11	-17.36	-10.75	<.0001
Experimental	ESRM T2	ESRM T4	11	-8.52	-3.25	.0087
Experimental	ESRM T3	ESRM T4	11	8.85	3.58	.0050

* Nivel de significación estadística establecida: $\alpha = 0.05$

las medidas tomadas (se empleó una prueba T para muestras independientes) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para ambas escalas en los cuatro momentos de medidas.

Discusión

El retraso mental no es atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto/entorno social. Por lo tanto, el manejo del problema requiere la actuación *desde lo social*, y es responsabilidad colectiva de

la sociedad hacer modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidades en todas las áreas de la vida. Se requiere un cambio social.

Resulta entonces notable cómo el funcionamiento de un individuo en un dominio se entiende como una relación compleja entre la condición de salud y los factores contextuales (factores ambientales y personales). Un ejemplo de esto es el cambio de conciencia ciudadana hacia posiciones de mayor participación, responsabilización e iniciativa en los aspectos económicos, sociales, culturales y políticos.

Tabla 6: Prueba T (muestras independientes). Subdimensiones de la ESRM con diferencias significativas entre grupo control y experimental en las 4 tomas

Subdimensión	Grupo (1)	Grupo (2)	p (Var. Hom.)	T	p
Habilidades sociales T2	Control	Experimental	0.42	2.87	0.0095
Autonomía T3	Control	Experimental	0.31	2.35	0.0289
Capacidad de diálogo T3	Control	Experimental	0.67	4.54	0.0002
Habilidades sociales T3	Control	Experimental	0.69	2.14	0.0445
Sentido de la responsabilidad T3	Control	Experimental	0.0832	3.85	0.0010
Tiempo libre T3	Control	Experimental	0.23	2.73	0.0129
Creatividad T3	Control	Experimental	0.17	4.56	0.0002
Autovaloración T4	Control	Experimental	0.68	3.21	0.0044
Autonomía T4	Control	Experimental	0.17	4.56	0.0002
Capacidad de diálogo T4	Control	Experimental	0.76	2.62	0.0164

* Nivel de significación estadística establecida: $\alpha = 0.05$ Grupo 1 N = 11, Grupo 2 N = 11.

Al tomar como datos las modificaciones en las dimensiones *autonomía* y *capacidad de diálogo*, se observa que existe una interacción dinámica entre estos elementos: las intervenciones en uno de ellos tienen el potencial de modificar otras dimensiones. La interacción funciona en varias direcciones; la presencia de la discapacidad puede incluso modificar los factores ambientales que son extrínsecos a la persona (ejemplo: las actitudes de la sociedad, las características arquitectónicas).

Otra de las observaciones es que los alumnos pudieron ser capaces de organizar su entorno valiéndose por sí mismos, casi sin la necesidad de la orientación y corrección de los demás; esto fue asentándose con el correr del tiempo mientras la variable independiente estaba presente. Esto fue notable en la dimensión *autonomía* que es entendida como la capacidad para modificar el entorno con los propios recursos en función de lo que el ambiente demande.

Hemos comprobado con estos resultados que en la dimensión *independencia* y en la *autorregulación* hay una mayor coherencia de la acción personal por parte de los jóvenes. Esta capacidad les permitió implicarse en proyectos colectivos y buscar el bien común para la superación de sí y del grupo. Así pues, se observa que han controlado y actuado de manera segura ante la búsqueda de información y/o recursos. A su vez, han sabido encontrar la información y gestionarla. No han necesitado, por ejemplo, que se les indique constantemente qué hacer, cómo proceder con relación a sí

mismos y a los otros; no han requerido del control constante y verificación de las tareas que realizaron, buscaron por sí solos la solución al problema que se les planteó en las tareas. Otra característica es que después de intentar resolver el problema, sin éxito, han consultado al referente, disfrutando también los logros alcanzados de esta manera.

También hemos visto que la dimensión *capacidad de diálogo* fue incrementada positivamente: los jóvenes con retraso mental han logrado una adecuada capacidad de diálogo; esto supone poder intercambiar opiniones y razonar sobre los diferentes puntos de vista e intentar llegar a un consenso, a un acuerdo justo racionalmente motivado. El joven ha sabido esperar su turno, no levantar la voz para imponer su pensamiento, ha participado de las conversaciones (no se mantiene callado), recordando lo conversado con anterioridad y, cuando fue necesario, lo ha evocado y aplicado; ha capturado tanto los contenidos emocionales como los semánticos en una conversación. Ante momentos de estrés, ha preferido el diálogo antes que el acto (no deseado socialmente), ha podido relatar lo que ha acontecido en otros ámbitos ha tenido iniciativa para las conversaciones. Se pudo comunicar con los otros, con puntos de vista muy diferentes, por lo tanto es capaz de respetar las otras opiniones y está preparado también para los posibles conflictos cognitivos, creando interrogantes en sus estructuras de pensamiento y planteando nuevas opiniones.

El *empoderamiento* ha sido la *fuerza motriz de este proceso*: el alumno

tomó control y posesión sobre sus propios empeños y destino, como así también los del grupo. Como hemos visto desde este modelo, la discapacidad se concibe como el resultado de una compleja interacción dinámica entre los factores personales del individuo (deficiencias o handicaps) y aquellos factores (facilitadores u obstaculizadores) del ambiente que lo rodean (conceptos intervinientes interfases, retroalimentación, sistemas abiertos, ambiente, etc.). A su vez, se hace hincapié no sólo en aquellos aspectos y/o actividades que el individuo no es capaz de ejecutar (en determinado momento), sino también en aquellos que él mismo posee, realiza o se halla próximo a alcanzar (valoración funcional, connotación positiva).

Se observa, entonces, que las acciones de emponderamiento, como la intervención presentada, repercuten de manera positiva en el individuo, en su familia, y en la sociedad, así como en el ambiente donde todos vivimos.

Insistimos en la idea de que los efectos promovidos por el cambio en la conducta o en los pensamientos (saludables y funcionales) pueden romper ciertos círculos viciosos o no deseados por disfuncionales, los cambios personales favorables se establecen más firmemente si la persona siente que está bajo control personal, en lugar de depender de tratamientos que le son externos, favoreciendo así tanto al individuo como al grupo de pertenencia.

De acuerdo con lo hasta aquí manifestado, se puede determinar que:

- Los cambios externos favorecen cambios internos o cognitivos.

- Un entrenamiento para desarrollar comportamientos más hábiles por medio de las experiencias positivas puede afectar y modificar las auto-percepciones negativas. Se observa que los cambios son más duraderos si la memoria se atribuye a un control personal en lugar de a circunstancias externas o tratamientos.
- Cuanto mayor es el tiempo de intervención (tabla 3), es decir, más ensayos educativos directos según los criterios utilizados en este trabajo, se adquiere habilidades de rendimiento de manera significativa. Es por ello que a la hora de facilitar una instrucción de este tipo, esta debería estar centrada en la socialización y aumentar en la práctica el número de ensayos.
- Las primeras etapas del proceso de habilitación de los patrones de las funciones deficientes y de las que se tienen están relacionadas directa o indirectamente con el resultado obtenido. Y a su vez, los niveles iniciales y posteriores de desempeño se ven afectados por efectos sencillos e interactivos de variables que contribuyen a las diferencias individuales que aparecen en el transcurso de la vida.
- Los efectos facilitadores pueden estar relacionados con factores de tipo genético, ambiental, social y biológico, como hemos visto en el marco teórico. Respecto a la toma 3 del grupo experimental, en lo que refiere a su funcionamiento, presentó diferencias significativas al compararla con las tomas 1, 2 y 4; notándose aún más esta diferencia en los puntajes de las dimensiones *autonomía, recreación...*

Una posible explicación de los resultados obtenidos puede mostrarse desde el punto de vista de la intensidad de la intervención.

- Al analizar los resultados obtenidos en las comparaciones en la toma 4, los adolescentes que participaron del grupo experimental han mostrado una baja generalizada en todas las dimensiones, que nos hace suponer que la quita del programa desfavoreció el mantenimiento del nivel en las dimensiones estudiadas; en consecuencia, se infiere que el programa favorece positivamente a la socialización de los jóvenes con retraso mental.

Por lo tanto, las habilidades desarrolladas están relacionadas con la autonomía:

- El área social: que pretende estimular y favorecer el proceso de socialización, a fin de adquirir una identidad personal y conocimientos en relación con los valores y costumbres de su entorno social.
- El área de autocuidado: permite al sujeto actuar por sí mismo, sin dependencia de otros para sobrevivir y disfrutar del medio en el que se vive a través del desarrollo de habilidades de cuidado personal, el trabajo en el taller o en casa, convivencia familiar y comunal.
- El área cognitiva, cuyo objetivo es el aprendizaje para desarrollar el pensamiento y funcionamiento global de la persona.

Todas las características antes mencionadas de las personas con discapacidad intelectual generan la necesidad de

introducir y programar asignaturas educativas que permitan en paralelo o dentro del currículo (exigencias Ley 24 901) actividades socializantes, y que la formación alcance el máximo de productividad, independencia y eficiencia dentro de sus posibilidades en toda una serie de entornos y actividades integradas, dentro de la institución escuela - familia, como con otras de su entorno.

En la muestra que nos ocupa, se ha podido valorar cierta capacidad de enriquecerse en habilidades específicamente cognitivas, tales como la lecto-escritura, el cálculo y el razonamiento abstracto. Esto ha logrado que las personas tengan un buen avance desde el punto de vista cualitativo, ya que se observa en ellas la posibilidad de retroalimentarse de las diversas situaciones cotidianas: mostrar actitudes adecuadas en la convivencia con grupos más numerosos; respetar las reglas sociales; ser capaces de aprovechar (con buen desempeño) experiencias sociales educativas como asistir a centros culturales y recreativos; participar en eventos deportivos formales; atender a los clientes (en la actividad de comercialización) de manera acertada y conveniente; etc.

Este estudio también nos ha permitido pensar sobre el rol de los profesionales que actúan en esta problemática. A continuación, se transcribe lo expuesto por el profesor Martín Wainstein (2006) en relación con ello:

Algunas veces, el psicólogo es llamado solamente para evaluar la conducta humana, preparar diagnóstico e informes acerca de individuos y grupos. Su tarea lo eximirá, aparentemente, de un papel

orientador de la conducta de otros. Pero aun así, ello no lo exime del hecho de que las intervenciones que presentasen esas tareas, incluyan supuestos, elecciones, atribuciones y decisiones que, de por sí, influyen sobre la vida de las personas con las que trata. Del mismo modo, tampoco está eximido del efecto que iguales estímulos por parte de los consultantes ejercen sobre su propia persona [...] Desde la perspectiva que adoptamos aquí, que identifica comunicación y conducta, cualquier conducta: motora, cognitiva, o epistemológica debiera ser entendida como acto de influencia sobre sí mismo o sobre otros. (p. 12)

Por ello el profesional que trabaja en el área de la discapacidad debería tener en claro el concepto de empoderamiento de los marginados como fuente de salud, es decir, se piensa y se actúa, tratando (en este caso) al joven diagnosticado con retraso mental y a su familia, como el medio para promover bienestar a otros que padecen otras realidades de mayores desventajas y vulnerabilidad. Esta tarea tiene como beneficio el bienestar de todos los actores sociales llamados vulnerables.

Además, debe ser conciente de que la vulnerabilidad social de sujetos y colectivos de población se expresa de varias formas. Una de las manifestaciones es como fragilidad e indefensión ante cambios originados dentro del sistema o en el entorno. Esta noción tiene como característica que surge de la interacción entre una constelación de factores internos y externos que convergen en un

individuo, hogar o comunidad particular en un tiempo y un espacio determinado. Las condiciones de indefensión, fragilidad y desamparo, al combinarse con la falta de respuestas y las debilidades internas pueden conducir a que el individuo, hogar o comunidad sufran un deterioro en el bienestar como consecuencia de estar expuestos a determinados tipos de riesgos.

Así pues, en la sociedad actual, el fenómeno de la vulnerabilidad cobra cada vez más importancia, ya que el sistema estructural de la sociedad no solamente hace vulnerables a las clases bajas, sino también a las medias y altas. Más si se tiene en su seno un miembro discapacitado y subvalorado.

Se observa concretamente en la tarea de los terapeutas que el conocimiento de estos conceptos y su manejo le dan herramientas para las intervenciones realizadas, con un mayor grado de realidad, de dinámica, de táctica y estrategia. Y le permite, a la vez, comprender todo lo involucrado en ellas: ambiente, personas vulnerables y equipo de intervención, con el objetivo de mantener el grado de estrés lo más bajo posible y saludable.

En este sentido, es importante promocionar el concepto de salud entendido como bienestar. En consecuencia, la promoción de la salud ya no le concierne solo a un sector sanitario, sino a la acción comunitaria por medio de la participación efectiva y concreta. La fuerza motriz proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos (empoderamiento); en este caso, el programa oficia de facilitador, para logros en estos dominios.

¿Qué característica debería tener el rol del psicólogo para llevar adelante este tipo de intervenciones? Debería cubrir los siguientes requisitos a evaluar:

- Estar capacitado para el trabajo multidisciplinario.
- Poner el eje de trabajo en la comunidad tomada como un sistema abierto, con incidencias en el entorno social.
- Tener como objetivo la protección y la promoción social de la salud.
- Defender un pensamiento ecológico.
- Tener conciencia de la modificación de los entornos y apertura multidisciplinaria.
- Proteger y promover la salud propia y la de los demás.

A lo largo de este trabajo se ha tratado de presentar una explicación clara y objetiva de algunos de los conceptos básicos que conforman esta mirada social-ecológica, específicamente el abordaje de la persona con discapacidad y de su familia.

Consideramos que las personas con discapacidad y su familia tienen el derecho fundamental de participar de programas e instituciones regidos por principios socializantes, y a la independencia y autonomía social, sin necesidad de un reclamo constante por ellos. En este sentido y dirección trabajamos enmarcados por este modelo teórico. En el trabajo diario con familias con un miembro discapacitado, compartimos la idea de que "ya estamos integrados pero no socializados".

La máxima eficacia y eficiencia del trabajo en esta realidad debería eva-

luarse en función del éxito que se logre en el máximo nivel de bienestar y su pleno ejercicio en la mayor cantidad de ambientes posibles.

Consideramos también que la educación especial debe continuar expandiéndose y ampliar sus esfuerzos para reconocer y responder adecuadamente a todas las personas con discapacidad. Para ello, es necesario aprender a trabajar de forma eficaz con los padres y su entorno (aptitud de mucha utilidad que un profesional del área puede adquirir y practicar). Además tiene la responsabilidad de diseñar e implementar, junto a profesionales de otras áreas, una instrucción eficaz, que permita la adquisición de capacidades personales, sociales, vocacionales y académicas.

Para ir finalizando: en lo individual y grupal, tenemos la suficiente confianza en el potencial y en la capacidad de empoderamiento de las personas con discapacidad y de su familia, para triunfar en la construcción de una vida más plena e independiente dentro de la comunidad. Además, estamos mejorando esta realidad, a través de la enseñanza de la prevención de las condiciones que discapacitan y minusvalizan, y sobre todo, teniendo como principio rector la promoción de la salud como un derecho de todas las personas.

Desde el punto de vista macro, este trabajo es una muestra en pequeña escala del Movimiento de Ciudades Saludables, y también es reflejo de la influencia de lo sistémico: un organismo complejo que vive, respira, crece y cambia constantemente. Desde el punto de vista de la ecología urbana, estos principios ya fueron afirmados por el urbanista Chueca Goitia (1968):

La comunidad humana, lo mismo que la de los organismos inferiores, es fundamentalmente el producto interaccionado de fuerzas bióticas y ambientales. El hombre, sin embargo, es un animal cultural y, por consiguiente, capaz de modificar su medio (control del Medio) y de crear su propio hábitat. (p. 237)

En este planteo, frente a la consideración platónica del hombre como ser dual racional, se está afirmando la aristotélica del hombre como animal social, que necesita de un grupo y de las creaciones de este para poder (sobre) vivir.

Limitaciones y alcances

Somos concientes de que los estudios cuantitativos se basan en datos de grupos que podrían enmascarar diferencias individuales, sobre todo si el grupo de alumnos es heterogéneo. En este mismo sentido, los instrumentos tienen reglas específicas para su calificación, y sería importante flexibilizar hasta cierto punto la calificación en sujetos como los

que nos ocupan, ya que el hecho de no aprobar un reactivo que involucre una habilidad que pudiera estar ampliamente condicionada por la discapacidad mental del individuo -por ejemplo: el comunicar adecuadamente sus ideas-, cuando el impedimento del sujeto es principalmente la incapacidad, la poca o nula comunicación oral. Esto no significa que ya no podrá desarrollar ninguna otra de las subsecuentes a ella y, además, a veces dichos reactivos conforman habilidades, que si bien son parte del desarrollo evolutivo, no son determinantes para la adaptación al medio.

Finalmente, debemos señalar que los objetivos del presente estudio se han cumplido. Por lo tanto, los hallazgos encontrados contribuyen al conocimiento científico de procedimientos terapéuticos en personas con retraso mental en nuestro medio. Esperamos que el mismo sirva de base para investigaciones posteriores.

Original recibido: 18-11-2010

Original aceptado: 21-03-2011

Referencias bibliográficas

- Asociación Americana de Retraso Mental (2002). *Retraso mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza.
- Barale, A. (2008). *Escala de socialización en retraso mental*. (Inédito).
- Chueca Goitia, F. (1968). *Breve historia del urbanismo*. Madrid: Alianza.
- Gobierno de la Provincia de Córdoba (2008). *Instituciones. Discapacidad*. Recuperado el 22 de abril de 2010, de www.cba.gov.ar/imagenes/fotos/sal_instituciones0708.xls
- INDEC (2004). Censo 2001. *Revista informática Aquí se Cuenta*, 14, 1-5.
- OMS (2000). *Registro de evaluación de la discapacidad II (WHODAS II)*. Recuperado el 23 de mayo de 2008, de www.who.int/icidad/whodas/whodasversions/12int.pdf
- OMS (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud. Organización Mundial de la Salud*. [Versión Electrónica]. Recuperado el 13 de diciembre del 2007, de <http://es.geo.cities.com/cidadadaptaciones/CIDDM-2.pdf>
- Servicio Nacional de Rehabilitación (2010). *Registro de prestadores, establecimientos, prestaciones según Ley 24.901*. Recuperado el 22 de abril de 2010, de http://intranet.sisdis.gov.ar/intranet-bin/webdriver?Mival=menu_rep_pub
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.

Anexo 1



Escala de Socialización en Retraso Mental (Barale, 2008)

A continuación encontrará unos enunciados que deberá puntuar en referencia a la persona observada, según los criterios preestablecidos del instrumento.

Marque con una cruz en los casilleros de:

Nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Nombre:

Edad:

Sexo:

En el periodo de evaluación, ha observado que la persona:						
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1	Reconoce su utilidad en diversas tareas.					
2	Es capaz de organizar su entorno valiéndose por sí mismo.					
3	Intercambia opiniones tranquilo y sin dificultades.					
4	Tiene buen trato con sus pares y autoridades.					
5	Distingue lo que esta bien de lo que está mal.					
6	Tiene en cuenta las consecuencias de su accionar.					
7	Se involucra con gusto en los momentos recreativos.					
8	Introduce ideas innovadoras a lo que se le propone.					
9	Le resultan indiferentes sus contribuciones al grupo.					
10	Necesita la orientación y corrección de los demás.					
11	Intenta imponer sus ideas sin valorar razones.					
12	Procede inadecuadamente en sus interacciones sociales.					
13	Demuestra un juicio laxo y ambiguo.					
14	Actúa con imprudencia para sí y para los demás.					
15	En sus descansos, opta por el ocio pasivo-no recreativo.					
16	Solo se limita a realizar lo que se le indica					

Firma Observador

Periodo de Observación