

2014

Sistematización de la experiencia de campo en el taller de cocina desde la disciplina de terapia ocupacional, realizada en la escuela especial "Asociación Tandilense de Ayuda al Discapacitado", ciudad de Tandil, durante los meses de junio a octubre de 2013

Maffezzoli, María José

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/1116>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Sistematización de la experiencia de campo en el taller de cocina desde la disciplina de Terapia Ocupacional, realizada en la escuela Especial, Asociación Tandilense de Ayuda al Discapacitado, ciudad de Tandil, durante los meses de junio a octubre de 2013

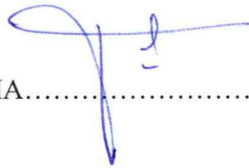
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

Plan de Tesis PRESENTADO EN LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL PARA OPTAR AL TITULO DE
LICENCIADA EN TERAPIA OCUPACIONAL

Maffezzoli, María José

TANDIL. PROVINCIA DE BUENOS AIRES. ARGENTINA.

DIRECTORA:
Codesido Paula
Licenciada en Terapia Ocupacional

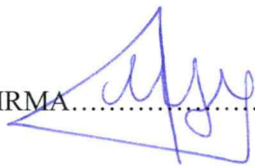
FIRMA.....

ASESORIA METODOLÓGICA: Asignatura De Taller De Trabajo Final. Departamento Pedagógico de TO

AUTOR: Maffezzoli, María José

DNI: 32498747

Matricula: 8957/05

FIRMA.....

Índice:

Introducción.....	1-2
Características de la institución	
Historia de la institución.....	3-5
Atención temprana del desarrollo infantil.....	5-7
Talleres pedagógicos de Atad.....	7-10
Centro de formación integral (ATAD joven).....	10-11
Integración.....	11
Organización.....	12-13
Población	
Retraso Mental.....	14-22
Síndrome de Down.....	22-25
Síndrome de Kabuki.....	25-26
Síndrome de Williams.....	26-28
Estado actual de la cuestión.....	29-31
Marco teórico	
Educación especial.....	32
Historia de la educación especial.....	32-35
La educación especial en Argentina.....	35-38
Marco Legal de educación especial en Argentina.....	38-41
Equipo transdisciplinario.....	41-43
Terapia ocupacional en educación Especial.....	44-52
Aspectos metodológicos.....	53-76

Referencias bibliográficas.....77-80

Anexos

Ficha de evaluación.....81-83

Cuaderno de Campo.....84

Consentimiento informado.....85-86

Introducción

La actividad, es el instrumento propio de la Terapia Ocupacional, por lo cual se piensa al “cocinar” como una actividad: con un código en particular, que se realiza en un lugar específico, en un tiempo; en la cual se utilizan materiales, herramientas, técnicas y permite a través de ella satisfacer necesidades.

Considerando lo dicho y teniendo en cuenta las dificultades que tienen la mayoría de los niños con discapacidad en llevar a cabo aquellas actividades vinculadas con la alimentación (hábitos de higiene, uso-ejecución de utensilios, manejo y preparación de la comida) me propuse a lo largo de mi tercer práctica clínica realizar una sistematización de la experiencia de campo en el taller de cocina desde la disciplina de Terapia Ocupacional, realizada en la escuela Especial Asociación Tandilense de Ayuda al Discapacitado, ciudad de Tandil, durante los meses de junio a octubre de 2013.

Como objetivos específicos para poder llevar a cabo la sistematización se proponen analizar los procesos personales e interpersonales que surgen en el taller de cocina y describir los logros obtenidos por los participantes del mismo.

Por lo tanto dentro del taller de cocina se planteó favorecer un ambiente ocupacional significativo para los alumnos participantes del taller. Como así también, aquellos procesos vinculados con las relaciones interpersonales que surjan desde lo grupal, intrapersonales y funciones cognitivas; y lo relacionado al taller de cocina propiamente dicho; hábitos de higiene, elaboración de comidas,

reconocimiento y manejo de sistemas de medición, utilización y reconocimiento de ingredientes y utensilios.

De acuerdo a que la Terapia ocupacional, dentro del ámbito educativo, tiene como objetivo proporcionar los medios para que los alumnos logren su máxima autonomía, me propuse alentar en este sentido a través del taller de cocina; favoreciendo gradualmente la mayor independencia de los niños en sus vidas cotidianas.

Características de la institución

Proyecto institucional año 2012:

Historia de la institución

A.T.A.D, Asociación Tandilense de Ayuda al Discapacitado, es una escuela especial ubicada en 4 de abril 1409, de la ciudad de Tandil. Presta sus servicios a niños/alumnos con necesidades educativas especiales de origen neurológico, genético o socio-ambiental. Niveles: atención temprana, preescolar, 1° y 2° ciclo (EPB) y CFI.

La organización de los grupos de alumnos, basada en la elección de los mismos es clave en la identidad institucional. Tanto en turno mañana como tarde funcionan talleres (cocina, escuela, descubriendo el mundo, teatro, educación física, plástica, música, etc.) y los alumnos tienen oportunidad de elegir 3 veces un taller al que concurrir. Los únicos grupos estables son los de inicial y CFI (grupo de jóvenes).

Nació el 15 de marzo de 1982, creada por un grupo de padres y profesionales, quienes pensaron en un lugar contenedor e integral para los niños. Surge la idea de un equipo transdisciplinario.

Recibe apoyo de diversos Organismos oficiales, de Instituciones de la Sociedad Civil y de la Comunidad en general. Pertenece a DIPREGE, siendo una institución educativa privada en donde los sueldos de los

docentes-profesionales se encuentran subvencionados por el Estado en su mayoría. Se trata de una institución sin fines de lucro.

Desde la Escuela se piensa en formar una institución dinámica, democrática y abierta como principios éticos; tanto para los niños como para los docentes, heterogénea e integracionista. Considerando a las Instituciones educativas como espacios privilegiados para crear “soluciones innovadoras” que contribuyan a un adecuado proceso de subjetivación y a la conformación de la identidad del Sujeto, creando las condiciones para que estos procesos se desarrollen en forma armónica generando estructuras “sanas”; sosteniendo el pensar en ciudadanos en procesos democráticos y civilizadores. Se abordan las diferencias como condición posibilitadora, porque permite lo original –de origen- de cada uno en relación con el otro, apuntando al mayor desarrollo de sus posibilidades.

El nuevo Diseño Curricular expresa en su Marco General: “que la concepción que lo enmarca en una política educativa que promueve que la organización institucional y la enseñanza deben conjugarse para acompañar la formación de los alumnos como personas creadoras, en la construcción de saberes socialmente productivos, en la actitud crítica y constructiva del mundo social y ambiental que les toca vivir, en la búsqueda de la propia trascendencia. En este sentido la alfabetización y la formación como estudiantes pueden identificarse como algunos de los propósitos centrales de la educación. En oposición a la idea de que los

niños aprenden “sin darse cuenta”, se intenta promover un trabajo reflexivo sobre el propio proceso de estudio.”

Atención Temprana del desarrollo infantil

La Atención Temprana es una propuesta de abordaje terapéutico que asiste al bebé desde su nacimiento hasta aproximadamente los tres años por presentar algún problema en el desarrollo (ya sea emocional-social-psicomotor-perceptivo-cognitivo) por daño en el momento gestacional, peri o post parto; asimismo interviene con sus padres y entorno.

Desde la escuela se trabaja desde una concepción del ser humano como totalidad, no fragmentado en “áreas de desarrollo” ni identificado o “etiquetado” por un diagnóstico conclusivo.

Se piensa en la Atención Temprana como facilitadora de los procesos de armado y estructuración de la personalidad, comprometiendo todos sus aspectos: lo físico, lo emocional, lo intelectual, lo vincular, lo psíquico. Para ello se parte respetando lo que el niño trae y dejando que él, su familia y los terapeutas, encuentren el camino para optimizar su desarrollo integral.

La Atención Temprana se introduce directamente en el núcleo de la relación madre-hijo.

El equipo acompaña, sostiene y mantiene un fluido intercambio con el bebé-niño y la familia: da lugar a sus expresiones, necesidades, orienta y brinda sugerencias.

Los padres son los que posibilitan que acontezcan las múltiples experiencias por las que van transcurriendo la vida de su hijo.

La mayoría de la población que recibe la institución, ingresa con un diagnóstico médico que incluye:

- Trastornos neuromotores (encefalopatía crónica no evolutiva, Síndrome de West, Distrofia muscular, Parálisis periféricas y medulares, hidrocefalias, etc.)
- Síndromes genéticos (Síndrome de Down, Fragilidad de X, Síndrome de Williams, Síndrome de Charge, etc.)
- Retrasos madurativos en estudio.
- Trastorno generalizado del desarrollo
- En proceso de evaluación diagnóstica con indicadores en la constitución subjetiva o sin ellos.

La modalidad de Atención Temprana está basada en la presencia de un Terapeuta único relacionado al niño y a su familia. El rol del “terapeuta único” puede ocuparlo el kinesiólogo, el fonoaudiólogo, el terapeuta ocupacional o el psicopedagogo, y quien lo lleva a cabo es referente de un bebé y su familia en el tratamiento, el rostro “más visible” del equipo en un determinado caso.

Teniendo en cuenta, las entrevistas y evaluaciones de admisión realizadas, en reunión de equipo y con el acuerdo de la Institución se define el Terapeuta Único.

El equipo transdisciplinario tiene entre sus tareas las de acompañar en la transición hacia la sala de inicial a quienes egresan de Atención Temprana y necesitan seguir en la institución; dando continuidad dentro de la misma. En general él o los terapeutas que son referentes de un niño se encuentran presentes en la adaptación de este a la sala de inicial.

Paralelamente se realiza el apoyo en integración articulando con las instituciones educativas adonde asisten los bebés-niños atendidos; ya sea para intercambio, acuerdos, asesoramiento, mutuo enriquecimiento de la propuesta terapéutico-educativo, etc.

Talleres pedagógicos de ATAD.

En los comienzos de la Institución el hacer pedagógico estaba organizado en forma de salas. Salas en las que no faltaban los espacios o rincones, previamente determinados, en donde se esperaba que los alumnos logran el mejor despliegue posible de sus potencialidades intelectuales y emocionales. De esta manera, cada docente era quien “distribuía” las situaciones de aprendizaje, priorizando lo que su planificación previa determinaba.

Años más tarde, surge como necesidad la idea de reorganizar esas salas en Talleres. Talleres que potenciarían el hacer en su máxima expresión.

En este nuevo encuadre, el respeto por el deseo, sería el motor y causa del hacer sostenido.

Surge de esta manera la instalación de una modalidad de trabajo diferente, una modalidad pedagógica de aprender haciendo. Se organizan en torno a un

proyecto, este se transforma en una situación de enseñanza aprendizaje, procurando la integración de la teoría y la práctica a través de un trabajo grupal y un enfoque interdisciplinario y globalizador.

Los alumnos en el Taller se ven estimulados a dar su aporte personal, crítico y creativo partiendo de su propia realidad y transformándose en sujetos creadores de su propia experiencia y no meros receptores de la misma.

El Taller es una alternativa que permite superar muchas limitantes al desarrollar la acción educativa, facilitando la adquisición de saberes por una real cercanía de inserción a la realidad y a una integración de la teoría y la práctica.

Docentes y alumnos desafían un conjunto de problemas específicos buscando que el aprender a ser y el aprender a hacer se den de manera integrada. Se producen situaciones donde los alumnos además de buscar estrategias para dar solución a problemáticas que se le presentan y de obtener logros intelectuales; deben convivir con un grupo y cooperar con otros, formándose socialmente.

Actitud del docente en el Taller:

- De coordinador, conocedor del saber específico del ámbito de trabajo y de las características de los alumnos; con la suficiente flexibilidad como para modificar si es necesario el ambiente o el hacer en sí atendiendo a los objetivos grupales e individuales.
- Disposición para enfrentar imprevistos, en función de la dinámica que el grupo impone y de sus características evolutivas.

- Idoneidad para la realización de un diagnóstico claro que permita la proyección de un proyecto de trabajo realista y óptimo en cuanto a los objetivos a cumplimentar.
- Dispuesto a elaborar pautas de trabajo y a modificarlas en función de la evolución del grupo y sus intereses.
- Actitud de respeto por el otro, en función de sus tiempos, necesidades e intereses sin perder de vista los objetivos académicos y personales que cada alumno debe lograr.
- Equilibrado, accesible, para favorecer un clima en el que cada uno puede opinar, coincidir, discrepar, cooperar, participar, sin caer en un dejar hacer individual, anárquico e improductivo.
- Capacidad profesional para posibilitar en los alumnos el arribo a aprendizajes significativos.

Actitud del alumno:

Con actitud comprometida, deseoso de expresarse sintiendo que es respetado en sus posibilidades, deseos e intereses. En condiciones de aprender con los otros, compartiendo lo mejor de cada uno para potenciarlo en desmedro de sus debilidades. Dispuesto a tomar del intercambio cotidiano lo mejor que surja en pos de sus propios deseos de aprender y superarse.

Los objetivos de los talleres son:

- Llevar a cabo una tarea educativa y pedagógica integral y concertada entre alumnos, docentes, institución y comunidad.
- Formar personas socialmente adaptadas, cooperando, criticando con fundamento y participando del hacer.

Es importante ver “como” se producen los aprendizajes, considerando que la escuela forma parte de la vida. De ahí el hecho de resolver situaciones cotidianas de conflicto, implementando el uso de los instrumentos de indagación y alentando en el manejo de procedimientos que permitan solucionar problemas, alcanzar objetivos y posibilitar nuevos aprendizajes.

Dentro de este contexto no solo son evaluados los saberes intelectuales, también los que hacen a actitudes y procedimientos.

Centro de formación integral (ATAD joven)

ATAD joven se presenta como una estrategia para preparar la salida de los adolescentes-jóvenes al mundo adulto, un puente que proporcione apoyo y confianza para desarrollar la autonomía que toda condición de adulto requiere. Autonomía no significa solo, sino que se trata de un proceso donde otros adultos estén disponibles y presentes, acompañando, protegiendo y sosteniendo. Es necesario conformar una red de apoyo interdependiente donde Familia-ATAD- Organizaciones-Sociedad, junto con los jóvenes, coparticipen activamente,

configurando una cadena de subjetividades y corresponsabilidades que contribuya a su desarrollo.

Integración

La concepción integradora expresa la voluntad de avanzar hacia modelos sociales que privilegian la valoración del hombre como ciudadano autónomo, donde sus dificultades no sean limitantes.

Desde la institución se piensa en la integración como una práctica que define a los alumnos como sujetos de derechos inmersos en una sociedad democrática. Acuerdan con la concepción de sujeto de aprendizaje constituyéndose en relación con otros y en interacción con el ambiente con el que vive. Los espacios escolares y socio comunitarios le brindan herramientas cognitivas, socio afectivas y personales que tienden a favorecer sujetos autónomos en su sentido más amplio.

La tarea de acompañar los diferentes procesos de integración está a cargo de los Maestros Integradores, quienes son los referentes para los alumnos y sus familias, siendo el nexo comunicador entre las instituciones involucradas.

El trabajo de los Maestros Integradores en el afuera, es supervisado semanalmente por el Equipo Técnico en reuniones en las cuales se supervisa la práctica. A su vez se articula y coteja con el trabajo de los docentes en los Talleres; apuntando a la unidad de criterio en el abordaje de los alumnos en ambas Instituciones.

Organización

Turno mañana:

- Educación inicial.
- Áreas de Practicas del Lenguaje, Matemática, Ciencias

Naturales y Ciencias Sociales

- Cocina
- Plástica
- Música
- Juego
- Teatro
- Educación Física
- Centro de Formación Integral
- Evaluación y atención de grupos pedagógicos de alumnos

integrados en los niveles Inicial, E.P Y E.S (contraturno)

- Atención individual y grupal de Terapia Ocupacional, Kinesiología, Psicopedagogía y Fonoaudiología
- Atención Temprana: atención a bebés desde su más temprana edad.

Turno tarde:

- Educación inicial.
- Áreas de Practicas del Lenguaje, Matemática, Ciencias

Naturales y Ciencias Sociales

- Cocina
- Plástica
- Música
- Juego
- Teatro
- Educación Física
- Evaluación y atención de grupos pedagógicos de alumnos integrados en los niveles Inicial, E.P Y E.S (contraturno)
- Atención individual y grupal de Terapia Ocupacional, Kinesiología, Psicopedagogía y Fonoaudiología
- Atención Temprana: atención a bebés desde su más temprana edad.

Área de Integración Escolar:

Grupos de integración de Nivel inicial, E.P Y E.S, Nivel Polimodal y Nivel Adultos.

Población

Retraso mental

“El retraso mental hace referencia a limitaciones sustanciales en el desenvolvimiento corriente. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual inferior a la media que tiene lugar junto a limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas posibles: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo. El retraso mental se manifiesta antes de los dieciocho años.”(AAMR. Op. Cit., p.17) (1)

De acuerdo al Comité de Psiquiatría Infantil se puede hablar sobre tres grandes grupos, respecto al retardo mental: el biológico, el ambiental y el intermedio. El grupo biológico, es el que incluye factores etiológicos bien conocidos que tienen acción directa sobre las funciones cerebrales tales como los factores infecciosos, tóxicos, traumáticos (natales y postnatales), las anomalías congénitas así como las lesiones cerebrales de diverso origen (desmielinización, hipermielinización y degeneración cerebral). El grupo ambiental incluye factores psicológicos tales como la ansiedad intensa o la privación emocional significativamente importante así como los factores socioculturales diversos. El grupo intermedio es el resultado de la acción de factores biológicos y psicosocioculturales; por ejemplo los niños con defectos sensorial auditivos especialmente, que no son lo suficientemente estimulados. (2)

La Asociación Americana de Deficiencia Mental propone que el diagnóstico de la deficiencia mental se haga en función del cociente intelectual y de la conducta adaptativa, que se evalúa a través del límite del sujeto en adaptarse a las demandas naturales y sociales.

La A.A.D.M propone la consideración de las siguientes áreas para la evaluación de la conducta en los niveles de edad:

1. Durante la primera infancia:

- desarrollo de las destrezas sensorio-motoras;
- destrezas de comunicación (incluyendo lenguaje comprensivo y expresivo);
- destrezas de autovalimiento;
- socialización (desarrollo de la habilidad para interactuar con otros);

2. Durante la infancia y la temprana adolescencia:

- aplicación de las destrezas académicas básicas a las actividades de la vida diaria;
- aplicación del razonamiento y el juicio apropiados al operar sobre el ambiente;
- habilidades sociales (participación en actividades grupales y relaciones interpersonales);

3. Durante la adolescencia tardía y la vida adulta:

- ejercicio de responsabilidades sociales y ocupacionales.

Retardo Mental Leve

El concepto de retardo mental leve, comenzó a utilizarse cuando se hizo evidente que determinado sector de la población no podía satisfacer las exigencias básicas de la escuela común, principalmente de la lecto-escritura y el cálculo.

El término “leve” califica el grado de retardo propio de este nivel cuando se lo compara con el que sufren las personas incluidas en los otros niveles de la deficiencia mental.

La detección del retardo mental leve es tardía, generalmente en la edad escolar, cuando las exigencias del aprendizaje son superiores.

Características de las personas con retardo mental Leve

Las personas con deficiencia mental leve no presentan diferencias significativas, en cuanto al desarrollo motor, con los individuos considerados normales. Lo cual no significa que no puedan presentar retrasos o alteraciones en el área motora.

En las personas con retardo mental leve, aparece con frecuencia la “torpeza motora”. Esta “torpeza motora” se pone de manifiesto, especialmente, en dos contextos: cuando se juzga la conducta en relación a la adecuación social; o cuando se la analiza en función al grado de ajuste a señales o estímulos cognitivos, a los cuales debe responder con actos motores de variada complejidad.

En el primer caso, la “torpeza motora”, puede ser indicador mas del limitado autocontrol o inhibición que exhiben estas personas en una variada gama de situaciones. También puede explicarse por el desconocimiento o la falta de ejercicio de las pautas culturales aceptadas a ese respeto.

En el segundo caso, lo que suele ponerse de manifiesto es la dificultad para interpretar o para responder a los elementos cognitivos de la situación que constituyen para orientar o regular la conducta motora.

En cuanto al desarrollo cognitivo, el niño con retraso mental atraviesa las mismas etapas evolutivas que el niño normal. La diferencia está en la velocidad con que suceden las distintas etapas y en los niveles o estructuras finales que alcancen. En la evolución normal el paso por los diversos niveles de desarrollo se alcanzan cada vez con mayor rapidez, en cambio en la deficiencia mental, esta velocidad disminuye progresivamente hasta llegar a un estado de estancamiento. En el caso del niño con retardo mental de grado leve, esto se pone de manifiesto porque no logran acceder a las operaciones formales del razonamiento hipotético deductivo. Su evolución se detiene en el nivel de las operaciones concretas, una forma de razonamiento que necesita apoyarse en las manipulaciones de objetos reales.

En el desarrollo cognitivo, el niño va evolucionando hacia estados progresivos de equilibrio. En el deficiente mental ocurre aquello que se llama viscosidad genética, que consiste en volver a etapas primitivas del pensamiento, que parecían haber sido superadas.

El deficiente mental muestra un pensamiento más rígido, una reducción en su curiosidad, dirigida a objetivos de orden práctico, que obstaculiza la exploración a través de la experiencia, por ensayo y error. Poseen un egocentrismo infantil, que les dificulta considerar las cosas desde otro punto de que no sea el propio.

Hay una disminución de las habilidades de razonamiento, abstracción, pensamiento conceptual, o sea de aquellas tareas intelectuales que exigen una transformación mental del estímulo a fin de producir la respuesta correcta. Estas tareas exigen, de quien aprende, que relacione el estímulo presente con lo previamente aprendido, que produzca generalizaciones y transferencia de antiguos aprendizajes a nuevos problemas, que realice abstracciones de semejanzas y diferencias.

Con respecto a las características socio-afectivas la mayoría de los niños con retraso mental, manifiestan una inestabilidad emocional, que se pone en evidencia mediante la falta de control o autodomínio, perturbación ante cambios relativamente poco significativos en el ambiente. Lo cual provoca una variabilidad en el modo de dirigirse a los otros, que lleva a un desajuste en la conducta y a reacciones de aislamiento, rechazo, evitación o agresión.

Otra característica es la falta de persistencia en la actividad iniciada, esto se refiere a la dedicación en la ejecución de una tarea hasta la finalización exitosa de la misma.

Retardo mental moderado

Se detecta, por lo general, en edad preescolar tardía al no vencer los objetivos de esta etapa o tener dificultades evidentes para ello.

Características del retraso mental moderado

El desarrollo motor de las personas con retardo mental moderado se caracteriza por un retraso generalizado y por el rasgo de heterocronía, ya que se realiza a diferentes velocidades en los diversos campos que abarca, dando lugar a la coexistencia de conductas psicomotrices primitivas con otras mas avanzadas.

Presentan una persistencia de la actividad refleja, más allá de los periodos normales.

Pueden presentar discapacidad motora de diversos grados, debido a la etiología, naturaleza e intensidad neurológica que puedan tener.

Muestran alteraciones e insuficiencias en la orientación y organización espacio-temporal, en la percepción y control del propio cuerpo.

Pueden existir cuadros de hipertonía, prevalece la hipotonía, por lo tanto hay una disminución de la fuerza muscular. El equilibrio es insuficiente, ya sea del equilibrio estático y dinámico. Esto va a generar alteraciones en la coordinación dinámica general, que produce una marcha defectuosa, sin elasticidad, con los pies separados para aumentar la base de sustentación. Y también pueden presentar torpeza motora, y frecuentemente contracturas y sincinesias.

Presentan una manipulación primitiva, con dificultad de movimientos simultáneos y disociados. Además presentan dificultad en los movimientos simples y en la precisión motriz.

Con respecto a las características cognitivas de las personas con retardo mental moderado hay una subsistencia de un razonamiento operatorio común a todo el pensamiento.

El deficiente mental de grado moderado se diferencia del deficiente mental leve en que este último comienza operaciones concretas, pero no la puede completar como el individuo normal, o sea no llega a los razonamientos formales.

Otra característica es la viscosidad genética, el deficiente mental no llega o llega deficientemente a consolidar su pensamiento en cada estadio, alcanzando un equilibrio falso.

El deficiente de grado moderado, se caracteriza por un pensamiento egocentrista, en un nivel intermedio entre el socializado y el autista. Hay una reducción de todo al yo, escapando de normas de la discusión y del intercambio intelectual que llevarían al pensamiento a verificar sus proposiciones, a manejarse con conceptos unívocos y estables, a respetar el principio de no contradicción y a no considerar su punto de vista como universal sino como una perspectiva entre otras. Es un pensamiento esencialmente irreversible en el que cada idea es afirmada bajo la forma de una creencia, caracterizándose por la incapacidad de formular hipótesis.

El cuanto al lenguaje se caracteriza por:

- en el aspecto semántico la utilización y comprensión de un vocabulario referido a situaciones concretas, objetos o personas, acciones y cualidades que pueden o no estar relacionadas entre si.
- en el aspecto sintáctico un lenguaje mínimamente estructurado que le permite comunicarse a nivel concreto con el otro.
- en el aspecto fenomenológico la presencia de dislalias sistematizadas y no sistematizadas, la voz desentonada y monocorde y la prosodia lenta o acelerada.

En relación a las características socio afectivas, parte de los niños con retardo mental moderado pueden presentar inestabilidad emocional evidenciada por la falta de control o autodomínio, por las alteraciones en el comportamiento ante cambios poco significativos. Se observa falta de inhibición en la expresión emocional, estados sucesivos de risa y llanto, aparecen y desaparecen con rapidez.

Otras características es la falta de persistencia para la terminación de una tarea ya iniciada y la falta de eficiente conducta adaptativa. Las reiteradas experiencias de fracaso determinan el sentimiento de inseguridad, falta de confianza en si mismo, provocando reacciones de agresión, ansiedad y aislamiento.

El deficiente mental de grado moderado puede lograr desenvolverse con cierta autonomía en un grupo estructurado y con bastante habilidad en situaciones y lugares familiares y habituales. En medios muy simples puede adaptarse

parcialmente a las necesidades sociales más elementales. Con entrenamiento previo y bajo supervisión, puede conseguir el automantenimiento en trabajos semicalificados o no calificados.

Algunos pueden lograr la adquisición de algunos hábitos, en la alimentación, higiene, vestido; aunque en la mayoría de los casos con cierto grado de dependencia en cuanto a la iniciativa. También desempeñarse con cierta independencia en la realización de tareas del hogar sencillas y de rutina.

Pueden lograr conductas que respeten las normas de convivencia social, integrándose dentro del grupo familiar y de pequeños grupos.

Síndrome de Down

El Síndrome de Down, también llamado trisomía 21, es una alteración genética producida por la presencia de un cromosoma extra en la pareja cromosomita 21. Por lo tanto las células de las personas con el Síndrome tienen 47 cromosomas, con tres cromosomas en dicho par, cuando lo habitual es que solo existan dos. (3)

En consecuencia aparecen anomalías algunas congénitas y otras pueden aparecer a lo largo de la vida. El sistema más afectado es el sistema nervioso, principalmente el cerebelo y el cerebro; por este motivo la mayoría de las personas con Síndrome de Down presentan discapacidad intelectual.

La incidencia del Síndrome de Down es de un caso por cada 650 o 700 nacidos vivos.

Causas

Existe una estrecha relación entre la edad materna y dar a luz a un niño con Síndrome de Down, el riesgo aumenta a partir de los 32 años, siendo la edad de mayor riesgo a partir de los 45 años.

El origen se debe a la meiosis materna. La trisomía 21 se origina principalmente en una no disyunción en la meiosis de la madre: la fecundación se produce por la unión de un espermatozoide paterno con un ovocito materno. Para que la célula resultante de esa unión, que dará lugar a un futuro embrión, tenga 46 cromosomas, tanto el espermatozoide como el ovocito deben tener 23 cromosomas.

La frecuencia de no disyunción aumenta correlativamente con la edad materna; en la mujer todos los ovocitos están formados en el momento del nacimiento y algunos de ellos se van activando en los ciclos menstruales sucesivos hasta la menopausia. En cambio, la producción de espermatozoides es continua durante la vida adulta del varón, lo que no significa que esté libre de que ocurra no disyunción en sus espermatozoides. Si bien la mayor parte de las trisomías 21 suceden por una no disyunción materna, una minoría de ellas, el 20%, sucede por una no disyunción paterna.

Características de una persona con Síndrome de Down

Desde el punto de vista físico las personas con Síndrome de Down presentan frecuentemente hipotonía muscular. Son de estatura baja, con

extremidades cortas, manos planas y blandas; dedos reducidos. La frente baja, nariz pequeña y aplastada en su raíz, la boca entreabierta, con una lengua que sobresale agrietada y presenta hipertrofia papilar. La mayoría presenta voz gutural y grave, debido a la hipotonía tanto de los músculos del tórax.

Un gran porcentaje de niños con el Síndrome sufren alteraciones congénitas del corazón como son las cardiopatías, las más comunes son por defectos del canal auriculoventricular y defectos de la comunicación interventricular.

Los niños con Síndrome de Down, tienen dificultad para mantener la atención durante un tiempo prolongado. Se fatigan rápidamente y su interés por la actividad a veces está ausente o se sostiene por poco tiempo. En cuanto a la percepción tienen mayor percepción y retención visual, que auditiva.

Comprenden con frecuencia muy bien los conceptos de lenguaje y comunicación, y muestran deseo de comunicar en edades tempranas.

La mayoría de los niños con Síndrome de Down en los primeros años de la primaria ya están hablando, y utilizando palabras ya combinadas, pero no conversaciones largas. Pueden mostrar una gran variedad de problemas de lenguaje y habla. Principalmente en combinar frases gramaticales. Ya en la adolescencia, la mayoría usa frases y tienen conversaciones cortas.

El Síndrome de Down siempre se acompaña de retraso mental, en diferentes grados, en general deficiencia ligera a moderada. Presentan lentitud

para procesar y codificar la información y dificultad para interpretarla. Les resultan dificultosos los procesos de conceptualización, generalización, transferencia de aprendizaje y abstracción.

Síndrome de Kabuki

El síndrome de Kabuki fue descubierto en 1981 Niikawa y Kuroki. Presenta múltiples anomalías faciales, asociadas en la mayoría de los casos con retardo mental, que pueden variar de leve a severo.

La base de diagnóstico de acuerdo con Niikawa, se realiza según cinco condiciones principales:

- Características faciales peculiares
- Anormalidades esqueléticas
- Anormalidades de los dermatoglifos (crestas epidérmicas de las palmas de las manos y plantas de los pies).
- Retraso mental.
- Baja estatura para la edad.

En base a los hallazgos de Niikawa y Kuroki, Matsumoto y compañía propusieron una nueva organización de estos cinco rasgos en dos grandes categorías, rasgos mayores y rasgos menores. Los rasgos mayores son: fisuras palpebrales amplias, eversión del párpado inferior, puente nasal deprimido, cejas arqueadas, pabellones auriculares prominentes o malformados, paladar alto o hendido, dentadura anormal, persistencia de almohadillas en los pulpejos de los

dedos, clinodactilia del quinto dedo o braquidactilia, hipotonía, retardo mental, baja estatura, hipoacusia, ptosis palpebral. Los rasgos menores son: escleras azules, escoliosis, cardiopatías, nefropatías, vértebras malformadas, criptorquidia, deficiencia de la hormona de crecimiento, entre otras. (4)

Si bien, las causas no están determinadas, la teoría más importante sostiene que es causado por una duplicación submicroscópica en el cromosoma 8. Esto quiere decir que en lugar de una cantidad disminuida de material genético, se formó una pequeña adición, o sea que los mensajes transcritos a las células para estos genes en particular son incorrectos. Debido a que el síndrome de Kabuki tiene tantas características o rasgos, es muy probable que no todos los niños tengan la duplicación en los mismos genes.

Síndrome de Williams

El síndrome de Williams es un trastorno nervioso de la conducta, congénito, que afecta a varias áreas del desarrollo, entre ellas la cognitiva y la motora. Se trata de un trastorno de origen genético, descubierto por A. K. Ewart en 1963, en el que se observa la pérdida de una parte de los genes alojados en el brazo largo del cromosoma 7. Se han descrito 30 genes ausentes y la implicación de determinados genes que determinan las características de los sujetos con de Williams.

Este síndrome es causado por la carencia de material genético en una copia del cromosoma 7. El problema es una mutación aleatoria, en donde los padres pueden no tener un antecedente familiar de la condición; sin embargo, una

persona con este síndrome tiene un 50% de posibilidades de pasar el trastorno a cada hijo. Este síndrome se presenta en 1 de cada 20.000 nacimientos.

Los niños con síndrome de Williams tienen unas características faciales que los diferencian claramente de otros síndromes. Por lo general, tienen una nariz pequeña y respingada con el puente nasal hundido; hendiduras palpebrales cortas, frente estrecha, hipoplásia de la zona media de la cara, boca ancha y labio superior grueso, dientes hipoplásicos y maloclusión dentaria.

Algunos niños con Síndrome de Williams pueden presentar miopía, estrabismo e hipermetropía.

Otra característica distintiva de este síndrome es la hiperacusia, es decir, frecuentemente tiene una mayor sensibilidad auditiva que otros niños; algunas frecuencias auditivas pueden llegar a resultar muy dolorosas e incómodas para ellos; esta característica por lo general mejora o desaparece con la edad.

En cuanto a características cognitivas presentan un retraso mental variable, de leve a moderado. Existe una asimetría mental que se manifiesta en déficit en áreas como la psicomotricidad y la integración visual motora, mientras que en otras facetas están casi preservadas, como el lenguaje, o incluso, más desarrolladas, como es el caso del sentido de la musicalidad.

Los niños con el síndrome de Williams usualmente son muy sociales y comunicativos. Para comunicarse utilizan expresiones faciales, contacto visual y gestos.

Comienzan a hablar más tarde de lo que normalmente se espera.

La gran mayoría se caracteriza por una buena conducta social. Son extremadamente corteses y educados. Muestran mayor interés por relacionarse con adultos que con personas de su misma edad.

La mayoría de las personas con SW tienen una personalidad ansiosa, con preocupaciones excesivas por temas recurrentes. Son muy acogedores y sensibles a los sentimientos ajenos. Tienden a explorar sin medir las consecuencias de sus acciones.

Estado actual de la cuestión

En el transcurso de la revisión bibliográfica, en tesis de grado y artículos científicos, centrada en experiencias de campo en talleres de cocina desde la disciplina de Terapia Ocupacional, pocos estudios se han encontrado en relación a esta temática.

En el año 2010, en Argentina Analía Fontana, llevó a cabo un trabajo llamado “Desarrollo de habilidades sociales... las AIVD como instrumento facilitador”. La experiencia fue realizada con un grupo de niños y preadolescentes de 8 a 12 años que asistían al servicio de Terapia Ocupacional de la Unidad de Rehabilitación del hospital Sayazo de la ciudad de Santa Fe.

El grupo de cocina estaba conformado por 8 niños con Síndrome de Down, retraso mental leve y moderado, dificultades en relación al desarrollo Psicomotriz y trastornos de conducta. El objetivo general fue abordar las dificultades en relación a los hábitos vinculados a las habilidades sociales.

La experiencia se llevó a cabo durante tres meses, en la cual los niños se involucraron en la elaboración de diferentes alimentos, búsqueda y selección de recetas. Por medio de las actividades se exigía la interacción necesaria con los otros, se favoreció a la adquisición e incorporación de normas, al manejo de emociones, y la promoción y aceptación de valores, como responsabilidad, solidaridad, respeto, etc.

Como resultado, los niños fueron adquiriendo habilidades sociales, que luego fueron trasladadas al seno familiar y escolar, favoreciendo a mejorar la calidad de vida. (6)

En el 2005 Patricia López García de España, realizó un proyecto sobre actividades alternativas para integrar a personas con necesidades de apoyo generalizado. Se llevo a cabo con ocho personas con discapacidad intelectual con grandes necesidades de apoyo extensas y generalizadas, que asistían en un centro ocupacional.

Como objetivo general se propuso dar una respuesta adecuada a las necesidades de un grupo de personas con discapacidad intelectual con necesidades de apoyo extenso y generalizado que por las características organizativas y de medios con que contaba el centro, no estaban recibiendo. Con el fin último de mejorar su calidad de vida.

Para lograrlo, se plantearon tres actividades: un taller de musicoterapia, que se aplicó y evaluó con algunos de los destinatarios del proyecto, un taller de cocina y un programa de mantenimiento físico.

A lo largo del taller de cocina se elaboraron cuatro recetas, correspondientes a las principales comidas del día, para realizar cada una de las recetas se precisaron cinco sesiones en total.

En cuanto a las evaluaciones, se planteó una evaluación continua durante las sesiones, llevada a cabo mediante observaciones y reunión final de las mismas, por los profesionales; una evaluación individual de cada uno de los

participantes, luego de cada sesión ; y por último, una evaluación de cada receta de forma global, y otra evaluación general de toda la actividad,

Los objetivos planteados al inicio fueron cumplidos, los cuales eran que el grupo mantenga y adquiera habilidades cognitivas básicas, que desarrolle la expresión de emociones, fomente la interacción entre los compañeros, desarrolle nuevas habilidades, aumente su intención comunicativa, etc. (7)

Debido a los escasos estudios encontrados, propongo continuar con la revisión bibliográfica sobre la temática de la tesis, hasta entregar la tesis final.



Marco Teórico

Educación Especial

La Educación Especial es la modalidad del Sistema educativo destinada a asegurar el derecho a la educación de las personas con discapacidades, temporales o permanentes, en todos los niveles y modalidades del Sistema.

Se rige por el principio de inclusión educativa y brinda atención educativa en todas aquellas problemáticas específicas que no pueden ser abordadas por la educación común. Se debe garantizar la integración de los/as alumnos/as con discapacidades en todos los niveles y modalidades según las posibilidades de cada persona. (Ley de Educación Nacional, art.42.). (8)

Historia de la educación especial

El concepto de Educación Especial ha ido cambiando a lo largo de la historia.

En el siglo XIX, comenzaron a aparecer las primeras instituciones pedagógicas, con una visión preferentemente médica. Tanto en Europa como en Estados Unidos, los asilos albergaban a aquellas personas con dificultades: sordos, ciegos, enfermos mentales, seniles, etc.; hasta su curación o hasta su muerte, porque la curación no se producía. Estas instituciones surgen de la medicina con el intento de curar esas patologías.

Alrededor de 1900 surge el modelo psicométrico, cuyo mayor referente fue Alfred Binet. Se inicia un periodo distinto cualitativamente distinto en la Educación Especial. Binet fue llamado a estudiar un fenómeno social distinto: el de algunos

niños que no aprendían como esperaba la institución escolar. Él comenzó considerando la diferencia entre la propuesta de la escuela y el rendimiento de los niños a través de lo que denominó retardo pedagógico.

Concibió la idea de apreciar la capacidad intelectual por observaciones directas sobre la inteligencia misma. Por lo cual en 1905 Binet y su colaborador Th. Simon crean una escala métrica de la inteligencia de cuya aplicación surgió el nivel mental. Binet llegó a establecer grados de deficiencia. Su obra inició la instalación de un nuevo modelo en la Educación Especial reemplaza al modelo médico, para pasar a depender de la psicometría.

En 1915 W. Stern crea el cociente intelectual (CI). La aplicación del CI a la educación trajo efectos indeseables, como la de clasificar a las personas con retraso mental en custodiables, entrenables y educables, según fuera el grado de retardo. El CI condujo a muchas instituciones, profesionales y docentes, a diversificar la oferta educativa, según el pronóstico del alumno.

Este periodo del modelo psicométrico, fue denominado pedagogía diferencial o diferenciada, por ser la destinada a la atención de los que difieren de la media, según este modelo.

Años más tarde diversos estudios como el realizado por Barbel Inhelder en 1947 o René Zazzo, demostraron las limitaciones de una educación basada en la confianza en el CI, como así también los pocos beneficios que ofrece una educación especial segregada. Estos estudios demostraron que el CI sufre

variaciones durante el desarrollo de un niño y la influencia del ambiente sobre esta variación.

En la década del '70 comenzó a utilizarse el concepto de "normalización". Se empezó a pensar en la necesidad de modificar el medio para facilitar que las personas con necesidades especiales puedan desarrollar su vida de la manera más normal posible. La escuela forma del medio en el que naturalmente pasan los años de infancia y adolescencia la mayoría de los jóvenes. Por esto, la integración escolar pasaría a representar la estrategia más importante para cumplir con la normalización de las personas con necesidades educativas especiales durante su edad de desarrollo.

En la década del 70 comenzó a utilizarse el termino *alumnos con necesidades educativas especiales* (Marchesi y Martin, 1990), para referirse a aquellos "que tienen una dificultad para aprender significativamente mayor que la mayoría de los alumnos de su edad o que tienen una limitación que les dificulta el uso de los recursos mas generales y ordinarios de los que disponen en las escuelas de su zona". (9)

En la década del 80 se produce un cambio importante en la educación especial. Se deja de tener en cuenta a las características propias de los niños, para darle importancia a la respuesta específica del medio ambiente ante ellos.

Para Lus (1995) la escuela integradora tiene como reto desarrollar una pedagogía centrada en las necesidades del niño, respetar las diferencias

individuales y asumir una actitud de no discriminación. Se amplía el campo de la educación especial compuesto tradicionalmente por sujetos con dificultades de origen sensorial, físicas, intelectuales y emocionales, y se considera que pueden tener necesidades educativas especiales los niños que viven en la calle, que pertenecen a poblaciones marginadas o a minorías lingüísticas y étnicas. La educación especial debe estar disponible para todos los niños, ya que cualquiera puede presentar, en algún momento, necesidades educativas especiales. (10)

Surge la necesidad de crear escuelas integradoras que atiendan las características culturales e individuales de los niños. Para lograrlo, la gestión escolar debe ser más flexible, diversificar las ofertas educativas y resignar los recursos pedagógicos.

La educación especial en Argentina

La Dirección de Educación Especial en Argentina fue creada en el año 1.949, como resultante de la adhesión de nuestro país a la Declaración de Derechos Humanos en el año 1.948.

La Educación Especial en nuestro país, se desarrollo sobre la convicción de que a niños diferentes les convenían ámbitos escolares diferentes. Estos espacios, garantizarían un mayor “cuidado”, menos cantidad de niños por maestro, y existencia de equipos multidisciplinarios, constituidos por psicólogo, psicopedagogo, fonoaudiólogo, asistente social y otras especialidades, según el tipo de problema que los niños presentarían.

En Argentina existen antecedentes, desde hace muchos años, de integración escolar de niños con necesidades educativas especiales de todo tipo, principalmente de origen sensorial (visión y audición) y motor. Se requirió de un replanteo institucional-pedagógico en las escuelas que las llevaron a cabo. La mayoría de estas, optó por integrar al niño con necesidades educativas especiales en el interior del aula de la escuela común.

En 1960, se habla por primera vez de la integración de un niño ciego y disminuido visual, en la escuela común, siempre contando con apoyos educativos especiales.

En 1967, se registra una experiencia de integración de niños ciegos y disminuidos visuales en las escuelas primarias de La Plata. En esta experiencia, los niños asisten a la escuela común y, en contraturno, a la escuela especial.

La Integración como proceso básico sistemático se inicia en la década del '60, con alumnos ciegos y disminuidos visuales, en los años '70 lo hace con los discapacitados auditivos y motores. Es a partir de 1989 que se concreta este aspecto con alumnos que presentan Retardo Mental Leve y con el concepto y denominación de " Necesidades Educativas Especiales". Hoy en día, esta nomenclatura ya caducó y se utiliza "Necesidades Educativas Derivadas de una Discapacidad".

En 1973 fueron creadas en la ciudad de Buenos Aires por ley, las primeras escuelas y grados de recuperación. Dichas escuelas estaban destinadas a la atención de las dificultades de menor gravedad, que eran derivados por la escuela común.

Las nuevas normativas sostienen que a lo largo del proceso de aprendizaje, no todos los alumnos parten del mismo lugar, por lo cual las escuelas de educación especial se caracterizan por tener una menor cantidad de niños, por maestro, lo cual favorecería a la enseñanza, y el trabajo de los equipos multidisciplinarios.

Desde 1985 desde la cátedra de Educación Especial, de la Universidad de Buenos Aires, se difundieron y trabajaron los principios de Integración y Normalización. La postura integracionista de la cátedra se vio reforzada con la visión progresiva de los nuevos aportes provenientes de lo que hoy se puede denominar como el gran movimiento universal en pro de la integración.

En 1988, se lanza el PLAN NACIONAL DE INTEGRACION lanzado por la Dirección Nacional de Educación Especial, dependía del Ministerio de Educación y Cultura de la Nación, entendía que la situación de los alumnos con necesidades educativas especiales, en todo el país, respondía a una realidad de desigualdad de oportunidades.

La Dirección Nacional de Educación Especial dejó de existir como proceso de descentralización y transferencia, de los servicios de la Nación, a las provincias que componen el territorio argentino. (11)

Durante mediados de la década del 80, muchas jurisdicciones del país, por iniciativa de las respectivas direcciones de Educación Especial, comenzaron a realizar experiencias de integración especial.

Marco legal de la educación especial en la Argentina

La Educación Especial atiende a Alumnos con Necesidades Educativas Especiales; (Retardo Mental, Ciegos y disminuidos Visuales, Sordos e Hipoacúsicos, Discapacitados Motores - Multiimpedidos, Impedidos de concurrir al Servicio Ordinario Común (Domiciliaria y Hospitalaria), Trastornos Emocionales Severos, Alteraciones en el Desarrollo del Lenguaje, Atención Temprana del Desarrollo Infantil (Riesgo biológico y/o Socio ambiental), Formación Laboral para todas las Discapacidades, Talentosos); en un continuo de prestaciones Educativas que deben garantizar un proceso formativo integral flexible y dinámico del alumno desde Atención Temprana (de 0 años) hasta su inserción socioeducativo y/o laboral.

La matrícula escolar realizará su tránsito en Proyectos de Integración en el Sistema Ordinario Común. Aquellos que revistan una complejidad que no pueda dar respuesta ese Sistema, serán atendidos en servicios propios de:

Escuelas de Educación Especial, Centros de Atención Temprana del Desarrollo Infantil, Centros de Formación Laboral.

La Dirección de Educación Especial persigue los siguientes propósitos:

- Garantizar el ingreso, permanencia y egreso de los alumnos de Educación Especial en escuelas propias y/o con proyectos de integración, en todos los niveles del Sistema Educativo.
- Propiciar el Planeamiento Estratégico de la Enseñanza en las Escuelas y Centros dependientes de la Dirección de Educación Especial.
- Lograr buenos aprendizajes en alumnos con necesidades educativas especiales y buenas enseñanzas por parte de los equipos Transdisciplinarios.
- Relacionar Educación, Producción, Trabajo y Desarrollo Local en integraciones laborales, microemprendimientos, puestos de trabajo reales con y sin acompañamiento.
- Intensificar y/o Incorporar en todos los Servicios de Educación Especial el abordaje Transdisciplinario de la Educación Ambiental y la Ecología de las Relaciones Humanas.
- Investigar, comunicar y/o elaborar documentos específicos para cada programa de la Dirección de Educación Especial en todas las modalidades atendidas: Retardo Mental, Irregulares Motores, Ciegos y Disminuidos Visuales, Sordos e Hipoacúsicos, Impedidos de Concurrir al Servicio Ordinario Común, Trastornos Específicos del Lenguaje, Trastornos

Emocionales Severos, Formación Laboral y Atención Temprana del Desarrollo Infantil.

- Asegurar la eficiencia de los Recursos Humanos, distribuyendo los existentes con el fin de dar respuesta a la demanda de atención de alumnos en todos los distritos de la Provincia.
- Articular con sectores Gubernamentales como: Ministerio de Salud, Desarrollo Humano, Trabajo, CONADIS, Consejo Provincial de la persona discapacitada y sus respectivos consejos municipales y Organizaciones no Gubernamentales con el fin de garantizar una real integración social y laboral de la persona con discapacidad

Sus metas:

- Garantizar un proceso formativo integral flexible y dinámico del Alumno con Necesidades Educativas Especiales en un continuo de prestaciones desde Atención Temprana hasta su inserción Socioeducativa y/o Laboral.
- Propiciar el transito escolar a través de proyectos de integración en servicios dependientes de los distintos Niveles en acciones articuladas con las diferentes modalidades.
- Actualizar y mejorar los procesos de enseñanza para la atención de matrícula que presenta Necesidades Educativas con Retos Múltiples en servicios propios.

- Educar para el Trabajo y la Producción a todos los alumnos con Necesidades Educativas Especiales. (12)

Equipo transdisciplinario

La transdisciplina busca la concepción del mundo a partir de la unidad de conocimiento. Por lo cual, los roles y funciones de los equipos profesionales, necesitan desempeñarse en un sentido transdisciplinar. Cada una de los integrantes procede de una formación en la que hay disciplina/s predominante/s y a partir de las cuales puede darse respuesta a problemáticas puntuales. La interdisciplinariedad, confiere mayor luz al problema a resolver por los saberes que aportan bases teóricas y metodológicas procedentes de ámbitos diversos, fuertemente relacionados.

Pero es necesario llegar al significado de un equipo transdisciplinario en el que la producción intelectual y socio-afectiva de cada uno de los integrantes está en función de las situaciones de vida del alumno con necesidades educativas especiales, más allá de las particularidades disciplinares. El enfoque transdisciplinario supone el compromiso de enseñar-aprender-trabajar, junto con las otras personas más allá de los límites de cada campo disciplinar. Sugiere una línea de acción con orientación mutua de cada uno de los miembros y un proceso planificado de enseñanza-aprendizaje en equipo.

El aporte de la familia es un pilar fundamental de información para el equipo y tiene importante incidencia en el desarrollo del niño y su familia y también en el ámbito profesional de los miembros del Equipo Transdisciplinario.

El trabajo en equipo brinda a los alumnos una educación adecuada a lo largo de su trayectoria educativa; éste esta constituido por todos los actores institucionales escolares: docentes, integrantes del equipo técnico y todos los miembros del equipo directivo.

Los Integrantes del Equipo Transdisciplinario son:

- Director
- Maestro especializado
- Maestro integrador
- Maestro del área Pre-Laboral/Pre-profesional
- Maestro Integrador Laboral
- Preceptores
- Fonoaudiólogo
- Terapista Ocupacional
- Psicólogo
- Medico (13)

El diagnostico educativo implica establecer objetivos, recoger información, analizar, interpretar y valorar datos obtenidos para tomar decisiones educativas respecto a los alumnos evaluados; con el objeto de identificar las Necesidades Derivadas de una Discapacidad de cada sujeto. Tiene la función de orientar el proceso de construcción de los aprendizajes de cada niño/joven, así como la construcción de secuencias de enseñanza, estrategias didácticas y materiales curriculares.

Un diagnóstico educativo permite una integración acorde a las necesidades educativas de dicho alumno.

La matrícula escolar realiza su tránsito en proyectos de integración en el sistema ordinario de enseñanza. En el caso, de aquellos alumnos para los que el sistema no pueda dar respuesta debido a su complejidad, son atendidos en escuelas de Educación Especial y Centros de Formación Integral (actualmente por resolución 4418/11).

El equipo transdisciplinario es el encargado de realizar la evaluación diagnóstica de los alumnos y que dicha tarea sirva como soporte de la actividad áulica en sus aspectos pedagógicos, didácticos y vinculares. (13)

Terapia ocupacional en educación especial

La Federación Mundial de Terapistas Ocupacionales (WFOT) define a la Terapia Ocupacional, como aquella disciplina que tiene como objetivo la promoción de la salud y el bienestar a través de la Ocupación. La Terapia Ocupacional fomenta la capacidad de las personas para participar en las actividades de la vida diaria, educación, trabajo, juego, esparcimiento u ocio.

La Terapia Ocupacional está dirigida a personas o poblaciones que, como consecuencia de algún cambio en su salud, sufren la afectación de una función o estructura que hace que experimenten limitaciones en la participación. También la disciplina se dirige a las modificaciones de los aspectos del entorno que puedan llegar a mejorar la participación de los individuos en sus ambientes. (13)

Es una disciplina cuyo objeto de estudio es el hacer humano (ocupaciones) aborda a cada persona desde su singularidad interviniendo desde cada contexto particular, favoreciendo la participación a través de tareas significativas para lograr su máxima independencia y mejorar la calidad de vida.

La actividad, es el instrumento propio y distintivo que forma parte de la identidad profesional de la Terapia Ocupacional. Las actividades son el conjunto de funciones integradas por movimientos para satisfacer una necesidad.

Al hablar de actividad se incluye la participación de materiales, herramientas, equipos y técnicas, estos elementos al interrelacionarse, conforman un lenguaje propio, representado en un código particular.

En la escuela Especial se atiende al hacer singular de cada alumno con sus tiempos personales-propios y se alienta el descubrir placer a través de sus acciones; transformando los elementos y encontrando en la actividad un medio de expresión.

Fidler y Fidler ubican a la actividad en una línea de comunicación, en medio del alumno y Terapia Ocupacional, donde el alumno y actividad emiten y reciben mensajes. Entienden a la actividad como código de demandas y oportunidades propias, modificadas por las variables, las cuales dependen de: 1. las necesidades y 2. las capacidades individuales potenciales.

En Terapia Ocupacional, la actividad, el alumno y la terapeuta forman un conjunto que interactúan en un espacio común y espacios particulares de cada uno. (14)

“La Ocupación es cualquier actividad que compromete los recursos de tiempo y energía, está compuesta de habilidades y valores”. Reed y Sanderson.

Una ocupación, puede ser analizada de acuerdo a los requerimientos para su ejecución en los componentes funcionales de habilidades y valores: motor, sensorial, cognitiva, interpersonal e intrapersonal.

Una habilidad está compuesta de conductas aprendidas las cuales se realizan para lograr una ocupación o partes de una ocupación. Un valor es una creencia de que algo es bueno o preferido. Los valores determinan que habilidades son aprendidas.

Las ocupaciones pueden ser comprendidas en término de competencia requerida para ejecutar una habilidad. La competencia es aquella capacidad para ejecutar una habilidad o habilidades a nivel de eficiencia requerido por la salud física, psicológica y social.

La ocupación como actividad se basa en el supuesto que los seres humanos interactúan en el medio ambiente. Las actividades al ser realizadas eficientemente, determinarán la cantidad y calidad de adaptación y salud. La incapacidad para ejecutar los componentes de la habilidad o de competencia, puede tener un efecto negativo sobre la adaptación y la salud.

El rol del terapeuta ocupacional en educación será “facilitar los objetivos educacionales en colaboración con otros profesionales quienes brindan servicios para el niño y su familia” (AATO. 1987).

Los terapeutas ocupacionales implementan actividades terapéuticas para favorecer la autonomía en la función, en el juego y autocuidado.

En un trabajo realizado por Corti y Giuggia de Stratta (2014) se refirieron a que el conjunto entre Educación Especial y Terapia Ocupacional permitió:

- Identificar necesidades educativas especiales.
- Contribuir significativamente para la atención a las necesidades educativas especiales de los estudiantes desde un enfoque inclusivo.

- Participar en gabinetes de apoyo escolar, tarea que involucra la cooperación de los actores de la institución, siendo incluidos familias y contexto, los cuales deben ser integrados y reconocidos también como agentes de educación y socialización.
- Participar en la elaboración de proyectos de integración educativa, como así también realizar seguimiento y evaluación.
- Garantizar la aplicación de adecuaciones curriculares como estrategia para responder a las necesidades educativas de los estudiantes.
- Brindar apoyo a los docentes a cargo de los estudiantes que se le han asignado, en aspectos curriculares, metodológicos y de evaluación.
- Propiciar acciones que contribuyan a identificar y derribar aquellas barreras que impiden el aprendizaje y la participación de los estudiantes en las actividades curriculares y extracurriculares
- Favorecer la participación de la familia en el proceso educativo de su hijo y brindar la orientación e información necesaria.
- Promover los recursos de apoyo necesarios para los estudiantes que tienen adecuaciones significativas aprobadas, según sea el caso. (15)

El Terapeuta Ocupacional, dentro de la Escuela de Educación Especial puede desempeñar funciones diferentes; por un lado formando parte del equipo

transdisciplinario, como Terapista Ocupacional, propiamente dicho, y por otro, como maestro de los trayectos pre-profesionales e integrador laboral.

Los objetivos de Terapia Ocupacional, van a ser dar respuesta a las diversas necesidades educativas del alumno y podrá utilizar diversas estrategias, como lúdicas, relacionales, de autonomía o de accesibilidad, proporcionando los medios para adaptarse y participar activamente en su entorno, maximizando sus niveles de funcionalidad e independencia.

Trabjará, con discapacidades como Retardo Mental, Motores, sensoriales y Trastornos Emocionales Severos, realizando evaluaciones del alumno, determinando en qué medida el déficit en cada caso en particular, afecta su participación en las actividades escolares.

Entre las funciones que desempeña el Terapista Ocupacional dentro de este equipo transdisciplinario, conformando el equipo técnico se encuentran:

- Evaluar y determinar las necesidades especiales en forma conjunta con el resto del equipo y definir el perfil psicomotor, ocupacional y funcionalidad de cada alumno, así como participar en la toma de decisiones referidas a la admisión, seguimiento, egreso y derivación.
- Participar en la elaboración del Proyecto Educativo (ahora Proyecto Educativo Institucional, PEI), Proyecto Curricular Institucional (PCI) y Proyecto Curricular Áulico (PCA).
- Participar en la elaboración de las Estrategias pedagógicas.
- Seleccionar y adaptar el mobiliario y equipamiento.

- Planificar e implementar el Plan de Apoyo específico individual o grupal.
- Favorecer el proceso de integración en escuelas ordinarias.
- Participar en la orientación y reorientación profesional.
- Participar en el proceso de integración e inserción laboral.
- Realizar el análisis ocupacional de las actividades y puestos de trabajo así como el elevamiento del espacio físico.
- Orientar a la familia acerca de las potencialidades y funcionalidad de su hijo, así como del equipamiento y/o adaptaciones más adecuadas para el desempeño de las actividades.
- Informar a la familia sobre las posibilidades laborales.
- Favorecer la integración de la familia a la dinámica escolar.
- Participar en proyectos socio-comunitarios.
- Participar en actividades de atención primaria de la salud.
- Realizar tareas de investigación y difusión. (16)

El Terapeuta Ocupacional, dentro del equipo técnico intervendrá en el diagnóstico y pronóstico de los alumnos, y también en las evaluaciones en las áreas de desempeño, tales como motoras, sensorio-perceptivas, psicofuncionales, y de las actividades de la vida diaria.

Según Swinth (2005) los terapeutas ocupacionales en el ambiente escolar dedican su evaluación a todo lo necesario para que el estudiante participe en ocupaciones escolares significativas y con propósito. La evaluación de terapia

ocupacional, aborda las áreas de desempeño del estudiante: actividades de la vida diaria, educación/trabajo, juego/placer y participación social. En cada una de estas áreas, los terapeutas ocupacionales tratan las habilidades de desempeño y las funciones físicas, sensoriales, neurológicas y cognitivas/mentales. Se desarrolla un perfil ocupacional, en el que colabora el equipo, que abarca tanto a la familia como al alumno. A este perfil le sigue un análisis del desempeño ocupacional dentro del ambiente educativo. (Pág. 350) (17)

El perfil ocupacional se desarrolla, obteniendo datos del alumno, familia y demás profesionales.

La evaluación e intervención de terapia Ocupacional se centra en:

1. áreas de desempeño ocupacional: actividades de la vida diaria (básicas e instrumentales), educación, trabajo, juego, esparcimiento u ocio, y participación social.
2. habilidades y destrezas de desempeño ocupacional: motoras, de procesamiento y de comunicación e interacción.
3. patrones de desempeño ocupacional: hábitos, rutinas y roles.
4. interés y motivaciones de las personas.
5. contexto de actuación: cultural, físico, social, personal, espiritual, temporal y virtual.
6. demandas de la actividad: objetos utilizados y sus propiedades, demandas espaciales, demandas sociales, secuencia y

regulación/ritmo, acciones requeridas, requerimientos funcionales del cuerpo, requerimientos estructurales del cuerpo.

7. factores de la persona: función del cuerpo y estructura del cuerpo.

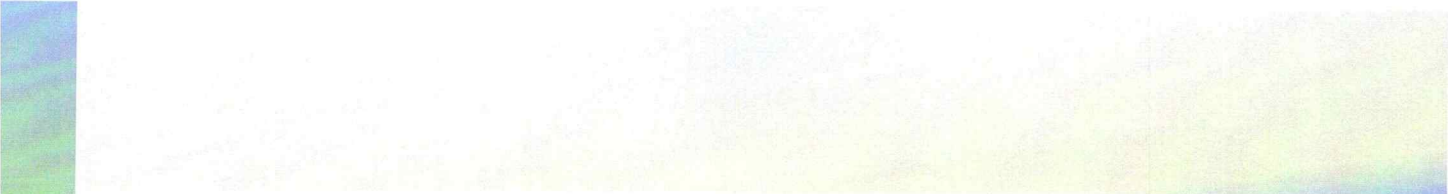
La evaluación ocupacional se realiza mediante fuentes indirectas (historias, informes, familiares, integrantes del equipo interdisciplinario) y/o fuentes directas propias del terapeuta ocupacional, que determinan la necesidad y el grado de intervención de terapia ocupacional. En estas últimas las técnicas e instrumentos de evaluación que se utilizan son: observaciones, listados y cuestionarios de auto evaluación, entrevistas y evaluaciones con métodos mixtos. (18)

De acuerdo a la reglamentación vigente, el Terapeuta Ocupacional puede desempeñarse como Maestro en los trayectos Pre-profesionales, desempeñando funciones como: orientar en el proceso de formación pre-profesional; promover la adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas básicas para el desarrollo de proyectos tecnológicos simples, enseñar los hábitos laborales.

También se puede desenvolver como Maestro Integrador del área laboral donde desarrolla funciones tales como: evaluación del perfil del alumno y puesto de trabajo a través del análisis ocupacional las posibilidades de integración de los alumnos, o en otros espacios formativos; realizando el seguimiento del alumno integrado en su espacio laboral con evaluaciones sistemáticas para la toma de decisiones, realiza la articulación y coordinación de las propuestas y acciones con

los otros miembros del equipo transdisciplinario (Maestro de taller, Tutor de la empresa, Maestro de apoyo, Terapeuta Ocupacional, Asistente Social, entre otros) favorece y promueve en el alumno la construcción y el sostenimiento de su proyecto laboral, realiza tareas de investigación y difusión.

Si bien el trabajo del Terapeuta Ocupacional en el ámbito educativo asume características singulares, de acuerdo a sus conocimientos especializados, al insertarse en el sistema educativo, se transforma en docente desde una perspectiva educativa. Lo cual incluye reuniones de padres, entrevistas con las familias, participación en los actos escolares, entre otras. (19)



Aspectos Metodológicos

1. Objetivos del proyecto de Sistematización de la experiencia de campo

Objetivo general:

- Sistematizar la experiencia de campo en el taller de cocina desde la disciplina de Terapia Ocupacional, realizada en la escuela Especial, Asociación Tandilense de Ayuda al Discapacitado, ciudad de Tandil, durante los meses de junio a octubre de 2013.

Objetivos específicos:

- Analizar los procesos personales e interpersonales que surgen en el taller de cocina.
- Describir los logros obtenidos por los participantes en el taller de cocina.

2. Tipo de trabajo

Se llevo a cabo una sistematización de la práctica clínica.

Una sistematización es una interpretación crítica de la práctica que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, cómo se han relacionado entre sí, y por qué lo han hecho de ese modo. (20)

3. Localización

Escuela especial, ATAD (Asociación Tandilense de ayuda al discapacitado), ciudad de Tandil, ubicado en 4 de abril 1409.

4. Periodo

El taller de cocina se registro en los meses de junio a octubre del año 2013.

5. Participantes

14 niños/as de entre 6 y 13 años que concurren al turno mañana de la escuela con síndromes genéticos (síndrome de Down, Síndrome de Kabuki y Síndrome de Williams) y retraso mental.

6. Objetivos del taller de cocina

Objetivos generales:

- Favorecer un ambiente ocupacional significativo para los alumnos participantes del taller.
- Favorecer las relaciones interpersonales con los pares y adultos.
- Favorecer los procesos intrapersonales y funciones cognitivas.
- Incorporar a través del taller conceptos referentes a la actividad de cocina.

Objetivos específicos:

A. Favorecer un ambiente ocupacional significativo.

- Favorecer el compromiso de los alumnos con la propuesta.
- Favorecer la exploración de intereses.
- Favorecer un ambiente flexible para el surgimiento de los valores personales.
- Promover la causalidad personal.

B. Favorecer las relaciones interpersonales con los pares y adultos.

- Promover el respeto hacia el encuadre de trabajo grupal.
- Favorecer la aceptación de los pares y de los adultos.
- Favorecer un ambiente de respeto y aprendizaje.

C. Favorecer los procesos intrapersonales y funciones cognitivas

- Estimular procesos cognitivos de atención, memoria y concentración.
- Favorecer la capacidad para iniciar y sostener la actividad por sí solo.
- Promover la flexibilidad ante los cambios y dificultades.

D. Incorporar a través del taller conceptos referentes a la actividad cocina.

- Adquirir hábitos de higiene necesarios para realizar la actividad.
- Diferenciar y reconocer distintos tipos de ingredientes y utensilios.
- Estimular el dominio instrumental adecuado para la tarea.
- Realizar diferentes tipos de mediciones convencionales y no convencionales.
- Favorecer la autonomía personal.

Definición de las variables

Ambiente ocupacional significativo.

Definición científica:

Es un contexto significativo para el desempeño. Un ambiente ocupacional es un mundo vital, un mundo coherente con organización y ritmo propios; que presenta además oportunidades, recursos, demandas, problemáticas por resolver y a la vez restricciones para el hacer. Los ambientes ocupacionales son lugares para ser y actuar.

Un ambiente ocupacional comprende intereses y valores.

Los intereses son lo que uno disfruta o le satisface hacer. Se generan a partir de la experiencia de placer y satisfacción de hacer cosas (Matsutsuyu, 1969). A medida que acumulamos experiencia en hacer cosas, desarrollamos una atracción hacia ocupaciones particulares. Los intereses reflejan gustos altamente individuales generados a partir del ciclo de anticipación, elección, experiencia e interpretación de las acciones. Se consideran intereses tanto al disfrute cuando se hacen cosas, como a la preferencia por hacer ciertas cosas sobre otras. (21)

El disfrute es el sentimiento placentero que se vivencia al hacer cosas.

Las ocupaciones que más resultan atractivas son aquellas que generan diversas fuentes de disfrute.

La sensación de disfrute puede surgir de algo logrado o producido, y también del sentido de camarería que proviene de hacer algo con otros.

Cada persona elabora un patrón singular de intereses, que es la configuración de cosas preferidas para hacer que ha acumulado de acuerdo a su experiencia.

Los valores son los que nos permiten darle un significado a las vidas que llevamos y a comprometernos a una forma de vida. Influyen el sentido de autovaloración que uno posee de hacer ciertas cosas.

Se adquieren los valores como un conjunto coherente de convicciones, que provienen de un mundo culturalmente definido. Estas convicciones son visiones de la vida que definen lo que tiene importancia.

La cultura influye sobre los valores, nos va enseñando aquello que es bueno o correcto de hacer, y sobre el modo en que debemos actuar.

Definición operacional:

➤ Explora la novedad: busca la realización de actividades nuevas, de las cuales disfruten y satisfagan sus necesidades. Se valora mediante la observación del indicador en cada encuentro de taller. Nivel 1: nunca; nivel 2: a veces, con asistencia; nivel 3: a veces; nivel 4: casi siempre, con asistencia; nivel 5: siempre.

➤ Inicia acciones: tiene iniciativa para llevar a cabo actividades. Se valora mediante la observación del indicador en cada encuentro de taller. Nivel 1: nunca; nivel 2: a veces, con asistencia; nivel 3: a veces; nivel 4: casi siempre, con asistencia; nivel 5: siempre.

➤ Intenta cosas nuevas: busca realizar acciones novedosas. Se valora mediante la observación del indicador en cada encuentro de taller. Nivel 1: nunca; nivel 2: a veces, con asistencia; nivel 3: a veces; nivel 4: casi siempre, con asistencia; nivel 5: siempre.

➤ Expresa placer con los logros: manifiesta alegría o agrado frente a tareas que resultan beneficiosas. Se valora mediante la observación del indicador en cada encuentro de taller. Nivel 1: nunca; nivel 2: a veces, con asistencia; nivel 3: a veces; nivel 4: casi siempre, con asistencia; nivel 5: siempre.

➤ Intenta resolver problemas: busca soluciones a las adversidades que se puedan presentar. Se valora mediante la observación del indicador en cada encuentro de taller. Nivel 1: nunca; nivel 2: a veces, con asistencia; nivel 3: a veces; nivel 4: casi siempre, con asistencia; nivel 5: siempre.

➤ Organiza/modifica el medio ambiente: busca cambiar el espacio/contexto en el que se lleva a cabo la actividad. Se valora mediante la observación del indicador en cada encuentro de taller. Nivel 1: nunca; nivel 2: a veces, con asistencia; nivel 3: a veces; nivel 4: casi siempre, con asistencia; nivel 5: siempre.

➤ Permanece involucrado: se mantiene atento e implicado en la actividad realizada. Se valora mediante la observación del indicador en cada encuentro de taller. Nivel 1: nunca; nivel 2: a veces, con asistencia; nivel 3: a veces; nivel 4: casi siempre, con asistencia; nivel 5: siempre.

Habilidades interpersonales

Definición científica:

Son aquellas que permiten tener mejor comunicación y que permiten relacionarse con las demás personas que componen el grupo de trabajo.

Un grupo se refiere a un conjunto de personas, que tienen un objetivo en común, interaccionan entre sí, aceptando ciertas normas y compartiendo emociones, y participando de un sentimiento común, el nosotros grupal, que los

mantiene unidos al menos durante el tiempo que los conduce hacia el objetivo propuesto. Los miembros de un grupo comparten un interés común, conociendo los fines y objetivos hacia los que deben tender.

Una opción pedagógica para trabajar con pequeños grupos es el taller

El taller puede convertirse en un lugar de vínculos, participación, donde se desarrollan distintos estilos de comunicación y, por lo tanto un lugar de producción social de objetos, hechos y conocimientos. (22)

En el taller se debe implementar un encuadre, que aquello que circunscribe al grupo: horario, tiempo de duración, lugar, frecuencia semanal, etc., o sea, aquellas reglas a las cuales están sostenidos.

Definición operacional:

➤ Respetar el encuadre de trabajo: respetar el horario, tiempo, lugar y reglas que el taller posee. Se valora mediante la observación del indicador en cada encuentro de taller. Nivel 1: nunca; nivel 2: a veces, con asistencia; nivel 3: a veces; nivel 4: casi siempre, con asistencia; nivel 5: siempre.

➤ Puede trabajar dentro de un ambiente de respeto y aprendizaje mutuo: logra llevar a cabo la actividad, respetando a sus compañeros y coordinadores, de manera que lo favorezca así mismo. Se valora mediante la observación del indicador en cada encuentro de taller. Nivel 1: nunca; nivel 2: a veces, con asistencia; nivel 3: a veces; nivel 4: casi siempre, con asistencia; nivel 5: siempre.

➤ Logra compartir un trabajo en conjunto. Se valora mediante la observación del indicador en cada encuentro de taller. Nivel 1: nunca; nivel 2: a veces, con asistencia; nivel 3: a veces; nivel 4: casi siempre, con asistencia; nivel 5: siempre.

➤ Se relaciona con los pares y adultos: Se vincula con los compañeros y coordinadores. Se valora mediante la observación del indicador en cada encuentro de taller. Nivel 1: nunca; nivel 2: a veces, con asistencia; nivel 3: a veces; nivel 4: casi siempre, con asistencia; nivel 5: siempre.

➤ Manifiesta pensamientos y opiniones: expresa sus opiniones y deseos que le surgen a lo largo de cada encuentro. Se valora mediante la observación del indicador en cada encuentro de taller. Nivel 1: nunca; nivel 2: a veces, con asistencia; nivel 3: a veces; nivel 4: casi siempre, con asistencia; nivel 5: siempre.

Habilidades intrapersonales y funciones cognitivas

Definición científica:

Las habilidades intrapersonales son aquellas, que les permiten a los individuos acceder a su propia vida emocional, a sus sentimientos, para poder efectuar discriminaciones de sus emociones y ponerles nombre, y recurrir a ellas como medio para interpretar y orientar la propia conducta. Las habilidades intrapersonales permiten comprenderse mejor y trabajar con uno mismo.

Las funciones cognitivas son procesos mentales que nos permiten llevar a cabo cualquier tarea. La cognición humana es un conjunto de procesos internos que permiten comprender, interpretar y generar información sobre el mundo. Los procesos implicados en esta actividad cognitiva son Inteligencia, Lenguaje, Pensamiento, Sensación, Percepción, Atención y Memoria.

La atención es el estado de alerta y despertar que permite tomar conciencia de aquello que sucede alrededor. Es la capacidad para seleccionar en que concentrarnos y las respuestas a tomar en la situación o circunstancias particulares. La atención está íntimamente relacionada con la memoria, la práctica de una tarea conduce a más información almacenada y esto facilita la evocación rápida sin atención.

La memoria es el sistema cognitivo de almacenamiento y recuperación de la información, básico en el aprendizaje y el pensamiento.

El modelo multideposito de la memoria, descrito en Atkison y Shiffrin (1971), describe tres sistemas mnemónicos:

- La memoria sensorial, es el breve procesamiento de la información recibida por los órganos de los sentidos que dura algunos milisegundos. La memoria sensorial incluye aferencias visuales (icónicas), auditivas (ecoicas), táctiles y propioceptivas.
- La memoria a corto plazo retiene la información del depósito sensorial durante segundos. Retiene la información por el tiempo suficiente para que la utilicemos.

- La memoria a largo plazo retiene la información durante periodos de tiempo que van de unos pocos minutos a varios años. (23)

Definición operacional:

➤ Mantiene la atención: durante toda la actividad de taller se mantiene concentrado. Se valora mediante la observación del indicador en cada encuentro de taller. Nivel 1: nunca; nivel 2: a veces, con asistencia; nivel 3: a veces; nivel 4: casi siempre, con asistencia; nivel 5: siempre.

➤ Manifiesta comprender situación de taller: muestra indicios de que entiende el encuadre y reglas del taller. Se valora mediante la observación del indicador en cada encuentro de taller. Nivel 1: nunca; nivel 2: a veces, con asistencia; nivel 3: a veces; nivel 4: casi siempre, con asistencia; nivel 5: siempre.

➤ Manifiesta comprender consignas: muestra indicios de que comprende lo que se explica. Se valora mediante la observación del indicador en cada encuentro de taller. Nivel 1: nunca; nivel 2: a veces, con asistencia; nivel 3: a veces; nivel 4: casi siempre, con asistencia; nivel 5: siempre.

➤ Presenta memoria a corto plazo: recuerda datos, información o hechos que han ocurrido ese día. Se valora mediante la observación del indicador en cada encuentro de taller. Nivel 1: nunca; nivel

2: a veces, con asistencia; nivel 3: a veces; nivel 4: casi siempre, con asistencia; nivel 5: siempre.

➤ Presenta memoria a largo plazo: recuerda datos, información o hechos que han ocurrido en otro momento. Se valora mediante la observación del indicador en cada encuentro de taller. Nivel 1: nunca; nivel 2: a veces, con asistencia; nivel 3: a veces; nivel 4: casi siempre, con asistencia; nivel 5: siempre.

➤ Flexibilidad para aceptar los cambios: capacidad de adaptarse a las modificaciones que surgen del medio. Se valora mediante la observación del indicador en cada encuentro de taller. Nivel 1: nunca; nivel 2: a veces, con asistencia; nivel 3: a veces; nivel 4: casi siempre, con asistencia; nivel 5: siempre.

➤ Inicia algún paso de la actividad por sí solo: capacidad de tomar alguna iniciativa adecuada al contexto. Se valora mediante la observación del indicador en cada encuentro de taller. Nivel 1: nunca; nivel 2: a veces, con asistencia; nivel 3: a veces; nivel 4: casi siempre, con asistencia; nivel 5: siempre.

➤ Inicia y sostiene la actividad por sí solo. Se valora mediante la observación del indicador en cada encuentro de taller. Nivel 1: nunca; nivel 2: a veces, con asistencia; nivel 3: a veces; nivel 4: casi siempre, con asistencia; nivel 5: siempre.

➤ Propone una idea-actividad para realizar: brinda sugerencias de acuerdo a gustos-preferencias o recetas que le son

familiares-conocidas. Se valora mediante la observación del indicador en cada encuentro de taller. Nivel 1: nunca; nivel 2: a veces, con asistencia; nivel 3: a veces; nivel 4: casi siempre, con asistencia; nivel 5: siempre.

Conceptos referidos al taller cocina

Definición científica:

Los conceptos referentes al taller cocina son aquellos conocimientos y habilidades necesarias, para realizar la preparación de una comida. Incluye los hábitos de higiene que se deben tener en cuenta antes y durante la preparación; los ingredientes y utensilios necesarios para la elaboración de la receta; el dominio instrumental que se requiere para poder cocinar y los sistemas de medición convencionales y no convencionales, que permiten calcular la cantidad de ingredientes que requiere la preparación que se desea cocinar.

Hábitos de higiene se refiere a la repetición de acciones de limpieza en las personas, atuendos y entorno. En lo que refiere al taller cocina los hábitos de higiene implicarían higiene de manos, limpieza del espacio y de utensilios, uso de delantales y pañuelos para recoger el pelo.

Los ingredientes son sustancias que forman parte de una mezcla. En la cocina los ingredientes son necesarios para preparar una comida determinada.

Los utensilios son herramientas que se utilizan en la cocina para la preparación de comidas.

El dominio instrumental comprende las habilidades manuales para llevar a cabo una actividad. Implica coordinación óculo manual, prensiones finas, uso bilateral de las manos y control de la fuerza necesaria para ejecutar la tarea.

La medición convencional es un sistema de medición que se ejerce con una escala y su medida no varía, es exacta. En cambio la medición no convencional: son aquellas mediciones que no siguen una escala, y no son exactas, por ejemplo una taza, una cuchara, etc.

Definición operacional

- Hábitos de higiene
 - Lavarse las manos por sí mismo: higienizarse las manos antes de cocinar, por cuenta propia. Se valora mediante la observación del indicador en cada encuentro de taller. Nivel 1: nunca; nivel 2: a veces, con asistencia; nivel 3: a veces; nivel 4: casi siempre, con asistencia; nivel 5: siempre.
 - Lavarse las manos con indicación de otro: higienizarse las manos antes de cocinar, ante la orden de un compañero o coordinador. Se valora mediante la observación del indicador en cada encuentro de taller. Nivel 1: nunca; nivel 2: a veces, con asistencia; nivel 3: a veces; nivel 4: casi siempre, con asistencia; nivel 5: siempre.
 - Colocarse el delantal por sí mismo: ponerse el delantal antes de cocinar, por cuenta propia. Se valora mediante la observación del

indicador en cada encuentro de taller. Nivel 1: nunca; nivel 2: a veces, con asistencia; nivel 3: a veces; nivel 4: casi siempre, con asistencia; nivel 5: siempre.

➤ Colocarse el delantal con indicación de otro: ponerse el delantal antes de cocinar, ante la consigna de un compañero o coordinador. Se valora mediante la observación del indicador en cada encuentro de taller. Nivel 1: nunca; nivel 2: a veces, con asistencia; nivel 3: a veces; nivel 4: casi siempre, con asistencia; nivel 5: siempre.

➤ Es capaz de mantener el espacio limpio y elementos a utilizar: puede conservar el ambiente de trabajo higienizado, como así también los utensilios y elementos utilizados durante la elaboración de la comida. Se valora mediante la observación del indicador en cada encuentro de taller. Nivel 1: nunca; nivel 2: a veces, con asistencia; nivel 3: a veces; nivel 4: casi siempre, con asistencia; nivel 5: siempre.

- Diferenciación y reconocimiento de diferentes tipos de ingredientes y utensilios

➤ Reconoce y diferencia los ingredientes: sabe cuáles son y logra diferenciar los diferentes ingredientes que se utilizan cotidianamente para cocinar. Se valora mediante la observación del indicador en cada encuentro de taller. Nivel 1: nunca; nivel 2: a veces, con asistencia; nivel 3: a veces; nivel 4: casi siempre, con asistencia; nivel 5: siempre.

➤ Reconoce y diferencia los utensilios: sabe cuáles son y logra diferenciar los diferentes utensilios utilizados cotidianamente para cocinar. Se valora mediante la observación del indicador en cada encuentro de taller. Nivel 1: nunca; nivel 2: a veces, con asistencia; nivel 3: a veces; nivel 4: casi siempre, con asistencia; nivel 5: siempre.

➤ Sabe en qué sitios de la cocina se encuentran los materiales a usar: reconoce en que lugares de la cocina están los utensilios e ingredientes. Se valora mediante la observación del indicador en cada encuentro de taller. Nivel 1: nunca; nivel 2: a veces, con asistencia; nivel 3: a veces; nivel 4: casi siempre, con asistencia; nivel 5: siempre.

- Dominio instrumental:

➤ Coordinación óculo-manual: trabajo asociado de la visión con las manos. Se valora mediante la observación del indicador en cada encuentro de taller. Nivel 1: nunca; nivel 2: a veces, con asistencia; nivel 3: a veces; nivel 4: casi siempre, con asistencia; nivel 5: siempre.

➤ Utiliza prensiones finas: incluye las habilidades-destrezas de los dedos en el desempeño de las distintas conductas manipulativas. Se valora mediante la observación del indicador en cada encuentro de taller. Nivel 1: nunca; nivel 2: a veces, con asistencia; nivel 3: a veces; nivel 4: casi siempre, con asistencia; nivel 5: siempre.

➤ Uso bilateral de las manos: utilización de ambas manos para realizar la tarea. Se valora mediante la observación del indicador en cada

encuentro de taller. Nivel 1: nunca; nivel 2: a veces, con asistencia; nivel 3: a veces; nivel 4: casi siempre, con asistencia; nivel 5: siempre.

➤ Control de la fuerza: graduación de la fuerza utilizada para la actividad que se realice. Se valora mediante la observación del indicador en cada encuentro de taller. Nivel 1: nunca; nivel 2: a veces, con asistencia; nivel 3: a veces; nivel 4: casi siempre, con asistencia; nivel 5: siempre.

- Utilización de distintos tipos de mediciones convencionales y no convencionales

➤ Reconoce y diferencia los tipos de mediciones: sabe que son y diferencia las mediciones convencionales de las no convencionales. Se valora mediante la observación del indicador en cada encuentro de taller. Nivel 1: nunca; nivel 2: a veces, con asistencia; nivel 3: a veces; nivel 4: casi siempre, con asistencia; nivel 5: siempre.

➤ Utiliza mediciones convencionales: por ejemplo, medidor o balanza. Se valora mediante la observación del indicador en cada encuentro de taller. Nivel 1: nunca; nivel 2: a veces, con asistencia; nivel 3: a veces; nivel 4: casi siempre, con asistencia; nivel 5: siempre.

➤ Utiliza mediciones no convencionales: por ejemplo taza, o cuchara. Se valora mediante la observación del indicador en cada encuentro de taller. Nivel 1: nunca; nivel 2: a veces, con asistencia; nivel 3: a veces; nivel 4: casi siempre, con asistencia; nivel 5: siempre.

Dimensionamiento de las variables

Objetivos	Variables	Indicadores	Nivel de logro				
			1	2	3	4	5
Favorecer un ambiente ocupacional significativo	• Compromiso con la propuesta. • Surgimiento de valores. • Exploración de intereses.	- Explora la novedad. - Inicia acciones. - Intenta cosas nuevas - Expresa placer con los logros. - Intenta resolver problemas. - Organiza/modifica el medio ambiente. - Permanece involucrado					
Favorecer las relaciones interpersonales con los pares y adultos.	• Habilidades interpersonales.	- Respeta el encuadre de trabajo. - Puede trabajar dentro de un ambiente de respeto y aprendizaje mutuo. -Logra compartir un trabajo en conjunto. -Se relaciona con los pares y adultos. -Manifiesta pensamientos y opiniones.					
Favorecer los procesos intrapersonales y funciones cognitivas	• Habilidades intrapersonales y funciones cognitivas.	-Mantiene la atención. -Manifiesta comprender situación de taller. -Manifiesta comprender					

		consignas. -Presenta memoria a corto plazo. -Presenta a largo plazo. -Flexibilidad para aceptar los cambios. -Inicia algún paso de la actividad por sí solo -Inicia y sostiene la actividad por si solo. -Propone una idea-actividad para realizar.					
Incorporar a través del taller conceptos referentes a la actividad cocina.	Hábitos de higiene	-Lavarse las manos por si mismo. - Lavarse las manos con indicación de otro. -Colocarse el delantal por si mismo. - Colocarse delantal con indicación de otro. -Es capaz de mantener el espacio limpio y elementos a utilizar.					
	Diferenciación y reconocimiento de diferentes tipos de ingredientes y utensilios.	- Reconoce y diferencia los ingredientes. - Reconoce y diferencia los utensilios. -Sabe en que sitio de la cocina se encuentran los materiales a usar.					

	• Dominio instrumental.	-Coordinación óculo-manual. -Utiliza prensiones finas -Uso bilateral de las manos -Control de la fuerza					
	• Utilización de distintos tipos de mediciones convencionales y no convencionales	-Reconoce y diferencia los tipos de mediciones. -Utiliza mediciones convencionales. -Utiliza mediciones no convencionales.					

7. Abordaje, modalidad y frecuencia.

El abordaje es grupal, con una modalidad de taller. De cuatro encuentros por semana. Dos los días miércoles y dos los días jueves, de 45 minutos cada encuentro. Antes de cada encuentro a los alumnos se les proponen distintos talleres dentro de los cuales se encuentra “Cocina” y tienen la posibilidad de elegir uno por vez. Si bien la escuela cuenta con una propuesta de siete talleres no todos están a disposición todos los días quedando una oferta de cuatro-cinco diariamente. Durante el turno mañana cada alumno participa de tres talleres optativos. Todos pasan al menos una vez por semana por el taller cocina siendo diferente la composición de integrantes del taller en cada encuentro.

DIAS	HORARIOS	ACTIVIDADES	RESPONSABLES
MIERCOLES Y JUEVES	9:45 hs. a 10:30hs	Colocarse delantales y lavarse las manos. Acordar la receta a llevar a cabo y empezar con la preparación de lo que se vaya a cocinar	Terapista Ocupacional de la escuela y practicante de Terapia Ocupacional.
MIERCOLES Y JUEVES	10:45 hs. a 11:30 hs.	Colocarse delantales y lavarse las manos. Socializar-referir el trabajo realizado por el primer grupo y continuar con lo iniciado. Lavar los elementos utilizados. Compartir antes de la salida el producto alimenticio terminado con todos los alumnos.	

8. Cronograma de actividades

Primera etapa:

- Alentar en los niños los hábitos de higiene: lavado de las manos antes de cocinar, limpieza de utensilios y superficie-ámbito de trabajo mientras se cocina. Incluyendo control del babeo si es necesario, no toser ni estornudar sobre los alimentos, etc.

- Investigar-indagar con los niños acerca de qué elementos se utilizan para cocinar, como los utensilios (bol, cucharas, medidores, tazas, palos de amasar, etc.) y productos comestibles mas utilizados (azúcar, harina, aceite, sal, levadura, etc. Así también en que lugar de la cocina se encuentra cada elemento.

- Favorecer-incentivar el uso de la biblioteca de cocina fomentando la circulación de libros-revistas-folletos-fotos de recetas culinarias diversas.

- Anticipar mediante la palabra y/ o gráficamente (fotografías-videos) el proceso productivo a llevarse a cabo.

Segunda etapa:

- Sostener hábitos de higiene.
- Continuar investigando-explorando cualidades y funciones de ingredientes y utensilios en el proceso productivo concreto.
- Observar-reflexionar sobre las consecuencias de nuestras acciones en la transformación de los materiales.
- Cocinar diferentes recetas sencillas, de pasos cortos, para que la elaboración de lo que se cocine se pueda empezar y terminar en el mismo taller.

Tercera etapa:

- Cocinar recetas a elección de los participantes, de acuerdo a lo que más les gusto durante el taller.

9. Recursos físicos, materiales y humanos

Recursos físicos: Lugar, cocina de la institución. Es un ambiente de 20m², contiene una mesa grande en el centro, en la cual los niños cocinan. Cuenta con una mesada, y una pileta, para lavar los elementos de cocina. Además posee una alacena y bajo mesada, en las cuales se guardan los utensilios y elementos de cocina. También la cocina tiene un horno y una heladera.

Recursos materiales: Elementos de cocina (bols, medidores, cucharas, asaderas, etc.), productos comestibles (azúcar, sal, harina, levadura, margarina, aceite, huevos, etc.) que provee la escuela.

Recursos humanos: T.O. de la institución y practicante de T.O de la facultad de ciencias de la Salud y Servicio Social, Universidad Nacional de Mar del Plata.

10. Recursos económicos

Rubro	Financiamiento	Monto
Honorarios de T.O	Dirección general de escuela	Cargo de técnico docente. \$240 por hora
Insumos	Banco de alimentos, Consejo Escolar, y lo generado por el taller (feria del plato) o actividades culturales realizadas por la institución (cafetín).	\$500
Gastos de practicante		\$107
Total		\$6607

11. Tipo de registro y evaluación.

a. Registro:

- Cuaderno de campo, en el que se registraran las fechas de los encuentros, las actividades que se realizaron, cantidad de participantes y observaciones, en el caso de que ocurran imprevistos.

b. Evaluación:

- Continua:

Se realizaron reuniones, practicante de TO y TO, en las que se llevó a cabo un intercambio sobre lo ocurrido en cada encuentro y la evolución que se fue generando en proceso.

- Final:

Implementación de la ficha de campo para evaluar los logros obtenidos a lo largo del taller. Esta ficha se diseñó siguiendo el modelo de la Escala de Likert. En ésta se consideraron 5 niveles, del 1 al 5, en orden creciente.

Tabla de significación de los niveles de logros

Nivel	Cualidad
1	Nunca
2	A veces, con asistencia
3	A veces
4	Casi siempre, con asistencia.
5	Siempre

Referencias Bibliográficas

(1) Dirección general de cultura y educación. (2003) ¿Qué es el retraso mental? Argentina.

Recuperado de

<http://servicios2.abc.gov.ar/lainstitucion/sistemaeducativo/educacionespecial/normativa/circ5-2003.pdf>.

Fecha de consulta: 13 de marzo de 2014.

(2) Knobel, M. (1977) "*Psiquiatría infantil psico dinámica*". Buenos Aires. Primera edición. Pág.201

(3) Down España. (2008) "Síndrome de Down". España.

Recuperado de <http://www.sindromedown.net/index.php?idMenu=6&idIdioma=1>.

Fecha de consulta: 3 de febrero de 2014.

(4) Lugones Botell M., Pichs Garcia L.A., Ramirez Bermudes M. y Rios Rodríguez J.J. (2006). Síndrome de Kabuki.

Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol78_2_06/ped11206.pdf .

Fecha de consulta: 26 de febrero de 2014.

(5) Síndrome de Williams. (2012)

Recuperado de <http://logopaideia.files.wordpress.com/2012/01/sc3adndrome-de-williams1.pdf> .

Fecha de consulta 26 de febrero de 2014.

(6) Fontana V. "Desarrollo de habilidades... las Aivd como instrumento facilitador".2010.

Recuperado de http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Actividades_sociales_discapacidad_intelectual_terapia_ocupacional_Fontana_marzo2012.pdf

Fecha de consulta: 17 de marzo de 2014.

(7) López García P. (2008). Actividades alternativas para integrar a personas con necesidades de apoyo generalizado.

Recuperado de: http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO20847/patri_lopez.pdf

Fecha de consulta: 17 de marzo de 2014.

(8) Educación especial, una modalidad del Sistema Educativo en Argentina: Orientaciones 1

Recuperado de:

[HTTP://www.me.gov.ar/curriform/publica/orientaciones_especial09.pdf](http://www.me.gov.ar/curriform/publica/orientaciones_especial09.pdf)

Fecha de consulta septiembre de 2013.

(9) Lus M.A. (1995) *De la integración escolar a la escuela integradora. El recorrido histórico de la educación especial*. Buenos Aires. Paidós. Pág.:31

(10) Lus M.A. (1995) *De la integración escolar a la escuela integradora. El recorrido histórico de la educación especial*. Buenos Aires. Paidós. Pág.:34

(11) Lus M.A. (1995) *De la integración escolar a la escuela integradora. La educación especial en nuestro país*. Buenos Aires. Paidós.

(12) Dirección de Educación Especial. Misiones y Funciones

Recuperado de:

<http://servicios2.abc.gov.ar/lainstitucion/sistemaeducativo/educacionespecial/default.cfm>

Fecha de consulta: 12 Septiembre de 2013.

- (13) Di Fiore L, Pérez M. (2012) *Hábitos de conducta y comunicación en educación especial*. Tesis de grado Lic. En Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata.
- (14) Circular técnica parcial nº16. 1989. Dirección General de Escuelas y Cultura, Provincia de Buenos Aires.
- (15) Corti M, Giuggia de Stratta M. (2014) LA DIGNIDAD EN LA DIVERSIDAD. Educación Especial-Terapia Ocupacional. Argentina. Revista RUEDES, Año 3- Nº 5. Pág. 49-50.
Recuperado de http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/5541/cortiruedes5.pdf.
Fecha de consulta 20 de septiembre de 2014.
- (16) Pizzorno, V; (2010). *Representaciones Sociales acerca del rol del Terapeuta Ocupacional en Escuelas de Educación Especial*. Tesis de grado, Universidad Nacional de Mar del Plata. Pág.56-57.
- (17) Crepeau, E, Cohn E, Schell B. (2005) *Willard & Spackman Terapia Ocupacional*. 10ma edición. Medica Panamericana. Buenos Aires.
- (18) Colegio de terapeutas ocupacionales de Navarra. (2006). *Terapia ocupacional en Educación*. Pamplona.
Recuperado de
http://www.terapiaocupacional.com/articulos/Educacion_Terapia_ocupacional_Navarra_06.pdf.
Fecha de consulta: 20 de septiembre de 2014
- (19) Di Fiore L, Pérez M. (2012) *Hábitos de conducta y comunicación en educación especial*. Tesis de grado Lic. En Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Pág. 89-90.

(20) Antonio Sandoval Ávila (2001) *Propuesta metodológica para sistematizar la practica profesional del trabajo social*. Argentina. Espacio.

(21) Kielhofner, Gary. (2004) *Modelo de Ocupación Humana: Teoría y Aplicación*. Tercera Edición. Buenos Aires. Medica Panamericana. 2004. Pág.60.

(22) García D. (1997) *El grupo. Métodos y técnicas participativas. Innovaciones pedagógicas*. Argentina. ESPACIO.

(23) Grieve J. (1993) *Neuropsicología para terapeutas ocupacionales. Evaluación de la percepción y de la cognición*. Buenos Aires. Panamericana. Pág. 71.

Anexos

Ficha de evaluación para la sistematización de la experiencia de campo en el taller de cocina desde la disciplina de Terapia Ocupacional, realizada en la escuela Especial, Asociación Tandilense de Ayuda al Discapacitado, en 14 niños de entre 6 y 13 años, ciudad de Tandil, durante los meses de junio a octubre de 2013.

Objetivos	Variables	Indicadores	Nivel de logro				
			1	2	3	4	5
Favorecer un ambiente ocupacional significativo	• Compromiso con la propuesta. • Surgimiento de valores. • Exploración de intereses.	- Explora la novedad. - Inicia acciones. - Intenta cosas nuevas - Expresa placer con los logros. - Intenta resolver problemas. - Organiza/modifica el medio ambiente. - Permanece involucrado					
Favorecer las relaciones interpersonales con los pares y adultos.	• Habilidades interpersonales.	- Respeta el encuadre de trabajo. - Puede trabajar dentro de un ambiente de respeto y aprendizaje mutuo. - Logra compartir un trabajo en conjunto. - Se relaciona con los pares y adultos. - Manifiesta pensamientos y opiniones.					

Favorecer los procesos intrapersonales y funciones cognitivas	Habilidades intrapersonales y funciones cognitivas.	-Mantiene la atención. -Manifiesta comprender situación de taller. -Manifiesta comprender consignas. -Presenta memoria a corto plazo. -Presenta a largo plazo. -Flexibilidad para aceptar los cambios. -Inicia algún paso de la actividad por sí solo -Inicia y sostiene la actividad por sí solo. -Propone una idea-actividad para realizar.					
Incorporar a través del taller conceptos referentes a la actividad cocina.	Hábitos de higiene	-Lavarse las manos por sí mismo. - Lavarse las manos con indicación de otro. -Colocarse el delantal por sí mismo. - Colocarse delantal con indicación de otro. -Es capaz de mantener el espacio limpio y elementos a utilizar.					

	Diferenciación y reconocimiento de diferentes tipos de ingredientes y utensilios.	- Reconoce y diferencia los ingredientes. - Reconoce y diferencia los utensilios. -Sabe en que sitio de la cocina se encuentran los materiales a usar.					
	Dominio instrumental.	-Coordinación óculo-manual. -Utiliza prensiones finas -Uso bilateral de las manos -Control de la fuerza					
	Utilización de distintos tipos de mediciones convencionales y no convencionales	-Reconoce y diferencia los tipos de mediciones. -Utiliza mediciones convencionales. -Utiliza mediciones no convencionales.					

Cuaderno de campo para la sistematización de la experiencia de campo en el taller de cocina desde la disciplina de Terapia Ocupacional, realizada en la escuela Especial, Asociación Tandilense de Ayuda al Discapacitado, en 14 niños de entre 6 y 13 años ciudad de Tandil, durante los meses de junio a octubre de 2013

Fecha:

Nro. de registro:

Lugar:

Participantes:

Receta:

Pasos a seguir requeridos:

Observaciones:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO
DE INVESTIGACIÓN.**

TITULO DEL ESTUDIO:

Sistematización de la experiencia de campo en el taller de cocina desde la disciplina de Terapia Ocupacional, realizada en la escuela Especial, Asociación Tandilense de Ayuda al Discapacitado, ciudad de Tandil, durante los meses de junio a octubre de 2013

INVESTIGADOR:

Maffezzoli, María José Estudiante avanzado de Lic. en Terapia Ocupacional. U.N.M.D.P.

OBJETO:

Sistematizar de la experiencia de campo en el taller de cocina desde la disciplina de Terapia Ocupacional, realizada en la escuela Especial, Asociación Tandilense de Ayuda al Discapacitado, ciudad de Tandil, durante los meses de junio a octubre de 2013.

PROCEDIMIENTOS:

Si consiento en participar sucederá lo siguiente:

Su hijo/a o niño/a a cargo participará del taller de cocina realizado dentro de la escuela a la que asiste (Asociación Tandilense de Ayuda al Discapacitado) siendo acompañado, observado y evaluado de acuerdo a su participación en el mismo.

CONFIDENCIALIDAD:

Toda información obtenida en este estudio será considerada confidencial y será usada sólo a efectos de investigación. La identidad de los niños/as intervinientes será mantenida en el anonimato.

DERECHO A REHUSAR O ABANDONAR:

La participación en el estudio es enteramente voluntaria y quienes intervienen tienen la libertad de rehusar a tomar parte, o abandonar su participación en cualquier momento.

CONSENTIMIENTO:

Consiento en participar en este estudio. He recibido una copia de este impreso y he tenido la oportunidad de leerlo y/o que me lo lean.

FIRMA:.....

.....

FECHA:.....

.....

FIRMA

DEL

INVESTIGADOR:.....

.....



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
D. FUNES 3350 – TEL/FAX: 0223- 4752442.

Título:

Tesista/s (alumno – profesional) *Maffezzoli*

Jurados Titulares: *lie. Codecido*

..... *lie. Panabianco*

..... *lie. Requena*

Fecha de defensa: *14/7/15*

Calificación: *9 (nueve)*