

Volver a empezar

Residencia Josep Mas i Dalmau

**M Mercedes Escudero Hernández
M Carmen Molina Aguado
Antonio Medina Espinoza
Cristina Casanovas González
Mercè Ferriz Gil
Xhavier Velasquez Patiño**

10º Congreso Virtual de Psiquiatría (Interpsiquis 2009)



INDICE

Introducción.....	3
Presentación del paciente y situación basal.....	4
Situación premórbida.....	6
Intervención posterior al ingreso psiquiátrico.....	9
Incorporación en la nueva sala psicoeducativa.....	17
Bibliografía.....	27

INTRODUCCION

En el presente trabajo exponemos el proceso clínico de un paciente, Luís, de 37 años de edad con Síndrome de Down y trastorno de la conducta, institucionalizado en la Residencia Josep Mas i Dalmau.

Los autores de este trabajo formamos parte del equipo interdisciplinar de un centro público de gestión privada con una capacidad de 52 plazas de residencia y 13 de centro de día. El área de influencia es la comarca del Baix Llobregat, Barcelona.

Las personas atendidas presentan discapacidad intelectual grave, plurideficiencia y tienen asociados trastornos somáticos, sensoriales, motores o epilepsia. El 61% del total de los usuarios, presentan también trastornos de la personalidad y psiquiátricos. El nivel de dependencia es de Grado III, el soporte que necesitan es extenso y generalizado. La edad de los usuarios del centro oscila entre 20 y 75 años.

Disponemos de 10 salas didácticas (de la A a la J, agrupadas de dos en dos) utilizadas durante el día excepto para la ingesta, momento en el que se desplazan todos los usuarios al comedor común. En 8 de las salas didácticas los usuarios presentan diferentes grados de dependencia y en las 2 restantes se ubican los usuarios con trastornos de conducta (salas didácticas I y J).

Los dormitorios se distribuyen en 4 grandes pasillos, todas las habitaciones son compartidas por 2 ó 3 usuarios excepto los asignados a la salas I-J que duermen de forma individual.

En cuanto al caso de Luís, se describe el estado general antes de la situación crítica que requirió ingreso en centro especializado de psiquiatría y su regreso la residencia de origen.

Se resalta especialmente la intervención post-crisis realizada en la institución y se describe la situación del paciente ocho meses después del alta del centro psiquiátrico.

Presentamos un modelo de intervención institucional en una situación de re-acogida que ha permitido al paciente alcanzar niveles de estabilidad física, emocional y conductual superiores a los que presentaba antes de la crisis.

El modelo nace de la integración de distintos métodos de actuación en situaciones de alteración de la conducta y los parámetros básicos del re-maternage en personas con discapacidad.

Destacamos el papel decisivo que desempeña el trabajo en equipo interdisciplinario en un sentido extenso.

PRESENTACION DEL PACIENTE Y SITUACION BASAL

Luís tiene 37 años de edad, discapacitado psíquico profundo, afecto de síndrome de Down y trastornos de la conducta (auto/heteroagresiones) desde edad adolescente. Ingresado en nuestro centro de disminuidos psíquicos profundos desde junio 1991. Según informe al ingreso no autónomo para Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).

En 1995 presentó agitación psicomotriz grave con auto y heteroagresiones que precisó intervención farmacológica y atención individualizada por personal cualificado. Se elaboró un plan de cuidados dirigido a reconducir la situación generada por el brote psicótico.

Una vez recuperada su normalidad e integración con resto de usuarios se mantiene estable durante años presentando de forma aislada episodios de agitación psicomotriz bien controlados. Las intervenciones desde el equipo interdisciplinario del centro iban dirigidas a mantener la estabilidad del paciente.

Se contempló prever situaciones de riesgo que pudieran desencadenar en un episodio de agitación psicomotriz, se mantuvo personal de atención directa referente para evitar alterar el estado del paciente.

Una de las características del sujeto han sido conductas ritualistas para ejecutar ABVD consiguiendo cada vez más colaboración y motivación por su parte consiguiendo que adquiriera más autonomía de la que presentaba al ingreso.

Desde 1999 se evalúa al paciente según el Índice de Barthel Adaptado (ICASS), este test se realiza anualmente dando resultados entre 70-73% de autonomía, es decir, dependencia leve.

En la valoración global anual correspondiente al 2005 destacamos que Luís se comunica mediante la palabra y muchas veces con frases estereotipadas. A nivel de comprensión entiende todas aquellas acciones que se le requieren siempre que a él le parezcan adecuadas. Luís es totalmente autónomo para la marcha y deambula libremente por su espacio realizando movimientos estereotipados propios del síndrome de Down (ante y postero-flexión del tronco). Presenta motricidad de extremidades superiores conservada con gran dificultad pero sin imposibilidad de realizar pinza fina.

En esta época participa de talleres de psicomotricidad y en todas aquellas actividades que le gustan, si no quiere o está cansado demanda volver a su sala de día.

Relaciones sociales: interactuaba con el resto de usuarios, buena relación con los profesionales que le asistían, recibía visita familiar 3 veces por semana con buena aceptación.

En 2005 la retirada del mercado comercial de Meleril® provocó una revisión y reajuste del tratamiento farmacológico (que hasta ahora se mantenía igual desde hacía meses ya que era efectivo y el paciente se mantenía estable). La retirada progresiva de este fármaco hizo necesario introducir Seroquel®.

Al realizar modificaciones en el tratamiento de base coincide con presencia de cambios conductuales en el usuario, episodios aislados de agitación psicomotriz que se hacían cada vez más frecuentes.

El cambio de medicación fue progresivo y lento, precisando varios reajustes por parte de la neuropsiquiatra consultora que acude a sesiones clínicas mensuales.

SITUACIÓN PREMÓRBIDA (periodo julio 2006- diciembre 2007)

A pesar de haber presentado alteraciones conductuales severas a lo largo de su vida, así como otros periodos de intolerancia a la ropa que provocaron la aplicación de medidas algo coercitivas, en el periodo que describimos el paciente se encontraba en un estado emocional de cierta estabilidad, iba completamente vestido, salía a la calle y participaba en mayor o menor medida de la dinámica diaria de la institución.

Verano- otoño 2006

Las primeras referencias de alteración conductual en este periodo aparecen tras una salida a una piscina pública, donde al parecer nuestro paciente presenta una conducta agitada que hace necesario su regreso al centro.

Tras el periodo estival reaparece una oposición a ponerse la ropa, incluso la íntima, dificultando la integración de X en las actividades cotidianas de la comunidad. Estos momentos de intolerancia a vestirse se alternan con momentos de aceptación. A nivel conductual se establece una intervención de refuerzo de las conductas adaptativas y la correcta discriminación de espacios funcionales. La conducta respecto a la ropa no solo no remite sino que se alterna con la destrucción sistemática de las prendas de vestir, por no ajustarse al color deseado, no corresponder con la prenda esperada, etc., según las propias verbalizaciones del paciente.

A finales del 2006 el equipo interdisciplinar valora en estos momentos y a la luz de los antecedentes del paciente la posibilidad de que éste se encuentre ante las puertas de una nueva crisis severa. El paciente se encuentra la mayor parte del tiempo desnudo, aislado parcialmente del resto de compañeros, presentando conductas autistas y vinculado a un solo estímulo sensorial (cintas de Manolo Escobar), con intensidad cada vez más frecuentes. En diciembre del 2006 se realiza un cambio de medicación y un seguimiento de la conducta del paciente.

Primer trimestre de 2007

A finales de enero de 2007 la alteración conductual se incrementa, adquiriendo mayores niveles de agresividad. Se aumenta la medicación ansiolítica. A principios de febrero se realiza un nuevo cambio de medicación y se aplica el siguiente plan de intervención conductual durante un mes:

- Acondicionamiento de un espacio libre de estímulos sensoriales donde se aísla al paciente

- “monitorización “horaria de las ABVD
- Atención diaria individualizada del auxiliar técnico educativo (A.T.E.) (15-30 minutos). Salidas a la sala de día durante 10 minutos en cada turno si accede a ponerse algo de ropa.
- Anticipación al paciente de los cambios de personal
- Entrevista familiar (hermana) y limitación de las visitas; acompañamiento técnico durante las mismas

Durante este periodo el paciente presenta oposición a las salidas del espacio “acondicionado” que alterna con episodios de manipulación de heces, más o menos frecuentes según el personal referente.

A principios de marzo se reinician traslados diarios por periodos de tiempo cortos a la sala común en la que el paciente se mantiene en una zona aislado del resto aunque se muestra tranquilo, en ocasiones contento y esporádicamente se acerca para contactar con sus compañeros de sala. En algunas ocasiones manifiesta rechazo a regresar a la sala “acondicionada”.

En abril se realiza la incorporación definitiva a la sala compartida. El paciente sigue sin participar de la actividad comunitaria fuera de la sala a causa de su negativa a vestirse.

Segundo trimestre 2007

Se agudiza la sintomatología hemorroidal, también hay indicios de acumulación de gases y restricción. Estas alteraciones fisiológicas producen un aumento de la conducta agresiva y de manipulación de heces. El paciente presenta disminución del apetito y lentitud en la ingesta. Aumentan las situaciones de agresión durante las visitas de la hermana.

Verano-otoño 2007

Durante el periodo vacacional, en el que la rotación de personal es frecuente, se reduce la medicación neuroléptica (6/7/07) para mejorar la situación de restricción intestinal. Se incrementa el número de episodios de manipulación de heces y las heteroagresiones, siendo en ocasiones necesaria la presencia de varias personas para contenerlo físicamente. De nuevo se mantiene al paciente aislado en su habitación durante la mayor parte del día. Se produce una nueva modificación de la pauta farmacológica (13/7/07).

En octubre el paciente empieza a aceptar la ropa interior básica y puede acceder al comedor comunitario, restableciendo parcialmente la dinámica natural de la

institución. La conducta adaptativa no se mantiene durante otros momentos del día y parece vinculada claramente al personal que lo atiende en cada periodo. La conducta disruptiva continúa durante las visitas familiares con episodios de hetero y auto agresión.

El 5/12/07 presenta la alteración conductual que ha necesario el ingreso hospitalario durante una de las visitas familiares. El paciente presenta agitación psicomotriz severa con auto/heteroagresiones a pesar de tratamiento de base, tras administración de mediación de rescate (olanzapina, haloperidol y diazepam) persiste mismos síntomas que hace necesaria la intervención de varios miembros del personal tanto interno como de la unidad de traslado, así como miembros del cuerpo de seguridad local (Guardia Urbana) se deriva a hospital general de tercer nivel. Desde allí es derivado a centro especializado psiquiátrico. Durante el ingreso permanece con contención mecánica, cuando se le liberaba de la contención continuaba presentando auto/heteroagresiones por lo que solo permanecía sin contención para la higiene los primeros días y según evolución se le libera para ingesta. Cuando ya no centraba su atención en estas actividades presentaba auto/heteroagresiones que obligaban a contener rápidamente. Se orienta como brotes psicótico autoagresivo y se inicia desde el ingreso cambios en el tratamiento farmacológico habitual.

Consideramos que la experiencia, aunque necesaria, puede resultar traumática para el paciente puesto que requiere el uso de la fuerza física en un momento en que el paciente presenta un estado mental de descompensación psicótica.

INTERVENCIÓN POSTERIOR AL INGRESO PSIQUIATRICO, atención individualizada

Situación inicial

Altado de centro psiquiátrico el 07/01/08. Se coordinó el reingreso a nuestro centro para asegurar las condiciones óptimas, tanto de presencia de personal como de recursos, que la situación del paciente pudiera requerir (sala individual, medidas de contención mecánica, etc.).

A su regreso Luís es trasladado a una sala didáctica que se habilita para uso individual, preparada con una cama y el menor número de estímulos posibles.

Para dar respuesta a esta situación crítica, el centro reubica temporalmente en otras salas didácticas a 6 usuarios que comparten el mismo espacio habitualmente.

Luís, recibe desde el día 08/01/2008, atención individualizada diaria, de 11:00 a 14:30 horas, el resto del día permanece aislado con supervisión.

Profesionales que participan en la intervención:

- Educador especializado (en el año 1995 realiza una intervención de similares características, con el mismo usuario, ante una situación de regresión mas intensa que la actual)
- Fisioterapeuta
- Psicólogo

Coordinando con otros miembros del personal como diplomados en enfermería, médico y servicios generales (limpieza

Dado su estado inicial de desorientación psicológica y emocional, precisa soporte extenso y generalizado en todos los ámbitos de su vida cotidiana.

Se observan dificultades de orientación espacial y percepción alterada del esquema corporal.

Presenta conductas auto/heteroagresivas, con alta frecuencia e intensidad.

Esta situación requiere adoptar medidas adicionales, de contención mecánica con el fin de evitar riesgos para su integridad física, la de las personas que interactúan con el y el entorno más inmediato.

La intervención tiene una duración de 3 semanas (de 08/01/2008 a 24/01/2008), fecha en la que pasa a compartir espacio comunitario con otros residentes.

Objetivo principal

- Recuperar la conexión del usuario con el entorno y él mismo.

Objetivos específicos

- Retirada progresiva de la contención mecánica.
- Socialización (compartir entornos con otros usuarios).
- Reducción de las conductas auto/heteroagresivas, disruptivas, desafiantes.
- Mejora en las habilidades de autonomía personal.

Pautas de actuación diaria

- Adaptación del entorno: se le ofrece a diario un entorno que le ofrece seguridad y estabilidad emocional.
- Estimulación visual: ventanas, luz natural
- Estimulación olfativa con aromas suaves.
- Anticipación verbal de los acontecimientos: siempre se habla al usuario y se le anticipan las actividades a realizar.
- Retirada de las sujeciones.
- Introducción somática. (Masaje con crema hidratante.)
- Sedestación-deambulación.
- Desvestir.
- Higiene personal.
- Aplicación de contenciones mecánicas. (si precisa).
- Alimentación.

Áreas de intervención

Fisiológica

Aunque el paciente presentaba antecedentes de trastorno de la función evacuativa, tras el ingreso muestra una mayor alteración de las funciones fisiológicas y de la auto percepción del esquema corporal., cabeza, extremidades, etc).

Luís presentaba incontinencia de esfínteres y requirió la utilización de pañales.

Debido a su irregularidad en el ritmo de las deposiciones, se administraron tres enemas.

- Dos en la cama, con contención mecánica las dos primeras semanas.
- Uno en el lavabo, la tercera semana. Desplazándose de manera autónoma.

Las intervenciones que se realizaron con Luís fueron dirigidas a reestablecer la normalidad en el funcionamiento de su organismo, esperando que ello permitiera a su vez una cierta regulación emocional y control de los impulsos. Para ello fue necesario el acompañamiento verbal (reeducación) de las funciones que tenían

lugar en el interior de su organismo y el contacto corporal (táctil) de las zonas que se estimulaban (abdomen, nalgas).

Metodología:

- Anticipación verbal. Con un tono de voz suave y tranquilo. Verbalizamos
- “Luís, te ayudaremos a hacer caca para vaciar la barriga y así puedas comer mas macarrones”- (su comida favorita).
- Masaje en el vientre, realizando movimientos en sentido circular (de derecha a izquierda) con presión y ritmo constantes.
- Higiene postural. Decúbito lateral izquierdo y flexión de EEII.
- Hidratación de la zona anal mediante la aplicación de crema hidratante.
- Soporte físico y emocional. Acompañamiento y verbalización por parte de los profesionales de mensajes con contenido tranquilizador.

Al finalizar se le aplica calor en el vientre, utilizando un cojín de semillas, a modo de refuerzo positivo.

Aunque se considera esta intervención altamente invasiva no resultó necesaria la administración de medicación sedante, antes, durante ni después de la intervención.

Durante las tres semanas de actuación, persistieron las conductas disruptivas en forma de manipulación de heces, defecaciones en cama, suelo...

Alteraciones de conducta

En cuanto a las agresiones los 4 primeros días, al realizar la intervención de la retirada de sujeción el usuario presentó auto agresiones. (meterse la mano en la boca hasta provocarse el vomito, se golpear su cabeza contra el hierro de la cama).

Las heteroagresiones aparecieron en forma de golpes con el puño cerrado, arañazos y patadas al retirar la contención mecánica de sus tobillos. No obstante disminuyó la intensidad en los 3-4 días sucesivos.

En la intervención con el usuario no se le regaña ni se le castiga, (el siempre pide el castigo). Sólo se reconduce la conducta y serenamente se le dice “esto no Luís te haces daño” o “esto no Luís me haces daño, me estas haciendo daño”

Debido al prolongado periodo en el que se mantuvo con contención mecánica durante el ingreso psiquiátrico, el paciente presentaba una cierta habituación a la sujeción y solicitaba que se le volviera a colocar. Consideramos que además de una medida para impedir el daño propio o ajeno, la contención mecánica le

proporcionaba una experiencia de “seguridad”, de mantenerse “sostenido”, tanto externa como internamente.

Frecuencia y tipo de los episodios de alteración de conducta:

Las heteroagresiones eran en forma de puñetazos, arañazos y patadas dirigidos principalmente al A.T.E y fisioterapeuta, de aproximadamente 5 minutos de duración e intensidad elevada los primeros días y más suaves según fue evolucionando.

Los profesionales que participaban en estas intervenciones iniciales eran el A.T.E. referente, fisioterapeuta y psicólogo.

El desencadenante de la agresión era retirar la contención mecánica. Los profesionales implicados intentaban evitar la agresión y tranquilizar al paciente mediante contención verbal. Todo ello manteniendo un ambiente tranquilo y silencioso.

Finalmente la agresión cedía al aplicar nuevamente la contención mecánica. La evolución favorable permitió prescindir de este tipo de contención y paralelamente fueron disminuyendo las agresiones.

Comunicación y bienestar emocional

En un principio Luís, reaccionaba con negatividad y bloqueo emocional, ante la presencia e intervención de los profesionales que le atendían.

Se realizó una intervención somática de distal a proximal (corporal), al tercer día se incorpora el masaje en tórax y espalda.

El objetivo de esta intervención era la retirada progresiva de la contención mecánica. Para ello era necesario que previamente Luís pudiera sentirse seguro sin la sujeción.

Se utilizó la técnica de masaje infantil Xantalá. Esta técnica fue escogida por favorecer la experiencia de seguridad en los infantes.

Mientras se realiza el masaje corporal con el usuario se mantenía el contacto físico con su cuerpo, de lo contrario Luís se mostraba desorientado y se apreciaba un aumento del nistagmus.

El masaje es un componente de su agrado, además su piel estaba totalmente deshidratada, descamada y sus manos muy hinchadas. Así se trabajó a diario la percepción del cuerpo y la comunicación no verbal.

En todas las sesiones se utiliza la reminiscencia (memoria a largo plazo), aportando datos y situaciones de manera verbal que evoquen sus recuerdos positivos. -

ATE.: A Luís, le gusta la música, quien te gusta Luís?....

LUÍS.: Manolo Escobar.

ATE: A Luís le gusta la sopita, macarrones, roscos, puré...

De la misma manera se le hablaba de sus familiares directos, de sus educadores referentes y se introdujo la figura de la cocinera, llamándola desde la sala y preguntándole por el menú. La cocineras del centro son personas importantes en la vida de Luís, dada la intensa relación de éste con la comida y el acto de comer. A partir del cuarto día Luís, se mostraba más tranquilo y receptivo. El séptimo día de la primera semana del alta, se observó un aumento de la comunicación verbal y su estado emocional era más normalizado.

Ese mismo día tras haber comido, siendo la hora de regresar a la cama, para colocar la contención mecánica, el paciente se abrazó al A.T.E., llorando intensamente expresando su estado emocional.

Se le respeta este espacio físico y emocional para que el usuario pueda expresarse con total libertad. La situación se resuelve tras 5 minutos de llanto, cuando el usuario hace la demanda de escuchar música.

Toda esta intervención fue dirigida a recrear la experiencia de seguridad, a través del cuerpo y hacia la recuperación de su mente. Durante todo el proceso se realizó un acompañamiento terapéutico en el que el A.T.E. se mostraba como alguien que podía sostener su dolor (como un recipiente sostiene un líquido voluble, sin forma) y ayudarlo para que no se desbordara. La pequeña pero progresiva experiencia de seguridad que Luís iba experimentando a través de estos cuidados continuos, la comprensión y la ternura permitieron que pudiera exteriorizar una emoción intensa pero más fácil de recoger para el A.T.E.

A partir del séptimo día su estado emocional era lo suficientemente estable como para decidir dejar al usuario sin contención, siempre bajo la observación y constante valoración del equipo de profesionales.

Habilidades motrices

El primer día no resultó posible la deambulacion por presentar mareo y necesitar soporte físico de un profesional para mantener la sedestación en cama durante 5 minutos.

El segundo día se incorporó en la cama durante 10 minutos y se comienza a trabajar la deambulación por la sala.

Ante la negación a salir de la cama, se le ofreció un objeto (manta), que le daba seguridad. (un objeto referente, significativo para él).

Este mismo ejercicio se repetía con una frecuencia diaria.

En esta situación resultaba necesario el soporte físico del A.T.E. y del fisioterapeuta, para garantizar su equilibrio.

Al tercer día la duración de la deambulación de la cama al lavabo y la realización del aseo personal, es de 45 minutos. Durante este periodo se observa una tendencia a la pérdida de estabilidad. Presenta agitación motriz y demanda regresar a la cama de manera insistente.

El octavo día, ante la negativa a incorporarse y abandonar la cama, se introdujo un juego con su objeto referente.

Una vez en bipedestación le resultaba difícil la deambulación de manera autónoma. Aparece fatiga física tras 45 minutos de deambulación (cama-lavabo, lavabo-sala) y él mismo se dirigía a la cama.

El décimo día no precisó el soporte físico de los profesionales y su deambulación era ya totalmente autónoma.

Autonomía Personal (ABVD).

El afeitado es la primera actividad de contacto somático-corporal con el usuario, donde siempre se acentuaba la pronunciación de su nombre y el nombre del A.T.E.

En cuanto a la *alimentación*, desde el primer día fue necesario ofrecer soporte intensivo en la alimentación.

Comida:

- El primer y segundo día, apareció resistencia a la ingesta de alimentos. (regurgitación, negativismo, escupe el alimento), al permanecer con contención mecánica fue necesario darle la comida.
- A partir del séptimo día la resistencia en la ingesta de alimentos cesó y realizó la comida sentado en la silla con guía manual por parte del A.T.E.
- Presentaba en estos momentos grandes dificultades para llevarse la comida a la boca y dificultades de coordinación viso/motriz.
- El Octavo día requirió guía gradual por parte del A.T.E.. El usuario, se

esforzaba por comer él solo y presentaba dificultades para realizar una prensión de calidad con la mano-cuchara y en la coordinación viso/motriz.

- La última semana de intervención individual sin contención mecánica Luís ya comía solo. Se observó una evolución positiva en la coordinación viso/motriz y la calidad de la prensión. Sin embargo se mantuvieron conductas disruptivas y desafiantes (tirar el plato, levantar la mesa, verbalizaciones “¿lo tiro? ¿lo tiro?”).

Referente al *vestirse* la primera semana el usuario llevaba pijama mientras estaba encamado y contenido. Tras realizar el aseo básico se le colocaba un pijama limpio y de nuevo la contención mecánica.

Ofrecía resistencia física al ponerle la ropa pues él prefiere no llevarla y la rechaza. No obstante y debido al mal estado de su piel, se consideró necesario ponérselo.

La segunda semana no se le colocaron contenciones y durante la acción de vestir/desvestir, aparecieron conductas destructivas hacia la ropa (pijama). En esta situación se priorizó su bienestar emocional sobre el hecho de no vestirse.

Por lo que se refiere a la *higiene*, los 3 primeros días se realizó aseo básico en la cama, extremando las precauciones ya que se le retiraba la contención durante esta actividad.

Los tres siguientes días se le sentó en la silla de ducha y se le condujo a un aseo cercano. En la ducha presenta: auto/heteroagresiones, agitación motriz y ansiedad por lo que se decide regresar a la cama.

El séptimo día presentó una buena actitud en la ducha lavándose él solo con la manopla y a modo de juego se lavó la cabeza, el brazo, la barriga, los pies y las piernas.

La última semana de intervención individual y sin contención mecánica presenta un aumento en la colaboración en la actividad de la ducha.

Ocio

El cuarto día el usuario estaba más receptivo y se decidió ponerle música relajada durante un periodo de 60 minutos.

Ofreció una respuesta adaptada, se relajándose y quedándose dormido.

El quinto día manifiesta la demanda verbal del estímulo (música) y desde este instante se pauta la ambientación musical 1h/día.

La segunda semana se le introdujo el juego con distintos objetos: pelota Boobath y pelotas de mano.

El juego consistía en lanzar la pelota al usuario y éste devolverla a su educador.

Nuestro objetivo era intentar que el usuario poco a poco abandonara la cama y ampliara su espacio de interacción.

Familia y relaciones sociales

La segunda y la tercera semana, se introdujeron las visitas dentro de su entorno con otros educadores y con su familia.

Fuera de su entorno se realizaron visitas acompañadas a usuarios de otras salas terapéuticas y en otros espacios del centro como el gimnasio.

Ofrece resistencia en los cambios de espacio, debido al miedo e inseguridad que le provoca.

Posteriormente y en el momento en que las visitas familiares pudieron realizarse en un espacio adecuado para ello, se realizó durante ocho semanas un acompañamiento terapéutico por parte de la psicóloga del centro, con el objetivo de regular las ansiedades de ambos durante el encuentro.

INCORPORACIÓN EN LA NUEVA SALA PSICOEDUCATIVA (I – J)

Durante los primeros días del cambio de sala didáctica permanece en su habitación aislado excepto para la higiene.

Una vez que se tomó la decisión de incorporar al usuario a la sala didáctica I-J, el objetivo fue integrarlo en todas las actividades, lo que comprendía básicamente las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) como también actividades de ocio. Para lograrlo se plantearon dos objetivos:

- Que el usuario llevara una prenda de vestir, en específico ropa interior
- Reducir los trastornos de conducta que impidieran la convivencia con los demás usuarios, en éste caso el juego con las heces y las heteroagresiones(a personas y objetos), autoagresiones.

Es importante destacar que las intervenciones utilizadas fueron básicamente el “Time Out” (T.O.), la “Contención Física” (C.F.), la “Contención Verbal” (C.V.) y la “Contención Emocional” (C.E.).

Antes de que el usuario ingresara a la sala, y de utilizar las intervenciones antes expuestas, primero se hizo un programa de preparación, que consistía en sacarlo de su habitación, para asearlo, puesto que allí satisfacía sus necesidades fisiológicas. En éste punto se trabajó en coordinación con el personal de limpieza, la forma de trabajar era la siguiente:

1. Se sacaba al usuario de la habitación, invitándolo a las duchas, quién aceptaba sin muchos problemas.
2. Una vez en las duchas el personal de limpieza aprovechaba para limpiar su habitación, también allí se le daba de comer, no comía sólo.

Como no quería salir de su habitación, se comenzó por invitarlo a beber agua y “a hacer un pipi” al lavabo, aquí el recurso utilizado era la C.V. Al principio no aceptaba, por lo que se le contaban chistes, se le hacía reír, una vez que cambiaba su humor la higiene diaria.

Por circunstancias de organización del centro fue preciso realizar un cambio de habitación que se aprovechó para introducir al usuario por breves espacios de tiempo en la sala. Asistía a la sala didáctica desnudo, puesto que no aceptaba ninguna prenda de vestir. También se les presentaba a los demás usuarios, su interrelación con los otros usuarios era bastante aceptable, se mostraba cariñoso, los saludaba con un abrazo y un beso, sin embargo mostraba un notable apego al A.T.E.

Ésta intervención duró aproximadamente casi un mes, a medida que transcurría el tiempo se incrementaba el tiempo de estancia en la sala y también se le ponía una condición, que era la llevar una prenda de vestir. Un calzoncillo. Este procedimiento duró hasta que soportaba todo el turno de la mañana y de la tarde. Durante éste proceso, cada vez que presentaba una crisis heteroagresiva hacia el cuidador o compañeros, se recurría a la C.F. y posteriormente al T.O., se le aislaba en el servicio bajo estricta supervisión.

En esta sala mantuvo su objeto de referencia (manta) y una ubicación concreta en la que se él se sentía cómodo.

Alimentación

La comida para el usuario fue un reforzador importante. En un primer momento, la comida se le daba en su habitación. Según evolucionaba su estado se cambió el sitio en donde comía. Primero se realizó en la sala y por último aceptó ir al comedor común. Es importante destacar que para comer en la sala o en el comedor, se le exigía una condición importante, llevar una prenda de vestir que cubriera los genitales (posteriormente se condicionó también el calzado). En la sala y en el comedor comía de forma autónoma. En su habitación en ocasiones era preciso darle de comer porque no lo hacía por iniciativa propia.

Siempre que presentaba una crisis en el comedor, relacionada más que todo con el juego de heces, se recurría a la C.F. y se le dejaba en el lavabo. Se le invitaba a duchar recurriendo a la C.V. y a la C.E. En ocasiones se sentía triste por lo que después de la ducha, se le abrazaba y siempre se le recordaba que no se le estaba castigando. Una vez hecho esto, se le reincorporaba en el comedor para que terminara de comer.

Cuando se llevó a cabo la transferencia de sala didáctica su dieta era de consistencia triturada por dificultades en la deglución; al mejorar su estado se retomó dieta habitual de consistencia blanda.

Eliminación

El usuario continuaba presentando problemas de estreñimiento importantes, por lo que había que administrarle un enema. Para ello era necesario sacarlo de la sala didáctica, recurriendo en una primera instancia a la C.V., siempre informándole que era necesario. Éste aspecto fue muy delicado tanto para el usuario como para el A.T.E.

La conducta de manipulación heces podía interpretarse de tres maneras:

- la primera como una demanda de atención,
- la segunda podía ser una real necesidad de evacuar,
- y la tercera como una manifestación de desagrado hacia algo.

Mientras el usuario permanecía en su habitación y desde que se le incorporó en la nueva sala, cualquier conducta relacionada con el juego de heces era restringida a un aseo diferenciado en el que él pudiera realizar dicha función en ausencia de otros usuarios. Sí no aceptaba se recurría a la C.F. hasta llevarlo a el lavabo, allí se le aplicaba, y luego se le sentaba en el water, se le dejaba sólo, bajo supervisión intermitente, usando la C.V. y la C.E., se le preguntaba cómo iba, si ya había terminado, hasta que surtiera efecto el medicamento.

La intervención consistía en aislarlo en el lavabo hasta que cesara la alteración conductual. El aislamiento era bajo supervisión intermitente de 10 minutos, una vez que el nivel de agresividad bajaba, se le proponía ducha, que por lo general aceptaba. Una vez realizada la higiene, se le incorporaba a su habitación (mientras permanecía en ella) o a la sala (cuando se le incorporó).

Siempre jugaba con las heces y en ocasiones presentaba coprofagia. Ésta era una situación violenta para él, por lo que en ocasiones el acompañamiento era importante.

Cuando era preciso aplicarle un enema (varios profesionales ayudaban a realizar esta técnica debido a la resistencia que presentaba el paciente) también era necesario aislarlo en el lavabo hasta que fuera efectivo. Antes de la aplicación del enema en el lavabo, se retiraban todos los objetos que pudieran hacerle daño, luego se le encerraba en el lavabo y se le hacía saber que no estaba sólo, inclusive, se entraba dentro del lavabo con él cuando no se mostraba violento. Se le contaba chistes, inclusive chistes relacionado con los malos olores provenientes de las heces. También se le cantaba canciones, todo con la intención de reducir al máximo cualquier vestigio de violencia, para que pudiera ducharse e incorporarse a la sala. Es importante destacar que luego de cada ducha siempre se le abrazaba y se le recordaba que no estaba castigado.

Se prescribió pauta farmacológica de diazepam si precisaba para administrar antes del enema, valorando cada día el estado del paciente. Finalmente se concluía todo este proceso con una ducha.

Los episodios de comportamientos más regresivos relacionados con la función evacuativa se producían con una frecuencia de dos o tres veces al día en los primeros meses de su reincorporación al centro, hecho que implicaba un elevado desgaste físico y emocional para el personal que lo atendía.

Para efectuar ésta intervención, se trabajó conjuntamente entre el A.T.E, el personal de limpieza y el personal técnico cuando se encontraba presente (fisioterapeuta y psicóloga).

Evitar peligros

Es importante destacar que el usuario en condiciones estables, pocas veces realizaba acciones que atentaran contra su propio bienestar, salvo algunas autoagresiones que consistían básicamente en una demanda de atención y que se limitaban con contención verbal. Durante esta fase de su recuperación el usuario siempre permaneció bajo supervisión continua. La tendencia siempre fue hacia el aislamiento.

En la etapa preparatoria no quería salir de su habitación, por lo que crear un vínculo de confianza hacia el A.T.E. era importante, la C.V. y la C.E. fue determinante. Se le invitaba a salir de una manera cordial, el contacto corporal también hizo mucho, se le besaba y abrazaba.

Algunas técnicas invasivas (como la administración del enema) podían considerarse de riesgo ya que su manera de mostrar resistencia era mediante autoagresiones o heteroagresiones.

Cuando se le introducía en la sala para un primer reconocimiento, siempre iba de la mano del A.T.E.. Con el transcurrir del tiempo, ubicaba un espacio en la sala, por lo general sólo, dónde no tuviera a nadie cerca, buscaba una manta para taparse y se ubicaba en la sala contigua, en dónde había una cama.

Se procedió de la siguiente manera:

1. Se sacó la cama y todos los asientos se ubicaron dónde se encontraban la mayor parte del tiempo los demás usuarios y el A.T.E.
2. Sí permanecía sólo el A.T.E. lo cogía de la mano y lo incorporaba en el espacio dónde estaban los demás. Allí él escogió un sillón, el cual él podía mover a su antojo.
3. La tendencia era ubicarlo en el lavabo de la sala, dónde podía permanecer sólo. Se optó por sacar el sillón y ubicarlo dentro de la sala diciéndole que ese sitio era de él y se le invitaba a sentarse, poco a poco fue asimilándolo

4. También se le daba una manta para que se tapara del frío.

La C.V. era igual que para la ducha, se recurría al chiste para crear un estado emocional alegre. La C.E. también, sí se ubicaba en el espacio escogido para él se le reforzaba diciéndole que lo hacía muy bien y se le daba un abrazo. Si no le gustaba, se le daba la libertad de que escogiera un espacio para él, siempre y cuando estuviese con los demás usuarios, esa conducta era reforzada corporal y verbalmente (un abrazo y la frase, lo has hecho muy bien).

En cuanto a posibles agresiones por parte de otros usuarios Luís ha podido defenderse comunicándolo al A.T.E. referente.

Necesidad de comunicación y sociabilidad

En muchas ocasiones, el juego con heces, las heteroagresiones y las agresiones hacia los objetos eran una demanda de atención, qué muchas veces significaban algún malestar, bien sea físico o emocional, el primero relacionado con su problema de estreñimiento y el segundo por motivos de seguridad, en el sentido de demandar compañía y atención.

La comunicación de Luís en este periodo giraba en torno a tres temas:

El primero relacionado con el juego de heces, que consistía en mostrar sus manos manchadas, bien sea para que se le llevara al lavabo, para ser duchado, o para manifestar algún desagrado hacia alguna situación o por absoluta necesidad fisiológica. Se recurría a la C.F. para llevarlo al lavabo, allí se le acompañaba hasta que terminara de satisfacer su necesidad, en ocasiones pedía que se le dejara sólo. Cuando surgía algún evento agresivo, se recurría a la C.V. y a la C.E. se le preguntaba qué le pasaba, se le decía que no estaba sólo, o a veces sencillamente se le daba un abrazo o se le pedía que diera un abrazo al cuidador, esto con el objetivo de desvanecer la conducta disruptiva. El acompañamiento terapéutico en la regularización de las funciones fisiológicas así como el uso de la negociación y la tolerancia ante ciertas negativas del usuario permitieron que paulatinamente cesara la actividad manipulativa, presentándose actualmente de forma muy ocasional.

El otro tema era la comida. Se optó por informarle lo que iba a comer, nombrando palabras relacionadas con alimentos manifiesta un estado emocional positivo, y establecía una relación satisfactoria con su A.T.E.

Por último, cuando verbalizaba que quería escuchar a *Manolo Escobar*, o nombraba la habitación, implicaba la necesidad de estar sólo y aislado.

Por lo que se refiere a la comprensión comunicativa Luís mantuvo la capacidad de atender y llevar a cabo instrucciones sencillas.

En cuanto a las relaciones sociales durante las primeras incursiones en el nuevo espacio no quería convivir con sus compañeros y él mismo se aislaba en la sala anexa (J). Comenzó a delimitar su espacio, por lo que no permitía que se le acercaran mucho los demás compañeros, empujaba a otros usuarios cuando se sentaban en su sillón, también otros usuarios delimitaban su espacio, así que poco a poco, comenzó a aprender en dónde podía ubicarse y en dónde no. Cuando era agredido por otro usuario, lo comunicaba perfectamente con un lenguaje verbal muy básico. La delimitación de su espacio, fue un fenómeno autogestionado, la intervención del A.T.E. sólo se limitó a impedir cualquier agresión a través de la C.F.

Los profesionales realizaron un trabajo de acompañamiento durante todo el proceso de adaptación. Se utilizó el estímulo social positivo, el contacto con el A.T.E, que era requerido voluntariamente por Luís, como condicionante para su inclusión en el grupo con el resto de usuarios. Su programa individual contemplaba que para compartir espacio con resto de usuarios además debía ir vestido como mínimo con la ropa interior. El ATE referente realiza un importante trabajo de concienciación hasta que Luís accede a vestirse con ropa interior.

Movilidad

La movilidad del usuario en la fase preparatoria era muy limitada, apenas podía caminar bien. Posteriormente a medida que fue integrándose en la sala fue recuperando poco a poco el caminar erguido. Toleraba bien la sedestación, bien sea en el suelo, en la cama o en la silla. En ocasiones adoptaba posturas corporales complejas (piernas cruzadas y tronco inclinado hacia delante). Mantiene la autonomía para la marcha.

Las salidas al comedor y al patio ayudaron mucho, puesto que suponía poner en marcha mecanismos adaptativos, como el buscar un sitio en la sala, trasladarse al comedor, sentarse, mover el sillón, etc. Cada vez que el usuario movía el sillón dentro de la sala con los demás usuarios se le reforzaba verbalmente diciéndole que lo había hecho muy bien. Cuando llevaba el sillón al lavabo o a la otra sala, sencillamente, se cogía el sillón y se ubicaba dentro de la sala y se le pedía que se ubicara en su sitio.

Dormir y descansar

Nunca presentó problemas importantes de sueño durante el proceso de adaptación en la sala didáctica, retomando rutinas habituales previas a la situación de crisis.

Debido a la medicación y a su estado emocional, el usuario solía dormir con frecuencia, sobre todo en la fase preparatoria cuando se encontraba en su habitación, por lo que en ocasiones se le despertaba para que fuera al baño “a hacer un pipi” (C.V.). Después, cuando ya se encontraba en la sala, también solía quedarse dormido en la cama. Una vez que se sacó la cama, y se le incorporó junto a los demás usuarios, comenzó a mostrarse más activo, dormitaba por breves momentos, pero después despertaba.

Para la hora de la cena, una vez que terminaba de comer, pedía que lo llevaran a su habitación, antes de ir a la cama, se dejaba asear la boca, se desvestía y se le llevaba a la cama.

Vestir y desvestirse

Dados sus antecedentes de intolerancia a ningún tipo de ropa (presentando conductas de destrucción del vestuario) se trabajó desde el principio que aceptara como mínimo una prenda íntima para poder acceder a espacios comunes del centro. Este trabajo consistió en insistir diariamente en la actividad de vestirse pero respetando su negativa a ponerse prendas que cubrieran la zona torácica y las extremidades. Las intervenciones que forzaban físicamente al paciente a ponerse la ropa desencadenaban una alteración conductual con episodios de heteroagresiones y manipulación de heces.

En la fase preparatoria, el usuario permanecía desnudo, puesto que el objetivo principal era incorporarlo a las ABVD. Una vez que empezó a permanecer en la sala, después de ducharlo por las mañanas se le daba a escoger entre un calzoncillo de color llamativo y uno oscuro, siempre escogía el de color oscuro, por lo que poco a poco, solamente se le daba el calzoncillo de color oscuro, el cual aceptaba sin problemas. Cada vez que hacía un amago de quitárselo, se aplicaba la C.V. diciéndole que no podía estar en la Sala sin ropa, a veces se los bajaba, o sencillamente se los quitaba, por lo que se le devolvía a su habitación, esto duró poco, pues logró asimilar la estancia y los beneficios de permanecer en la sala, más que todo por que permanecer en ella, representaba poder ir a comer.

Actualmente este objetivo está conseguido y se sigue trabajando para incorporar más prendas de vestir.

En muchas ocasiones el usuario asistía a la higiene de sus demás compañeros de Sala, por lo que observaba cómo se vestían. El hecho de que se colocara calcetines y zapatos, se produjo vicariamente, eso sí, los calcetines tenían que ser blancos al igual que los zapatos.

Hay que destacar que el usuario poseía la capacidad de desvestirse y vestirse sólo, además de atender y entender instrucciones. Por lo que después de las duchas sólo se le entregaba el calzoncillo y se lo colocaba. También antes de dormir, se le pedía que se quitara la ropa, y lo hacía sin problema.

Higiene

Se intentó convertir la ducha en un momento agradable para él a través del juego y de la música. Potenciando el diálogo con el A.T.E y reforzando el esquema corporal. Para esta actividad necesita la colaboración del profesional.

Durante las duchas, antes en la etapa preparatoria, en ocasiones se recurría a la música, se le ponía en el equipo de música una cinta de Manolo Escobar. Posteriormente, se fue retirando y se recurría a la C.V. y a la C.E. Se le contaba chistes, se le decía que había que bañarse para que pareciera un rey, también se le cantaba. Todo orientado hacia un clima relajado, buscando el buen humor, para producir en él la risa. Al finalizar la ducha, se le daba un abrazo y se le invitaba a la sala. Ésta intervención era idónea para que el momento de la higiene personal no representara un tedio, sino más bien algo positivo, también para que entrara en Sala con una predisposición adecuada.

Para la higiene bucal, se recurría a la C.V. y a la C.E., se le llamaba de forma graciosa para que se acercara al lavabo de los dormitorios en la fase preparatoria y después al lavabo de la Sala en la fase posterior. Mientras se le cepillaban los dientes, se le cantaba, luego del lavado se le daba un abrazo y se le ubicaba en su sitio en la sala o se le llevaba a su habitación según la hora y el momento del cepillado (si era después de la comida, a su “sitio” en la sala. Si era la hora de la cena, a su “cama”). La higiene bucal en la fase preparatoria, estaba determinada por su estado emocional, si estaba agresivo, no se llevaba a cabo, si se encontraba en un estado emocional neutro o de buen humor, se realizaba la higiene bucal.

Ocio

Las actividades de ocio que se plantearon una vez que el usuario permanecía en la sala era la de escuchar música, ver televisión y salir a dar un paseo al patio de la residencia.

Una actividad de ocio importante para él es escuchar a Manolo Escobar. No obstante fue necesario contextualizar esa actividad, ofreciéndosela en momentos precisos para regular el excesivo aislamiento que producía en él si se prolongaba en exceso. El usuario solía pedir escuchar a Manolo Escobar, para ello se recurría a la C.V. diciéndole que hay otras canciones, por lo que empezó a colocarse música de relajación, la cuál es usada para algunas de las actividades diarias de la sala. A veces no se entraba en discusión con el usuario y sencillamente se ponía la radio, o cualquier otro tipo de música. Ésta intervención fue asimilada rápidamente por el usuario.

Se recuperó paulatinamente la participación en las actividades psicoeducativas programadas como por ejemplo la actividad de audiovisuales, (ver películas y hacer merienda), que implicaba además un cambio de espacio. La actividad de audiovisuales, siempre estuvo asociada con la comida, ya que suele hacerse una pequeña merienda. Ésta actividad fue asimilada sin relativos problemas pues implicaba no quedarse sólo en la sala además de presentar un reforzador importante para él como lo era la comida. Cuando presentaba una alteración de conducta se recurría a la C.F. o a la C.V. La primera si tenía que ver con el juego de las heces, se le llevaba al lavabo hasta que finalizara su necesidad fisiológica y luego se reincorporaba a la sala de audiovisuales. Cuando se mostraba agresivo con algún compañero o golpeaba algún objeto, se le decía que no estaba sólo, que pronto se le iba a dar la merienda, la conducta disruptiva remitía rápidamente. Otra actividad que le proporciona bienestar es llamar a cocina para conocer el menú diario.

Por último los paseos al patio de la residencia implicaban dos condiciones importantes:

- La primera era la existencia de buen tiempo, por lo que se restringió a las temporadas de Primavera y Verano, ya que el usuario llevaba poca ropa, era necesario la aplicación de protector solar.

- La segunda condición era el nivel de confianza que tenía con el A.T.E., sí el usuario no se sentía confiado con algún él, sencillamente no bajaba al patio.

La C.E. y la C.V. también fueron importantes; se le invitaba a bajar, buscando producir en el usuario el buen humor, diciéndole chistes, que íbamos a dar un paseo, cuando accedía a bajar se le llevaba de la mano, hasta que poco a poco iba sólo. La tendencia comportamental del usuario fue muy parecida a la que tuvo en la sala, en el sentido de buscar un lugar en patio donde se sentía cómodo, para ello necesitaba de una silla (elemento que se incorporó cuando se iba a bajar al patio) y se colocaba bajo el sol.

Estado de ánimo

El estado de ánimo en la fase preparatoria era fluctuante entre agresivo y temeroso. Sobre todo al momento de la administración de los enemas era un momento crítico, por lo que las intervenciones relacionadas con la C.F., C.V. y la C.E. siempre estuvieron orientadas hacia la búsqueda de un cambio de humor en el usuario. En ocasiones muy específicas el usuario también se mostró triste, por lo que el contacto físico, a través de abrazos contribuyó a estabilizarlo. Una vez que permanecía más tiempo en la sala, su estado de ánimo pasó a ser más estable, inclusive a mostrarse de buen humor, haciendo pequeñas gracias para producir la risa del A.T.E.

Las emociones en términos generales que podían presentarse durante el proceso de adaptación a la sala didáctica se resumían en tres estados de ánimo muy básicos relacionados con tres situaciones muy específicas:

- La comida y la higiene para él representaban un reforzador importante, se relacionaban con estados emocionales agradables.
- El juego con heces se asociaba más con estados emocionales negativos como la ira y la tristeza y la frustración. La intervención integral sobre Luís ha permitido que dichos sentimientos negativos disminuyan y se han producido cambios en el modo en que se expresaban, a favor de la comunicación verbal.
- Las conductas adaptativas relacionadas con la exploración del entorno tenían que ver más con el miedo. La intervención consistió en cambiarlas por otras, como audiovisuales y salidas al patio exterior. La salida al patio se hizo rápidamente, puesto que había un nivel de

confianza importante con el A.T.E. al principio, realizó actividades explorativas, hasta que pudo encontrar un lugar de su agrado, para ello necesitaba una silla y un lugar en dónde hubiera sol. Es importante aclarar que éstas salidas al patio sólo podían realizarse durante las estaciones de primavera y verano, ya que el usuario no tolera vestimenta

Actualmente Luís está estable, manifiesta alegría, busca socialización y contacto con todos los profesionales. Demanda contacto físico emotivo.

En general podemos afirmar que su evolución anímica desde el alta psiquiátrica es positiva.

Familia

Las visitas familiares las vive como una fiesta. Tienen lugar dos veces por semana y el intercambio afectivo se produce especialmente alrededor de la comida. No obstante se han ido recuperando otras forma de afecto entre Luís y su hermana (besos, abrazos). Se realiza un trabajo de creación del recuerdo conversando con él acerca de lo que ha tenido lugar durante la visita y que él es capaz de evocar de forma espontánea.

En estos momentos es capaz de anticipar las visitas familiares preguntando por su hermana o pidiendo directamente “que venga María”.

BIBLIOGRAFÍA

- ASOCIACIÓN AMERICANA DE RETRASO MENTAL. **“Retraso mental: Definición, clasificación, y sistemas de apoyo”**. (9ª ed.). Washington, DC: Asociación Americana de Retraso Mental.1992
- COREN, S. y Otros. **“Sensación y percepción”**. MacGrawHill ediciones. 5ª reimpresión. México, 2001.
- COROMINAS, J. **“Defenses autístiques en els psicòtics: Estudi i aplicacions en psicoteràpia i psicopedagogia”**. Revista Catalana de Psicoanàlisi, 1985.Vol.II/Núm.2,pp.255-270
- COROMINAS, J. **“Aplicacions de psicopatologia analítica a la pedagogia del subnormal”**. Revista Catalana de Psicoanàlisi, 1984.Vol.I/Núm.2,pp.95-116
- COROMINAS, J i colaboradores. **“Comprendre el psiquisme primitiu, com ens ajuda?”**. Revista catalana de Psicoanàlisi , 2005, Vol XXII/1-2.
- DE WALL, F. **“El mono que llevamos dentro”**. Ed Tusquets, 2007
- DONLON, E.T., FULTON-BURTON. L. (1989). **“La enseñanza de los deficientes mentales severos y profundos”**. Un enfoque práctico. Madrid Siglo XXI.
- LEBOYER F. **“Xantalá ‘un arte tradicional: masaje’ del infante”**. Altafulla. Barcelona 1993.
- NOVELL ALSINA R., RUEDA QUILLET P., SALVADOR LL. **“Salud mental y alteraciones de la conducta en personas con discapacidad intelectual”**. FEAPS (Federación española de organizaciones con discapacidad intelectual).
- SIEGEL, D. J. y HARTZELL, M. **“Ser padres conscientes”**. Ed. Vitoria-Gasteiz, 2005.
- VIETA, F. **“Espacio-Tiempo Mental: Más allá de la relación”** Clínica e investigación relacional. Revista electrónica de psicoterapia Volumen 1 - Nº 1 - Junio 2007.
- VILAGUT MACIÀ, P. **“Una experiencia docente con niños autistas. Una experiencia de relación (una aplicación del psicoanálisis)”**, Clínica e investigación relacional. Revista electrónica de psicoterapia Volumen 1 - Nº 2 - Diciembre 2007.

AUTORES:

M Mercedes Escudero Hernández, diplomada en enfermería.

M Carmen Molina Aguado, auxiliar técnico educativo.

Antonio Medina Espinoza, auxiliar técnico educativo.

Cristina Casanovas González, auxiliar técnico educativo.

Mercè Ferriz Gil, licenciada en psicología.

Xhavier Velasquez Patiño, auxiliar técnico educativo.

Residència Josep Mas i Dalmau

Calle Sant Martí de l'Erm, 34. 08970 - Sant Joan Despí. Barcelona

Tel. 93 477 17 10 Fax. 93 477 13 75. Correo electrónico: residencia@masdalmau.com

