

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

El papel del psicólogo en el programa de terapia ocupacional del Hospital Psiquiátrico de Morelia

Autor: Inés Alveano Aguerrebere

**Informe presentado para obtener el título de:
Licenciado en Psicología**

**Nombre del asesor:
Jesús Antonio Alveano Hernández**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar, organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación "Dr. Silvio Zavala" que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo "Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada", se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.





UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA
FACULTAD DE PSICOLOGIA

**“El Papel del Psicólogo en el Programa de Terapia
Ocupacional del Hospital Psiquiátrico de Morelia”.**

INFORME DE SERVICIO SOCIAL

Que para obtener el título de

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

presenta:

Inés Alveano Aguerrebere

Director de Tesis

DR. JESUS ANTONIO ALVEANO HERNANDEZ

Clave: 16PSU004J
RVO 020 SEP

Morelia, Michoacán.
Agosto de 2003



2003
O ZAVALA

T290



UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**“El Papel del Psicólogo en el Programa de Terapia
Ocupacional del Hospital Psiquiático de Morelia”.**

INFORME DE SERVICIO SOCIAL

A mis p. Que para obtener el título de

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

presenta:

Inés Alveano Aguerrebere

Director de Tesis

DR. JESUS ANTONIO ALVEANO HERNANDEZ

Clave: 16PSU004J

RVO 020 SEP

Morelia, Michoacán.

Agosto de 2003



INDICE

INTRODUCCION	2
Justificación	2
Objetivos	4
Limitaciones	5
CAPITULO I. Marco Teórico	6
1. Antecedentes	6
2. La fantasía	7
3. La primera realidad	8
4. Socialización	9
5. Relación profesional vs. familiar?	10
6. La planeación y el enfoque educativo	10
7. Tipos de aprendizaje	11
8. Factores de la creatividad	12
9. El facilitador	13
10. La Terapia	14
10.1 Terapia ocupacional	17
10.2 Terapia deportiva	18
10.3 Terapia de grupo	22
10.4 Terapia socioesrecreativa	23
CAPITULO II. Metodología	26
1. La organización del Hospital Psiquiátrico	26
1.1. Breve apunte histórico	26
1.2. Programa de servicio social	26
1.3. Proceso de admisión	27
1.4. Organización del Departamento de Psicología	27
1.5. Planeación de la Terapia ocupacional a cargo de los psiquiatras	28
2. La experiencia personal	31
3. Actividades extramurales	34
4. Descripción de las actividades	35
4.1 Terapia Grupal	35
4.2 Terapia Deportiva	36
4.3 Puppetteo	36
4.4 Peña Libre	37
4.5 Música, baile y convivencia	38
4.6 Protocolo	39
4.7 Dinámica acerca del 5 de Febrero	40
4.8 Disfraces	40
4.9 Las Teatros	41

AGRADECIMIENTO:
A mis padres, a mis abuelos, a mis maestros.

INDICE

4.10 Hojitas de masa	42
4.11 Follaje	43
4.12 Globos y tarjas	43
INTRODUCCION	2
4.14 Juegos de Mesa	45
Justificación	2
Objetivos	4
Limitaciones	5
4.18 Espejos	48
4.19 Caja de refrescos	49
CAPITULO I: Marco Teórico	6
4.21 Ojos vendados	31
1. Antecedentes	6
2. La fantasía	7
3. La primera realidad	8
4. Socialización	9
5. ¿Relación profesional vs. humana?	10
6. La planeación y el enfoque educativo	10
7. Tipos de aprendizaje	11
8. Sectores de la creatividad	12
9. El facilitador	13
10. La Terapia Ocupacional	14
10.1 Terapia ocupacional	17
10.2 Terapia deportiva	18
10.3 Terapia de grupo	22
10.4 Terapia sociorecreativa	25
CAPITULO IV: Conclusiones	64
CAPITULO II: Metodología	26
CAPITULO V: Experiencias	63
1. La organización del Hospital Psiquiátrico	26
1.1. Breve apunte histórico	26
1.2. Programa de servicio social	26
1.3. Proceso de admisión	27
1.4. Organización del Departamento de Psicología	27
1.5. Planeación de la Terapia ocupacional a cargo de los pasantes	28
2. La experiencia personal	31
3. Actividades extraoficiales	34
4. Descripción de las actividades	35
4.1 Terapia Grupal	35
4.2 Terapia Deportiva	36
4.3 Papiroflexia	36
4.4 Peña Libre	37
4.5 Música, baile y convivencia	38
4.6 Protocolo	39
4.7 Dinámica acerca del 5 de Febrero	40
4.8 Disfraces	40
4.9 Las Torres	41

4.10 Figuras de masa	42
4.11 Película	43
4.12 Globos y tareas	43
4.13 Cola de burro	44
4.14 Juegos de Mesa	45
4.15 Mariposas, Flores, Animales, Casas	46
4.16 Rally	47
4.17 Despedida de Enfermeras	48
4.18 Espejos	48
4.19 Caja de refrescos	49
4.20 Arte Plumario	50
4.21 Ojos vendados	51
4.22 Alcancia: Cochinito	52
4.23 Figuras Geométricas	53
4.24 Cuentas de papel	54
4.25 Acuarela	56
4.26 Refranes	56
4.27 Figura de plastilina	57
4.28 Limpieza de salones, mesas y sillas	58
4.29 Costura	59
4.30 Lectura y dibujo	60
CAPITULO III: Resultados: la experiencia del Servicio social	61
CAPITULO IV: Conclusiones	64
CAPITULO V: Sugerencias	65
ANEXOS	67
1. Definición de los trastornos más frecuentes	67
2. Historia Clínica Psiquiátrica	69
3. Código Ético de la Terapia Ocupacional	71
4. Reacciones típicas de los estudiantes de psiquiatría	77
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	78

JUSTIFICACION

INTRODUCCION

PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Promover la salud mental y el desarrollo bio-psico-social de los usuarios hospitalizados mediante el Programa de Terapia Ocupacional.

OBJETIVO ESPECIFICO

- Elaborar la planeación del programa de Terapia Ocupacional
- Participar en el desarrollo del programa de Terapia Ocupacional
- Motivar en el usuario la socialización.
- Mantener su coordinación motriz y sus habilidades mentales primarias.
- Participar en la valoración y atención interdisciplinaria del usuario.

OBJETIVO COMPLEMENTARIO

- Crecer en la formación como psicólogo

ACTIVIDADES

- Terapia ocupacional
- Terapia deportiva
- Terapia grupal
- Terapia sociorecreativa

JUSTIFICACIÓN es un ser en proceso, en movimiento, que constantemente lucha entre el equilibrio de sus necesidades y sus carencias. Ese trabajo se apoya en lo anterior, ya que la Terapia Ocupacional. El motivo por el cual se escogió el tema El papel del Psicólogo en el Hospital Psiquiátrico de Morelia es debido a que su participación día con día aumenta en las instituciones de salud. Y no solo en cantidad, sino también en importancia. Explicitar la experiencia de la autora en ese campo, puede contribuir a profundizar y ampliar -para futuros pasantes-, el aprendizaje de los mismos.

Realizar el reporte del Servicio Social de la autora, al trabajar con internos del Hospital Psiquiátrico. Dado que las personas son la base de la sociedad, la salud mental de las mismas es trascendental para el buen funcionamiento de la colectividad; llámese comunidad, ciudad, estado, país, etc. En otras palabras, la contribución que el psicólogo puede hacer a la mejora de la vida humana, si bien modesta, no es para nada despreciable.

Por otra parte, las vivencias de quien esto ha escrito posibilitan una desmitificación del enfermo. La importancia del trabajo estriba en clarificar las posibilidades de la Terapia Ocupacional en la rehabilitación de los usuarios internos de los hospitales psiquiátricos, misma que es el método y programa principal que maneja el departamento de psicología en el Hospital Psiquiátrico.

La Terapia Ocupacional como reducción de la tensión satisface el instinto de supervivencia del hombre. Psiquiátrico de Morelia "Dr. José Torres Orozco", lo cual impide su extrapolación a otros ámbitos laborales o sociales. Los usuarios que participaron fueron sólo los hospitalarios. Se sabe el efecto que tiene "la ocupación" sobre la percepción del paso del tiempo. Cuando uno está aburrido o en espera de algo sin hacer nada (o haciendo cosas que no agradan), parece que el tiempo pasara lentamente. Si por el contrario hay entretenimiento y se esta muy concentrado en algo, entonces parece como si el tiempo volara. La autora, redujo asimismo la aplicación de algunas herramientas psicológicas (interpretación, señalamiento psicológico, etc.). La Terapia Ocupacional reduce la tensión producida por las preocupaciones, el deseo de ser dado de alta, el sentirse prisioneros, el saberse enfermos. Se ha reconocido que el aburrimiento o la falta de ocupaciones satisfactorias y significativas producen estrés y, de ese modo, constituyen una amenaza fisiológica. La Terapia Ocupacional ha sido definida como la ciencia para la curación mediante la ocupación. clínicos, toda vez que no se planteó como

investigación de campo. No hubo control de variables ni seguimiento de los casos. En su lugar, se presenta el hombre es un ser en proceso, en movimiento, que constantemente lucha entre el equilibrio de sus necesidades y sus carencias. Este trabajo se apoya en lo anterior, ya que la Terapia Ocupacional es un proceso con y para el paciente, siempre en busca de ese equilibrio.

El presente trabajo es un sondeo descriptivo del papel del psicólogo en el hospital psiquiátrico de Morelia, subdivisión Terapia Ocupacional.

OBJETIVOS DE LA TESIS

La memoria está estructurada de la siguiente manera:

Realizar el reporte del Servicio Social de la autora, al trabajar con internos del Hospital Psiquiátrico "Dr. José Torres Orozco", permite dar a conocer una modalidad de prácticas profesionales, que otorga un entrenamiento supervisado, para quienes tienen el interés por desarrollar habilidades dentro de la clínica.

Por otra parte, las vivencias de quien esto ha escrito posibilitan una desmitificación del enfermo mental, tan marginado, tan incomprendido, pero tan necesitado de un acercamiento más humano y psicológicamente más preparado.

LIMITACIONES

El informe se circunscribe a la intervención del psicólogo en el programa de Terapia Ocupacional del Hospital Psiquiátrico de Morelia "Dr. José Torres Orozco", lo cual impide su extrapolación a otros ámbitos laborales o sociales. Los usuarios que participaron fueron sólo los hospitalizados dentro del período febrero-julio del año 2002. El nivel de recursos materiales existente en la Institución, dificulta la realización de algunas actividades.

La escasa experiencia en el trabajo con enfermos mentales de la autora, redujo asimismo la aplicación de algunas herramientas psicológicas (interpretación, señalamiento psicológico, etc.). La búsqueda bibliográfica de información se realizó en biblioteca y a través de Internet; se notó que las existencias en Morelia de revistas y libros son limitadas.

El trabajo es una exposición de las actividades realizadas en la Institución. No se presentan datos estadísticos sobre resultados clínicos, toda vez que no se planteó como

investigación de campo. No hubo control de variables ni seguimiento de los casos. En su lugar, se presenta una serie de observaciones alrededor de las actividades realizadas, mismas que podrían permitir una investigación específica ulterior.

El presente trabajo es un sondeo descriptivo del papel del psicólogo en el hospital psiquiátrico de Morelia, subdivisión Terapia Ocupacional.

La memoria esta estructurada de la siguiente manera:

En el Capítulo I (Marco teórico), se revisan algunos antecedentes sobre la Terapia ocupacional, con una breve revisión bibliográfica de los últimos 5 años. Se incluye una perspectiva histórica del Hospital Psiquiátrico "Dr. José Torres Orozco", con la inclusión de psicólogos y su participación en el programa de Terapia ocupacional. Se desarrollan algunas ideas alrededor de la experiencia personal de trabajar con internos de un nosocomio para alienados (la fantasía, la primera realidad contrastante, la necesidad de la socialización para el paciente hospitalizado). Se plantea la interrogante acerca de la aparente disyuntiva entre la relación profesional y la relación humana. Se describe la relevancia de la planeación para el trabajo profesional. Se ubica el trabajo del psicólogo como un facilitador, que promueve y propone actividades orientadas a la educación y re-educación de quien ha sufrido diversos tipos de trastornos mentales, lo que incluye aspectos del aprendizaje y la creatividad humanas. Se reporta parte de la literatura especializada en terapia ocupacional, terapia deportiva, terapia de grupo y terapia sociorecreativa.

El Capítulo II (Metodología) se desenvuelve en tres partes. En la primera, se refiere la organización del Hospital Psiquiátrico y sus procedimientos de admisión y manejo de los internos. La segunda, narra la experiencia personal de la sustentante. Una última porción, presenta la descripción de las actividades de terapia ocupacional, con todo detalle.

El Capítulo III (Resultados), desglosa brevemente una interpretación de los efectos que produjeron en los internos del Hospital Psiquiátrico, su participación en las actividades de Terapia Ocupacional. Se muestra una serie de definiciones sobre los procesos psicopatológicos más frecuente entre internos del mismo centro de salud.

El Capítulo IV (Conclusiones) introduce una serie de consideraciones acerca del trabajo realizado en el Hospital Psiquiátrico, que apuntan a reforzar dicha actividad, al mismo tiempo que sugiere una atención –hasta ahora-, no suficiente al problema de los migrantes, que suelen ser usuarios del mismo.

El Capítulo V (Sugerencias), establece ciertas necesidades sentidas por la autora, tanto en el aspecto de la organización, como en el del funcionamiento de personal, equipo y materiales utilizados en el trabajo hospitalario.

En los Anexos, se incluye el formato de Historia clínica empleado en el Hospital; el Código Ético de la Terapia Ocupacional y una serie de Reacciones típicas de los estudiantes de psiquiatría, que se considera de utilidad práctica.

Las Referencias bibliográficas abarcan 33 citas en total. Se trata de 22 referencias en Español, 9 en Inglés y 2 en Alemán. Proviene de 6 fuentes primarias (revistas de investigación, periódico y paginas de internet) y el resto son secundarias (libros)

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1. Antecedentes

Aunque los servicios de rehabilitación existen, muy pocas veces son prestados en su totalidad. Por ejemplo, los especialistas en terapia ocupacional, terapia de lenguaje y/o psicológicos del Hospital Infantil de Montreal se ocupan de la educación y manejo de personal (L'Amey, Jacques C., Massonier A., 2002).

Lo anterior ha llevado a la visión nueva de "tratar el corazón así como la mano"¹, que podría beneficiar hoy en día la Terapia Ocupacional. Es importante reconocerla como integral, afianzar su práctica e inspirar a sus practicantes a renovar un compromiso nuevo con la atención. Por ejemplo, el estudio de Hasselkus (1978), dio a conocer a miembros del staff (enfermeras) la importancia de la "ocupación" de los pacientes con demencia.

CAPITULO I:

MARCO TEORICO

En su investigación, Viana Molde, I. y García Pinto, M.C., Avila Alvarez, A. definen la ocupación significativa como "una oportunidad para el encuentro, el desencuentro y el reencuentro con uno mismo y con su entorno a través de la apropiación del hacer comprometido", y la contrastan a la ocupación obrante. Esta última prevalece en algunos hospitales psiquiátricos.

Las investigaciones de Morano Miralles (2003), en España, muestran las relaciones entre salud y ocupación y promueven esta última como método de tratamiento en salud mental. Este es un punto de vista compartido por la autora.

Los fundamentos teóricos de Madrid Mazorra (2003), definen al terapeuta ocupacional de un rol más profesional y científico. Esto es trascendente, ya que en México los encargados de los programas de terapia ocupacional suelen ser psicólogos.

¹PELOQUIN, SM, Reclaiming the vision of reaching for head as well as hands, p.75, 2002

²VIANA MOLDES, I. GARCIA PINTO, M.C., AVILA ALVAREZ, A. Ocupación Alcanzable Versus Ocupación Significativa, p. 25, 2003

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1. Antecedentes

Aunque los servicios de rehabilitación existen, muy pocas veces son prestados en su totalidad. Por ejemplo, los especialistas en terapia ocupacional, terapia de lenguaje y/o fisiológica, del Hospital Infantil de Montreal se ocupan de la educación y manejo de personal (Limperopoulos C, Majnemer A, 2002).

Lo anterior ha llevado a la visión nueva de “ofrecer el corazón así como la mano”¹, que podría beneficiar hoy en día la Terapia Ocupacional. Es importante reconocerla como integral, afirmar su práctica e inspirar a sus practicantes a renovar un compromiso nuevo con la atención. Por ejemplo, el estudio de Hasselkus 1998), dio a conocer a miembros del staff (enfermeras) la importancia de la “ocupación” de los pacientes con demencia.

En su investigación, Viana Moldes et al² definen la ocupación significativa como “una oportunidad para el encuentro, el desencuentro y el reencuentro con uno mismo y con su entorno, a través de la apropiación del hacer comprometido”, y la contraponen a la ocupación alienante. Esta última prevalece en algunos hospitales psiquiátricos.

Las investigaciones de Moruno Miralles (2003), en España, muestran las relaciones entre salud y ocupación y promueven esta última como método de tratamiento en salud mental. Este es un punto de vista compartido por la autora.

Los fundamentos teóricos de Madrid Mazorra (2003), dotan al terapeuta ocupacional de un rol más profesional y científico. Esto es trascendente, ya que en México los encargados de los programas de terapia ocupacional suelen ser psicólogos.

¹ PELOQUIN, SM, Reclaiming the vision of reaching for heart as well as hands, p.75, 2002

² VIANA MOLDES, I, GARCIA PINTO, M.C., AVILA ALVAREZ, A, Ocupación Alienante Versus Ocupación Significativa, p. 25, 2003

3. La... Según García Gonzalo et al (2003), en cuanto a la Terapia Ocupacional, lo que importa es lo que se hace y el método, más que el lugar. Esto es: no importan las limitantes de espacio de las instituciones de salud: la terapia ocupacional siempre encontrará un sitio en la rehabilitación de las personas. Se puede hablar así, de un método aplicable a las condiciones de austeridad de México en el momento actual

Los descubrimientos en hospitales de Austria demuestran la importancia del psicólogo. Navarrón y Ortega (2003) plantean la importancia de la consecución de técnicas y estrategias de la Terapia Ocupacional fuera de las instituciones de salud. Esta alternativa está pendiente de aplicar en México.

En nuestros días, se ha aprendido que un trabajo se hace mejor mediante la intervención de varias disciplinas. Con mayor razón tratándose de trabajo encaminado hacia la salud de las personas. Es obvio que no se hace el trabajo solo. En el hospital psiquiátrico se labora en coordinación con enfermeras, celadores, médicos, psiquiatras, trabajadores sociales, dentistas y hasta cocineros, encargados de almacén y mantenimiento.

2. La fantasía

La fantasía previa a cualquier actividad o situación permite darse cuenta de la actitud previa ante lo venidero. De esta manera, si se analizan las fantasías propias, se pueden manejar mejor las emociones y actitudes. Este método se ha utilizado en el modelo de Psicocomunidad. Los participantes escriben en una hoja la fantasía que tienen previa a cada entrevista; el tutor las revisa y hace algunas anotaciones pertinentes que le permitan a la persona darse cuenta de sus emociones (introyectarlas). Normalmente el contenido de estas incluye: temor de ser rechazado, aceptado, confusión y dudas, temor de ser lastimados o perseguidos, etc. (Lartigue, 1980)

Las fantasías, para el que las utiliza como instrumento de trabajo o de evaluación, también pueden servir como punto de comparación entre el estado inicial de la persona, y al finalizar el proceso. Más adelante (ver Metodología) se describen las fantasías previas de la autora al inicio de su Servicio social.

³ Comentario en: Presespiegel 5.02.2002, pág. 1

⁴ Ethosial Salzburger Nachrichten 18.01.2002, pág. 3

3. La primera realidad

4. Socialización

Dos comentarios aparecidos en la prensa, apuntan a la necesidad de implementar –como medios para la mejora del paciente psiquiátrico-, terapias alternativas a los medicamentos: “La psicología en el hospital ahorra muchas pastillas”³ y “Con psicología menos tiempo en el hospital”⁴. Los descubrimientos en hospitales de Austria demuestran la importancia del psicólogo como parte del equipo interdisciplinario. La participación del psicólogo en los hospitales psiquiátricos y otras instituciones de salud es relativamente nueva en México (considerando el papel que juegan en varios países de primer mundo). Se trata de una disciplina que –a pasos cortos-, lucha por demostrar su importancia.

Para dar una verdadera asistencia terapéutica es necesaria una coordinación entre todos los componentes del equipo. El primer aspecto y el más importante del funcionamiento eficaz de un equipo es identificar las funciones de los roles interdisciplinarios. En segundo lugar, es importante el apoyo mutuo al reconocer las habilidades y los talentos de cada persona, independientemente de la disciplina y los comentarios sobre un trabajo bien hecho. Esto puede ser un proceso estimulante y desafiante ya que los miembros del equipo de tratamiento, continúan aprendiendo y mejorando sus habilidades clínicas y se convierten en maestros mutuos. El tercer aspecto del funcionamiento satisfactorio de un equipo es la educación. El coliderazgo entre las disciplinas y una educación u orientación didáctica de los nuevos miembros del personal, conducen a un mejor conocimiento de la Terapia Ocupacional. El cuarto aspecto del funcionamiento del equipo, es el manejo de la resolución de conflictos, que comprende un enfoque sistemático de la resolución de problemas.

La Teoría General de los Sistemas, afirma que cualquier sistema es más que la suma de los objetos que lo componen (Bertalanffy, 1986); de donde se deduce que es imposible entender la actuación de una parte de un elemento sin observar al sistema en su conjunto. Si se aplica este postulado al equipo terapéutico, no se puede comprender la actuación de uno de sus miembros si no se observa al equipo en su conjunto. En esto se basa la importancia de la coordinación.

³ Comentario en: Presespiegel 5.02.2002, pág 1

⁴ Editorial, Salzburger Nachrichten 18.01.2002, pág 5

4. Socialización

Lonergran, (1998) comenta que el sujeto es distinto de su mundo, y en la medida en que el sujeto se hace capaz de descentrarse, de ver las cosas desde un punto de vista diferente, en perspectivas diferentes, se convierte en solo un objeto más en su mundo propio. Percatarse de esto al trabajar con internos en un hospital psiquiátrico, es de gran relevancia para su mejor atención.

Entre los objetivos más importantes de un programa de terapia ocupacional, se encuentra el motivar en los usuarios internos una adecuada socialización, de modo que se adapten a la sociedad en la que viven. Las definiciones de socialización varían por el marco disciplinario y teórico, pero en general, la socialización ha sido conceptualizada como un proceso dual de interacción y desarrollo a través del cual los seres humanos aprenden 1) quienes son y como están conectados a los mundos sociales en que viven, y 2) la orientación usada como base para la conducta individual y la vida en grupo en esos mundos. (Coakley, 1993)

La socialización ha sido un tema común entre los psicólogos sociales y del desarrollo. Los teóricos freudianos han conceptualizado la socialización en términos de formación de la estructura de la personalidad y el desarrollo psicosexual. Los psicólogos del aprendizaje han conceptualizado la socialización en términos de condicionamiento clásico, condicionamiento operante y como un proceso de imitación, modelo e identificación. Los teóricos cognitivos la han conceptualizado en términos de etapas del desarrollo atadas a la combinación con la maduración y las experiencias sociales.

Algunos sociólogos han estudiado la relación entre socialización y (1) los sistemas de control social, (2) la identidad y el desarrollo del self, (3) la selección de roles y el desempeño a lo largo del ciclo de vida y (4) los factores de estructura sociales como mediadores de los aprendizajes de valores y orientaciones. (op. cit.)

La socialización fue vista por unos como un proceso interno, mediante el cual los individuos eran formados y moldeados por la sociedad en determinadas maneras (op. cit.).

La suposición central de las teorías conductuales es que el aprendizaje es la base de todos los comportamientos. Cuando el aprendizaje se aplica a la Terapia Ocupacional, se considera que el paciente ha desarrollado un repertorio de comportamientos adaptativos e inadaptados, lo que determina su habilidad para funcionar en las actividades de la vida diaria, trabajo y esparcimiento. En terapia, el paciente se compromete activamente en un proceso de aprendizaje, para desarrollar comportamientos específicos necesarios para funcionar en su ambiente.

5. ¿Relación profesional vs. humana?

Entre sujeto e investigador se da una relación especial que integra aspectos personales y profesionales. (Morelli, Baldwin, 2002) Al dar el servicio social, la autora se preguntó que tan en serio se toma la dinámica psicólogo-usuario, enfermera-usuario, policía-usuario, cocinera-usuario, enfermeros-psicólogos, etc. Cuando se hace, no se sabe si lo personal y lo profesional deberían mantenerse separados. Se cree que cuando se convive diariamente con las mismas personas por espacio de 2 a 4 horas, es difícil mantener alejadas las cuestiones personales de lo profesional. El psicólogo y el usuario son parte de la vida del otro, aunque sea por un momento. La relación conlleva expectativas. No se sabe lo que significa para el hospital, trabajadores y/o usuarios cuando alguna de las expectativas es violada. Pero sería muy simple pensar que este hecho no juega ningún rol en la relación y en la persecución de las metas del hospital. Así, las consecuencias dependen probablemente de las circunstancias en que se da la interacción.

6. La planeación y el enfoque educativo

La función general de un pasante de psicología en el hospital psiquiátrico podría calificarse de "educadora". Como los educadores de la "Escuela Nueva", se cree que lo más importante del aprendizaje tiene lugar fuera de las aulas (Palacios, 1978). Mediante la Terapia

Ocupacional, se trató de buscar experiencias vividas y directas para los usuarios, que los movieran a utilizar su imaginación e intuición. Dice Helming (1972) que la imaginación es la facultad que tiene el hombre de percibir imágenes, las cuales transforma y combina, proyectándolas de acuerdo con su capacidad creativa.

Se ha demostrado que el hecho de potenciar la creatividad de los enfermos redundará en la mejora de su estado psíquico y aminora la necesidad de fármacos (Plumed, 1999). Otra vez, ofrecer el corazón, así como la mano, pareciera lo más idóneo.

La re-educación en la que se participa es un proceso para desarrollar o activar habilidades y cualidades latentes. Aunque las definiciones de educación de la Escuela Nueva provienen de las experiencias con los niños, también se pueden aplicar a los adultos. Ferriere dice que el niño es de la misma naturaleza que el adulto, la diferencia es de grado, no de naturaleza (1972). A nadie le gusta que lo manden autoritariamente; en esto el niño no es distinto del adulto.

8. Socios de la creatividad (Lobrot, 1985)

En ese orden de ideas, es conveniente revisar algunos conceptos sobre el aprendizaje (Acosta, 1987), ya que la Terapia ocupacional se rige por algunos de ellos.

2º Sector de la sociabilidad

7. Tipos de aprendizaje

4º Sector intelectual

7.1 Abstracto-verbal. Se caracteriza porque la comprensión abstracta es máxima, a pesar de que la memoria utilizada es del 10 al 15%. El medio empleado puede ser oral o escrito. La lectura es el mejor medio de desarrollar este factor de inteligencia.

7.2 Gráfico-intuitivo. Se caracteriza porque capta y fija muy bien todo lo que está en forma gráfica. Así se retiene del 30 al 50% de lo que se capta.

2º Sector de la sociabilidad. Toda la vida psicológica está impregnada de sociabilidad, que

7.3 Emocional (afectivo). Tiene alta motivación emocional, ligada estrechamente al conocimiento que se pretende adquirir. Se conjugan en el aprendizaje varios o todos los sentidos. La comprensión conseguida es muy grande. Se retiene así del 50 al 70%.

7.4 Práctico. Implica pensamiento y acción. La persona, al manipular lo que quiere conocer, logra un nivel de comprensión muy elevado. Así se retiene un 90% de lo aprendido. (Acosta, 1987). Este es el tipo de actividad predominante en la Terapia ocupacional.

La imaginación resulta la esencia del espíritu humano que construye y edifica. Mientras el hombre anduvo perdido en meras especulaciones, su mundo no experimentó transformación alguna; pero en cuanto la imaginación pudo abstraerse del contacto con la realidad, comenzaron sus pensamientos a levantar obras que cambiaron la faz del mundo exterior (Helming, 1972). La creatividad constituye una pieza importante muchos los aspectos de la vida de un individuo. Es mediante la creatividad que se pueden mejorar deficiencias, suplir necesidades, atacar trastornos... Fomentando la creatividad se desarrolla indirectamente la persona.

El concepto y los procesos que involucran a la creatividad, también tienen su lugar para la Terapia ocupacional, por lo que se juzga relevante parte de sus fundamentos.

Los objetivos del facilitador, según Acosta (1987) deberían ser:

8. Sectores de la creatividad (Lobrot, 1985)

1° Sector del juego

2° Sector de la sociabilidad

3° Sector imaginario

4° Sector intelectual

1o Sector del juego. El juego introduce la creatividad en la vida psicológica, aunque se encuentra todavía muy unido a las actividades biológicas. El juego es, en cierto modo, el envoltorio del psiquismo, como el cuerpo mismo, y esto explica que pueda constituir al mismo tiempo su apariencia más visible y a veces su decadencia.

2o Sector de la sociabilidad. Toda la vida psicológica está impregnada de sociabilidad, que constituye a un tiempo el motor y la prolongación de la vida. Otra experiencia más primitiva todavía, de naturaleza social, es la experiencia del espectador.

3o El sector imaginario corresponde, grosso modo, a lo que vulgarmente se llama arte. El arte no es más que un cierto modo de modelar y de formar los propios fantasmas, y conjuntamente de reconstruir el mundo a partir de las estructuras fantasmáticas así elaboradas.

Es evidente que tanto la inteligencia del sujeto, como su motivación para aprender, son factores determinantes en todo proceso cognitivo. La motivación se entiende aquí como el estímulo, impulso o incentivo, que mueve las propias capacidades hacia el aprendizaje, así como la necesidad de compensar deficiencias.

La Terapia ocupacional no podría desarrollarse sin alguien que coordine las actividades; de tal suerte, es de utilidad recordar aspectos de su papel, funciones y desempeño.

9. El facilitador

Los objetivos del facilitador, según Acosta (1987) deberían ser:

- situar al alumnado ante distintos sistemas de aprendizaje, valorando las particularidades de cada uno
- concienciarle de que su mente tiene infinitas posibilidades, aun latentes, de mayor y mejor desarrollo
- llevarle a la comprensión de que hay una estrecha relación entre actitud mental y aprendizaje
- concienciarle igualmente de que el estrés excesivo bloquea la mente y mina la salud
- en definitiva, hacerle el principal artífice de su realización personal

Por otra parte, las tareas del facilitador según Rogers (1975), son:

- crear un clima inicial en el que las experiencias de grupo y clase se vean posibilidades
- otorgar plena confianza a la fuerza motivacional básica del individuo
- suministrar todo tipo de recursos de aprendizaje
- no poner resistencias a la aparición de cualquier tipo de contenido de la parte de los estudiantes, se trate de intelectualizaciones, racionalizaciones, expresión de sentimientos profundos, etc.
- presentar especial atención a las expresiones de sentimientos personales profundos

- situarse entre los estudiantes como lo que es: una persona falible con sus propios problemas por resolver y sus propias inquietudes

El maestro tiene que dedicarse menos a enseñar y más a dejar vivir, a organizar el trabajo, a no obstaculizar el impulso vital del niño, sino a reforzarlo, darle alimento y medios de realización. (Freinet, Salengros, 1972); debe ofrecer posibilidades de actividad, colocar a los alumnos en una atmósfera de trabajo.

Uno de los elementos que interviene en los procesos de facilitación terapéutica es el tacto. El tacto ha sido descrito como el medio de contacto más importante con el mundo y el "más directo de los sentidos"⁵. Hertenstein (2002) argumenta que el contacto puede comunicar emociones balanceadas y discretas así como también una información específica. Usando la palabra comunicación no se refiere a que las personas entienden conscientemente los contenidos de la comunicación táctil. Según él, la comunicación táctil ocurre siempre (cuando) hay cambios sistemáticos en las percepciones, pensamientos, sentimientos y/o conducta como resultado del contacto de otro en relación con el contexto en que esto ocurre. El contacto puede transmitir al usuario las percepciones, pensamientos o sentimientos del prestador del servicio.

La segunda faceta de la comunicación, según Hertenstein (2002), no requiere que las percepciones, pensamientos o sentimientos de la persona que toca sean transmitidos, en vez de eso, el contacto puede influenciar por sí mismo las percepciones, pensamientos, sentimientos o conductas del usuario.

10. La Terapia Ocupacional

Al principio, y ante todo se encuentra la necesidad de sobrevivir y de ella se derivan las diferentes formas de actividad (Lobrot, 1985). Existen diferentes perspectivas de la Terapia Ocupacional, a saber:

⁴ McNary, citado por HOPKINS, H., SMITH, H., *Terapia Ocupacional* 8ª edición, Ed. Médica

⁵ Barnet y Geldard, citados por HERTESTEIN, M.J., 2002, Touch: Its Communicative Functions in Infancy, in: *Human Development*, S. pág 335.

“Terapia Ocupacional” es cualquier actividad física o mental, prescrita por el médico y guiada profesionalmente para ayudar a un paciente a recuperarse de una lesión o enfermedad”⁶. (McNary, citado por Hopkins y Smith, 1998)

“Terapia Ocupacional es el arte y la ciencia de dirigir la participación del hombre en tareas seleccionadas para restaurar, fortalecer y mejorar el desempeño, facilitar el aprendizaje de aquellas destrezas y funciones esenciales para la adaptación y productividad, disminuir o corregir patologías, promover y mantener la salud. Interesa fundamentalmente la capacidad, a lo largo de la vida, para desempeñar con satisfacción para sí mismo y para otras personas aquellas tareas y roles esenciales para la vida productiva, el dominio de sí mismo y el ambiente.” (Terapia Ocupacional: definición y funciones, 1972)

“Terapia Ocupacional es la utilización terapéutica de las actividades de autocuidado, trabajo y lúdicas para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de las tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida.” (Definición del Diccionario, 1986).

En suma, aplicar la Terapia ocupacional abre grandes posibilidades al ser humano que sufre; no sólo le presta servicios a su cuerpo, aislado de la realidad, sino que puede alimentar su alma que precisa de recuperación, habilitación y rehabilitación.

Un médico francés, Philippe Pinel, fue reconocido como el primero que rompió las cadenas que aprisionaban a los alienados. En 1793 estableció prácticas que condujeron a un sistema más humano para el tratamiento de las personas con trastornos mentales. (Hopkins y Smith, 1998). La humanidad en el trato es el motor de la terapia ocupacional.

“La longevidad y la salud en la vejez están relacionadas con el mantenimiento de un trabajo y esparcimiento durante toda la vida adulta y la vejez”⁷. Por ello, la inclusión de actividades de recreación en la Terapia ocupacional, resulta ampliamente justificado.

⁶ McNary, Citado por HOPKINS, H., SMITH, H., Terapia Ocupacional. 8° edición, Ed. Medica Panamericana, España, 1998, pág 128

⁷ Brigham, citado por HOPKINS, H., SMITH, H., pág 172

Por su parte, el estrés debido a la incapacidad de encontrar un significado en la propia existencia se reconoce cada vez más como un factor etiológico importante de la enfermedad mental, (1950). Su trabajo en los campos de concentración de judíos en la Segunda Guerra Mundial, es del todo evidente.

Samuel Tuke, médico inglés fue el responsable de popularizar un sistema terapéutico llamado tratamiento moral. Su abuelo, William Tuke, como Pinel, no creía que los azotes y castigos ayudaran a recuperar la salud mental. Tuke creía que la mayoría de las enfermedades mentales eran curables. En lugar de sujetar a los enfermos, los soltaba y los vestía, como lo había hecho Pinel. Tuke agregó la idea de estimular a los pacientes a aprender autocontrol y, empleando ayudantes, los inició en diversas ocupaciones o distracciones adaptadas a diferentes pacientes. (Hopkins y Smith, 1998)

Rusch, el primer médico que utilizó el concepto de tratamiento moral y ocupación en Estados Unidos creía que “el hombre estaba hecho para ser activo”⁸. El recomendaba el ejercicio, el trabajo y la música como parte del tratamiento de la enfermedad mental. Wyman, supervisor del Asilo McLean, cercano a Boston, que comenzó a funcionar en 1812 estableció que en los trastornos mentales sin síntomas orgánicos, un manejo moral cuidadoso es más eficaz. “Deben proporcionarse ocupaciones agradables, comprometiendo la mente y ejercitando el cuerpo en actividades tales como: columpiarse, cabalgar, caminar, coser, bordar, practicar jardinería, trabajos mecánicos; a éstos pueden agregarse la lectura, la escritura, la conversación, etc., realizadas con orden y regularidad”⁹.

Birgham consideró beneficioso el tratamiento “por comprometer la atención y llevar la mente a nuevos temas del pensamiento más que por su efecto directo sobre el cuerpo”¹⁰. Después de él, debido al debilitamiento de la sociedad y sus instituciones públicas por la guerra civil, la idea de la terapia moral pareció quedar abandonada... solo que esto fue solo por algunas

⁷ Cousins, citado por HOPKINS, H., SMITH, H., Op. cit, pág 153

⁸ Rusch, citado por HOPKINS, H., SMITH, H., Op. cit, pág 128

⁹ Wyman, citado por HOPKINS, H., SMITH, H., Op. Cit. pág 150

¹⁰ Birgham, citado por HOPKINS, H., SMITH, H., pág 172

décadas. Reapareció a principios del siglo XX como Trabajo Ocupacional, nombre con el que se conoció originariamente la Terapia Ocupacional.

10.2 Terapia deportiva

El enfoque conductual en Terapia Ocupacional se basa en teorías como Thorndike, Pavlov y Skinner¹¹. Estas teorías han sido reformuladas para desarrollar estrategias de intervención para originar cambios conductuales. Como resultado han sufrido pequeñas transformaciones en su incorporación a los fundamentos teóricos del marco de referencia conductual en Terapia Ocupacional; sin embargo se aplican en concordancia con los fundamentos filosóficos de la profesión.

10.1 Terapia ocupacional

El sistema nervioso complejo del humano requiere de estímulos ricos y variados, factibles sólo a través de la participación activa en el mundo¹². La ocupación es importante en el desarrollo de características biológicas en la infancia y su mantenimiento en la vida adulta. Durante un trastorno mental, adquiere relevancia nada despreciable.

La salud y la ocupación están vinculadas porque la pérdida de la salud disminuye la capacidad para comprometerse en la ocupación. Dentro de las terapias de trabajo rehabilitadoras, el ámbito de las actividades artísticas tiene gran importancia y es un terreno poco estudiado aún. Se ha demostrado que el hecho de potenciar la creatividad de los enfermos redundará en la mejora de su estado psíquico y aminora la necesidad de fármacos (Plumed, 1999).

La terapia ocupacional consiste en "ocupar" al paciente con una actividad en la que cree algo físicamente; ya sea una obra artística (dibujo, arte plumario, figuras de masa, etc.) o una manualidad (artesanías, accesorios, alcancías, etc.).

Según Plumed, la expresión artística puede resultar una magnífica terapia rehabilitadora para aquellas personas que sufren un trastorno mental o de la personalidad.

¹¹ Thorndike, Pavlov y Skinner, citados por HOPKINS, H., SMITH, H., Op. Cit., pág 193

¹² Reilly, citado por HOPKINS, H., SMITH, H., Op. cit., pág 210

10.2 Terapia deportiva

Investigadores en el tema, han encontrado mucho material referente a la relación existente entre el desarrollo psicosocial y los juegos y los deportes. (Coakley, 1993)

Se ha descubierto que la entrada a la esfera del mundo social, supone para el individuo una interacción caracterizada por tensión, malos entendidos, resistencia, negociación, toma de decisiones y, ocasionalmente, rechazo de la esfera del mundo social en sí mismo.¹³

Muchos investigadores han usado la socialización como interacción basada en la combinación de las siguientes teorías: El hombre es activo y sus conductas y toma de decisiones están basadas en su propia definición de las situaciones. La socialización es un proceso sin final con el cual el ser humano desarrolla un sentido de quienes son y como están conectados con el mundo que los rodea. La socialización refleja autoconceptos, metas y recursos sociales de todos aquellos involucrados. (Wentworth, Loc. cit)

Se ha estudiado la influencia relativa de varios agentes sobre la socialización en aquellos que participan en deportes y aquellos que no. La participación en roles deportivos esta positivamente relacionada el apoyo social venido de personas significativas. (Furst, Greendorfer, Higginson, Sage, 1993).

“El verse involucrados en el deporte significa un proceso de construcción de identidad y afirmación”.¹⁴ Se está totalmente de acuerdo con esa afirmación.

¹³ Wentworth, 1993, citado COAKLEY, Jay, Socialization and Sport: SINGER, MURPHEY, TENNANT, Handbook of Research Sport Psychology, Macmillan Publishing Company, pág 50

¹⁴ COAKLEY, Jay, 1993 Socialization and Sport in: SINGER, MURPHEY, TENNANT, Handbook of Research on Sport Psychology, Macmillan Publishing Company, pág 76.

La participación en el deporte ha sido vista positivamente en cuanto a que está ligado al proceso de volverse adultos independientes, autónomos y competentes en el mundo social. (White y Coakley, 1993)

Entre 1950 y 1980, hubo muchos estudios sobre la socialización mediante el deporte. Los investigadores estuvieron dispuestos a explorar posibles conexiones entre la participación en un deporte y las actitudes y conductas generales del participante. Se esperó que la ciencia diera luz en cuanto a si la participación en un deporte contribuye al desarrollo de rasgos de carácter positivos, convierte a la gente joven en mejores estudiantes y mejores adultos, promueve la conformidad, reduce niveles de delincuencia, eleva los valores sociales y las actitudes políticas y provee una base para la motivación para el logro y para un desarrollo moral (Coakley, 1993). Los resultados fueron en su mayoría positivos. Los adultos han sido rara vez estudiados, probablemente porque los investigadores han asumido que los adultos no están más en una etapa formativa del desarrollo.

Desde 1980 el número de estudios sobre los efectos de la participación en deportes en la socialización ha bajado. De acuerdo a Stevenson (1993), esto ha ocurrido por dos razones:

1. Hubo muchas investigaciones con resultados inconsistentes, y la mayoría de los estudios no encontró resultados importantes de los efectos en la socialización a través de la participación en el deporte.
2. Las prioridades de las investigaciones se enfocaron cada vez más en como promover la participación en el deporte, especialmente entre los jóvenes con potencial para volverse atletas con nivel mundial.

En 1973, John Loy y Alan Ingham publicaron un extenso análisis de teoría e investigación sobre la conexión entre el desarrollo psicosocial y la participación en juegos y deportes. Se enfocaron en cómo la participación en esas actividades podría estar relacionada con lo siguiente:

1. El proceso a través del cual los niños aprenden a "encajar" en su sociedad adquiriendo rasgos y cualidades compatibles con los valores sociales dominantes.
2. El desarrollo de la masculinidad y la feminidad.

Handbook of Research on Sport Psychology. Macmillan Publishing Company, 1993

3. El proceso general del movimiento social, incluyendo logros educativos y el desarrollo de aspiraciones educativas.
4. El proceso dialéctico que subraya la búsqueda de identidad entre los jóvenes.
5. El desarrollo moral y las actitudes hacia el juego justo y el triunfo.¹⁵

El hecho de participar en un deporte, sea la razón que fuere, lleva a parientes, amigos, entrenadores, consejeros o maestros a tomar más en serio a los jóvenes en cuanto seres humanos y estudiantes. El recibir este apoyo es asociado con resultados académicos positivos.

Aquellos interesados en los efectos de los deportes sobre la socialización han investigado la posibilidad de que la participación en estos “mantenga a los jóvenes fuera de las calles” y lejos de los problemas. (Coakley, 1993)

Según investigaciones de Fine (1993) la socialización se dio con relación al involucramiento de jóvenes organizados en equipos de deporte. Ellos no eran formados pasivamente por sus experiencias deportivas, sino que son participantes activos de los procesos de socialización.

Las experiencias deportivas tienen diferentes significados dependiendo de los contextos y las relaciones en las que son construidas y reguladas. (Meyer, 1993)

La terapia deportiva supone una interrelación entre el ejercicio y la calidad de vida. Esta última refleja el grado en que los individuos son capaces de satisfacer sus necesidades psicológicas.

Descensos notables en síntomas del estrés como ansiedad, depresión y enojo, han sido asociados en primer lugar con sesiones de ejercicio en miembros de la población normal (Berger y McInman, 1993).

¹⁵ Loy J e Ingham, A, COAKLEY, Jay, Socialization and Sport in: SINGER, MURPHEY, TENNANT, Handbook of Research on Sport Psychology, Macmillan Publishing Company, 1993

La disminución de la ansiedad y la depresión asociados con el ejercicio regular tienden a ocurrir en personas con padecimientos psiquiátricos, según diferentes estudios de Bosscher, Martinsen, Hoffart, Morgan (Berger y McInman, 1993). Si un individuo está clínicamente deprimido o ansioso, existen más oportunidades de cambios a largo plazo mediante el ejercicio.

Se ha probado que el ejercicio es tan efectivo como los métodos más tradicionales reductores de ansiedad, tensión, depresión y enojo (Bahrke, Morgan, Berger, Long, citados por Berger y McInman). Los resultados son particularmente asombrosos debido a que los participantes en estos estudios fueron asignados al azar.

El "jogging" o trote ha sido asociado con varios aspectos del bienestar psicológico: reduce la ansiedad y la depresión, y aumenta el autoconcepto y la tolerancia a la frustración (Berger y McInman, 1993).

Hay que tener en cuenta que una actividad que puede ser positiva para una persona, puede tener efectos negativos y/o generar estrés en otras. Las condiciones climatológicas también pueden ser un factor que modifique los efectos del deporte en sí. Si el ejercicio es desagradable, no es de esperarse que los participantes se sientan mejor después de llevarlo a cabo.

Berger y McInman (1993) enfatizaron la importancia de la ausencia de competición en su discusión de las características del ejercicio con relación a las adicciones positivas. Estas en contraste con las adicciones negativas, se supone que llevan a la confianza en sí mismo, la creatividad, la felicidad y la salud.

Según varias investigaciones, se necesitan de -al menos- 20 a 30 minutos de ejercicio para generar beneficios psicológicos. (Berger y McInman, 1993).

Existe una relación paradójica entre el ejercicio y la duración (o la distancia) y los beneficios psicológicos. Según Morgan y compañeros (citado por Berger y McInman), por debajo de un punto, el ejercicio es benéfico; cuando sobrepasa un nivel, el ejercicio puede ser en detrimento del bienestar.

10.3 Terapia de grupo

El grupo invita a reflexionar acerca de conductas estereotipadas instaladas en la personalidad y desafía al cambio. Propicia salir del aislamiento y de la soledad al abrirse a los otros integrantes, permite escuchar y convivir con ellos. Posibilita ponerle palabras a situaciones vividas desmitificándolas, quitándoles la connotación de trágicas.

El grupo permite la confrontación y ayuda a poner límites aprendiendo estrategias para enfrentar distintas situaciones. Al escuchar y compartir diferentes ópticas, amplía las opciones de soluciones haciéndolo a uno más flexible. Proporciona un lugar, un espacio y un tiempo compartido que acompaña aún cuando no se este en él. El grupo potencia y favorece los procesos de cambio. En la terapia grupal se revisan las propias creencias y como ellas han limitado la vida. Se descubren obstáculos autoimpuestos elaborando miedos y dudas.

Al igual que la terapia individual la terapia de grupo ayuda a las personas a resolver sus problemas diarios. Sin embargo ésta última se focaliza en los problemas de relación. El grupo es como una representación en miniatura del mundo real. Las dificultades, problemas y decepciones que llevaron a la persona a la consulta se reactivan dentro del grupo; produciéndose un intercambio con el resto de las personas. Cada miembro actuará con los otros de manera bastante similar a cómo actúa afuera. Por ello, el grupo resulta el marco ideal para descubrir y practicar nuevas formas de abordar las relaciones sociales; es un contexto nuevo para probar otras formas de comportamiento en un ambiente creado para ello y orientado por profesionales. Este cambio de contexto, facilita el surgimiento de nuevas soluciones a antiguos problemas.

La terapia de grupo favorece la identificación mutua, la aceptación, el contacto con la realidad, pone en práctica la aceptación de normas y límites. La conducta del paciente es confrontada por los integrantes del grupo en un clima de respeto, su recuperación, como meta común se comparte por todos los integrantes. Depende de sus propios recursos y se apoya en sus semejantes como una vía para alcanzarla.

Los "grupos de encuentro" tienden a enfatizar los aspectos emocionales del proceso. La raíz de la terapia de grupo actual con frecuencia se ubica en las reuniones que Joseph Pratt, un internista de Boston, mantuvo con pacientes tuberculosos, alrededor del comienzo del siglo XX. (Jay Linn y Garske, 1988) Los grupos de auto-ayuda como Alcohólicos Anónimos, tan populares hoy, tienen una cualidad que recuerda el espíritu inicial del trabajo con grupos, realizado por Pratt. Sin embargo, los grupos de auto-ayuda se distancian de la concepción de Pratt, en que sus líderes no profesionales surgen de las filas del grupo.

Existen diversas formas de terapia de grupo. Una de ellas es el psicodrama: en ésta, la terapia toma la forma de una representación dramática en la que un miembro del grupo representa espontáneamente papeles frente al líder o los miembros del grupo, los cuales representan a las personas significativas de la vida de aquél. El valor del trabajo en un grupo de psicodrama no solo proporciona una rica información, sino que, principalmente tiene un efecto terapéutico, dice Herrejon (1997).

En la terapia de grupo tipo Tavistock, el líder del grupo moviliza las necesidades y expectativas infantiles de los miembros (como, por ejemplo, las necesidades de apoyo, seguridad y cuidado), asumiendo el rol pasivo de un espectador virtual. La interpretación que hace el líder acerca del fondo emocional y de la conducta del grupo, es la vía regia para alcanzar la meta principal de los grupos: la comprensión de los procesos del grupo, los delicados balances entre las fuerzas adultas e infantiles que gobiernan su movimiento. Existen también grupos psicoanalíticos en los que se aplican los fundamentos de esta teoría: la interpretación, la libre asociación, el análisis de la transferencia y la resistencia. (Jay Linn y Garske, 1988)

Los grupos "de entrenamiento" se basan en la idea de mejorar las habilidades de solución de problemas y la calidad de las relaciones interpersonales. Consta de 8 a 16 miembros, es inestructurado y tiene un líder o agentes de formación que llevan a los participantes a involucrarse en interacciones cara a cara. En este enfoque se asume que el aprendizaje se intensifica al divorciar el marco del taller del mundo cotidiano y de los matices de la vida diaria. (op. cit.)

Los "grupos de encuentro" tienden a enfatizar los aspectos emocionales del funcionamiento individual y utilizan técnicas para amplificar los sentimientos. Se considera que en estos grupos participan personalidades normales que desean crecer, cambiar y desarrollarse. (op. cit.)

Los "grupos maratón" tienen una duración de 24 horas o más y están basados en la premisa de que la meta de las interacciones no es que éstas se comprendan, sino que se reaccione ante ellas. A medida que la sesión progresa, se construye el momento emocional: aumenta la tolerancia a la ansiedad; la fatiga hace caer las resistencias y estimula las respuestas auténticas y espontáneas; cuando se acerca la terminación, la urgencia de completar la experiencia y alcanzar las metas personales facilita la descarga emocional y la catarsis (op. cit.).

Los grupos de la terapia de conducta representan una desviación clara de los grupos de encuentro y maratón. En lugar de cultivar la expresión emocional y la toma de conciencia, los terapeutas de conducta se centran en extraer el potencial del grupo para estimular el cambio conductual.

El desarrollo de todo grupo está íntimamente relacionado con la cohesión. Una de las primeras tareas del líder es crear normas que faciliten el trabajo del grupo. Las normas de conducta en el grupo se diseñan y utilizan para canalizar diferentes acciones e interacciones hacia el cambio constructivo. Existen tres normas que el líder debe apoyar inequívocamente (Shapiro, 1988): (1) la interacción del grupo en los primeros momentos de la vida de éste corresponde generalmente a problemas que son presentados de un modo intelectualizado, frío y sin que medie el afecto. Los miembros del grupo deben aprender a reconocer sus sentimientos y a darse cuenta de que sus emociones son motivadores importantes de su conducta; (2) los miembros del grupo deben expresar abierta y honestamente sus sentimientos. El líder debe apoyar la expresión de emociones, incluso emociones negativas que se dirijan a él; (3) los miembros del grupo deben centrarse en el aquí y ahora, es decir, en sus sentimientos presentes hacia sí mismos, hacia otros miembros del grupo y hacia el líder.

En las primeras etapas del desarrollo del grupo, una de las responsabilidades más importantes del líder es controlar el nivel de ansiedad en el grupo.

10.4 Terapia sociorecreativa

La terapia socio-recreativa es un programa terapéutico de recreo planificado y organizado que se diseña para ayudar a los pacientes a desarrollar sus capacidades sociales y aprender a participar en las actividades de tiempo libre en grupo. Los programas de la terapia recreativa rehabilitadora para las personas con trastornos mentales se centran en lo siguiente:

- Participación del paciente en actividades de tiempo libre.
- Desarrollar o recuperar las funciones sociales.
- Prevenir la pérdida de capacidades físicas.

Las relaciones sociales parecen ser vehículos para el cambio. El sujeto no está solo en su mundo, sino que por su intersubjetividad, a la que se ha indicado mediante la fenomenología de la sonrisa, tiene un Mitwelt, un mundo-consigo de otras personas con las que reconoce estar viviendo. (LONERGAN, 1998).

CAPITULO II

METODOLOGIA

a) La organización del Hospital Psiquiátrico "Dr. José Torres Orozco"

1. Breve historia del hospital

El Hospital Psiquiátrico de Morelia "Dr. José Torres Orozco" se fundó en el año de 1954 con el nombre de "Granja para Enfermos Mentales". En 1986 se integraron psicólogos al equipo interdisciplinario, pero fue hasta 1997 que se creó específicamente el Departamento de Psicología. Sus servicios para pacientes esternos incluyen terapia individual, de pareja y familiar. Con los usuarios hospitalizados se trabaja en la valoración. En 1998 se asignó el Programa de Terapia Ocupacional al departamento de Psicología. Desde ese momento se trabaja también con niños y adolescentes. La rehabilitación incluye entre sus medios (técnicas) la terapia educativa, cognitiva, física, ocupacional, de grupo y taller de manualidades. El fin del departamento de psicología en esos momentos es integrar al usuario al medio socio-familiar.

**CAPITULO II:
METODOLOGÍA**

2. Proceso de admisión

Una enfermera recibe a los pacientes y les hace una exploración física. Luego son recibidos por su médico asignado. Este elabora una parte de la historia clínica psiquiátrica, dando al final su impresión diagnóstica y sus sugerencias de tratamiento. La enfermera evalúa las necesidades de enfermería, administra la medicación, y documenta el comportamiento diario del paciente. El trabajador social se encarga de valorar y establecer contacto con la familia del paciente. El equipo de psicología se incluye en su programa diario de actividades llamado "Terapia Ocupacional".

Los usuarios internos en el hospital son separados por sexo, les es prestada ropa (uniforme), se asigna una cama y un médico. El criterio para esto último es el diagnóstico del usuario. Hay -por ejemplo- médicos especializados en abuso de sustancias. Cuando ingresan,

CAPITULO II

METODOLOGIA

a) La organización del Hospital Psiquiátrico "Dr. José Torres Orozco"

1. Breve apunte histórico.

El Hospital Psiquiátrico de Morelia "Dr. José Torres Orozco" se fundó en el año de 1958 con el nombre de "Granja para Enfermos Mentales". En 1986 se integraron psicólogos al equipo interdisciplinario, pero fue hasta 1997 que se formó propiamente el Departamento de Psicología. Sus servicios para pacientes externos incluían terapia individual, de pareja y familiar. Con los usuarios hospitalizados se trabajaba en la valoración. En 1998 se asignó el Programa de Terapia Ocupacional al departamento de Psicología. Desde ese momento se trabaja también con niños y adolescentes. La rehabilitación incluye entre sus medios (técnicas) la terapia educativa, cognitiva, física, recreativa, terapia de grupo y taller de manualidades. El fin del departamento de psicología en esos momentos es integrar al usuario al medio socio-familiar.

2. Proceso de admisión.

Una enfermera recibe a los pacientes y les hace una exploración física. Luego son recibidos por su médico asignado. Éste elabora una parte de la historia clínica psiquiátrica, dando al final su impresión diagnóstica y sus sugerencias de tratamiento. La enfermera evalúa las necesidades de enfermería, administra la medicación, y documenta el comportamiento diario del paciente. El trabajador social se encarga de valorar y establecer contacto con la familia del paciente. El equipo de psicología lo incluye en su programa diario de actividades o "Terapia Ocupacional".

Los usuarios internos en el hospital son separados por sexo, les es prestada ropa (uniforme), se asigna una cama y un médico. El criterio para esto último es el diagnóstico del usuario. Hay -por ejemplo- médicos especializados en abuso de sustancias. Cuando ingresan,

la mayoría tiene alteraciones en uno o más aspectos de la orientación (tiempo, espacio, persona), pensamiento (coherencia y congruencia), lenguaje y conducta.

3. Organización del Departamento de Psicología.

Los pasantes de psicología llegan a las 9 de la mañana al hospital; registran su tarjeta como cualquier otro empleado y comienzan planeando las actividades del día. La única norma es elegir una adecuada al día de la semana, dado que: lunes está destinado para terapia grupal, martes a terapia deportiva, miércoles y jueves a terapia ocupacional* y viernes a terapia socio-recreativa. A las 10 comienzan las actividades: se procura que todos los usuarios sean invitados a participar. Hombres y mujeres trabajan 2 días juntos y 3 separados. Normalmente se emplean 2 horas para actividades y "tiendita"¹⁶. Al medio día se "meten notas"¹⁷ en los expedientes. Después de 4 horas aproximadamente de servicio, se checa la salida.

4. Planeación de la Terapia ocupacional a cargo de los pasantes.

En las terapias diarias se trabaja de la siguiente manera: cuando la actividad se planea para que hombres y mujeres la realicen juntos, los pasantes eligen el lugar más adecuado, se plantean los objetivos y éstos son revisados por el profesionista a cargo. Cuando se separa a los usuarios por sexo, son dos profesionistas los que supervisan. Normalmente se entrega la propuesta para las dinámicas de cada semana, desde 7 días antes. Juntos se elegían utilizando como criterio la viabilidad, que los objetivos fueran acordes con los del hospital y la duración. Aun con la ventaja de la programación con tiempo, hubo varias veces en que por las condiciones del clima o alguna otra variable fuera de control, obligó a modificar -minutos antes de iniciarla-, la terapia del día.

* (nota: el programa general se llama también Terapia Ocupacional, pero abarca la terapia de grupo, la ocupacional, la deportiva y la socio-recreativa)

¹⁶ Los usuarios que participaron en las terapias tienen derecho a escoger algo de un almacén de dulces, cigarros y fritangas destinado para ello.

¹⁷ Según las observaciones hechas en las bitácoras, anotamos en hojas especiales de psicología si el usuario asistió o no a la terapia, si acata indicaciones, y describimos brevemente el estado de su lenguaje, pensamiento y orientación.

Los roles de cada pasante se deciden por actividad. Así, unas veces se actúa como observador, otras de facilitador, otras de anotador (bitácoras) y otras cuantas de apoyo. Se revisan logros y fallas personales en la retroalimentación entre miembros del equipo. Ese es el momento adecuado para reconocer las habilidades, talentos y esfuerzo de cada integrante.

Trabajar con usuarios internos es relativamente fácil si se utilizan no sólo “el primado de los lenguajes adultos” (Palacios, 1978): el verbal y el escrito, sino también el infantil: las sensaciones, las acciones y los juegos. Para la autora, los individuos con trastornos mentales deben ser tratados con todos los recursos –como si fueran niños- SIN olvidar que no lo son y que perciben si alguna vez se dirigen a ellos como si fueran retrasados mentales. En una ocasión se escuchó a uno quejarse por eso. Una se da cuenta que muchas veces se comete el error de hacer el trabajo POR ellos en lugar de enseñarles cómo. Orgullosamente se puede decir que varias de las actividades planeadas fueron tan poco comunes, que varios del personal del hospital y hasta el personal de psicología, no las había realizado jamás. Si el caso era una manualidad, el entusiasmo era tanto, que se olvidaba el propio rol y la razón de estar en el hospital.

Los usuarios asistieron a las terapias, siempre y cuando lo que fueran conociendo los mantuviera interesados. Así, la asistencia de un día podía depender del éxito de la Terapia Ocupacional del día anterior. El “reforzador”¹⁸ por sí solo no hizo el trabajo de la motivación.

Los factores que intervienen en una terapia ocupacional atractiva son:

- novedad
- nivel de dificultad
- variedad de actividades específicas (cortar, pegar, pintar, doblar, ensartar, tocar, oler, escuchar, inventar, enrollar)
- material utilizado
- claridad en las instrucciones
- presentación de objetivos previa al trabajo

¹⁸ Reforzador.- Cuando los usuarios logran los objetivos, pueden escoger dos objetos de la “tiendita”... esto es: cigarros, dulces, churros, galletas, chicles, etc. Esto no es un proceso controlado a nivel de condicionamiento.

Las actividades con tiempo, los encargados de atención abastecieron los miércoles de material de pap. Durante los diversos tipos de terapias en que se coordinó o en las que se participó como auxiliar, estuvo presente siempre la forma de "facilitador", en lugar de una actitud más autoritaria. Si alguien no quería entrar a la terapia, no era obligado y aun aquel que entrara, no "tenía" que hacer todas las actividades: era su decisión el quedarse callado en terapia grupal, el hacer dos veces la misma manualidad en terapia ocupacional, o el abandonar una actividad en cualquier momento.

El vínculo que mantiene unido a todo el grupo en su conjunto es la comunicación, y la actual. La forma de manejar los conflictos en el departamento de psicología del hospital psiquiátrico, se caracteriza por ser abierta. Tan pronto se detecta una fuente de inconformidad entre 2 o más miembros, se hablaba por los implicados y resuelve.

La interacción del terapeuta ocupacional con sus compañeros determina la personalidad de la. El proceso de rehabilitación en el hospital, requiere que todos los trabajadores estén coordinados. Las enfermeras participaron en las actividades, pero hubo días en que ellas dirigieron. Esto se presentó en ocasiones especiales. Motivadas por ver lo capaces que son los usuarios, decidían trabajar con ellos para elaborar decoraciones para las fiestas nacionales. Otras veces se acordó con ellas para que el baño fuera después de la terapia deportiva, de modo que los usuarios permanecieran frescos y limpios durante el resto del día. Las trabajadoras sociales procuraron avisar a los familiares de los usuarios para que ellos programaran sus visitas sin interferir con la Terapia Ocupacional; incluso algunos de los usuarios internos preferieron estar "ocupados" a tener entrevistas con parientes.

Con los cocineros fue escasa la necesidad de coordinación. Raras ocasiones se solicitó su auxilio -ya fuera para material a utilizar o para que se elaboraran botanas, atole o té para la hora en que la actividad era ver una película. Los celadores apoyaron siempre. Mucho más a la hora de hacer deporte, en donde era más probable que alguno se pusiera agresivo o tratara de escapar. Con los médicos y psiquiatras, la colaboración (complementación, integración) fue mediante los expedientes de los usuarios. Para algunos expedían recomendaciones específicas (por ejemplo: no terapia, no visitas, o que se tuviera precaución). Los encargados de mantenimiento fueron pieza clave en las terapias deportivas: con frecuencia los balones necesitaron aire y solo ellos podían ponerle rápida y eficientemente. Si se programó (planeó)

las actividades con tiempo, los encargados de almacén abastecieron los miércoles de material de papelería.

Una determinado grupo de personas sabe (o se imagina) lo que hace un psiquiatra, una trabajadora. Todo el equipo procuró siempre llevar una relación cordial. Cada uno sabía su papel en la recuperación de los pacientes. Debido a lo numeroso del Departamento, la pieza clave para el buen funcionamiento del equipo interdisciplinario fué el respeto y la paciencia.

La experiencia de hacer el servicio social en un hospital psiquiátrico comienza desde la misma. El vínculo que mantiene unido a todo el equipo en su conjunto es la comunicación, y la actuación del equipo repercute directamente sobre el paciente, objeto de la actuación del personal.

La interacción del terapeuta ocupacional con sus compañeros determina la personalidad de la unidad. Un grupo armónico es un grupo eficiente, y cuando las personas tratan a los demás con dignidad y respeto es más probable que traten a los pacientes de esa forma.

Mientras decidía permanecer o no (a prueba una semana), se escucharon varios comentarios. Se recuerda el más impactante: "hay pacientes con sida". La reacción personal, que solo había escuchado sobre el tema por medios de comunicación, enseñanzas o historias sobre otros países, fue de temor. Después se pensó que si enfermeras, trabajadoras sociales, policías y doctores convivían con ellos y trabajaban para ellos sin infectarse, una también lo podía hacer, solo debía tomar las mismas precauciones.

La convivencia con otros pasantes de psicología y con el equipo de trabajo -además del programa agradable- fue decisiva al elegir la permanencia. El ambiente relajado y cordial nunca perdía de vista los objetivos del hospital.

Las películas sobre hospitales psiquiátricos aportan UNA idea de lo que puede suceder dentro de ellos. No así LA realidad. La mayoría de las veces exageran, o presentan casos muy graves, de manera amarillista. La fantasía personal era que la mayoría de los pacientes tenía un grado de enfermedad mental crónico. Que no se podía hacer mucho (psicológicamente hablando, rehabilitación) con ellos. También se fantaseaba que era imposible establecer una conversación -más o menos estructurada- con un psicótico. En cuanto a la disposición a

b) La experiencia personal

Una determinado grupo de personas sabe (o se imagina) lo que hace un psiquiatra, una trabajadora social o una enfermera en un hospital psiquiátrico. Se conoce que –dado que comprende su campo de estudio- los psicólogos también tienen un papel en ese lugar.

La experiencia de hacer el servicio social en un hospital psiquiátrico comienza desde la misma decisión de hacerlo. Entran aquí tanto las propias ideas, fantasías y prejuicios como el trato de los encargados del programa. Para la autora, fue importante sentir que a otros importaba lo que podía un estudiante aportar. La entrevista que se tuvo con el médico responsable, hizo sentir eso. Que el equipo de trabajo era abierto a nuevas ideas y que uno iba a participar en alguna toma de decisiones; que no solo serviría de mandadera o „saca-copias“. Les interesaba “el currículum” y no era solo una quien tomaba el reto, sino que el hospital se cercioraba de adoptar personas que se comprometieran con su trabajo.

Mientras decidía permanecer o no (a prueba una semana), se escucharon varios comentarios. Se recuerda el más impactante: „hay pacientes con sida“. La reacción personal, que solo había escuchado sobre el tema por medios de comunicación, enseñanzas o historias sobre otros países, fue de temor. Después se pensó que si enfermeras, trabajadoras sociales, policías y doctores convivían con ellos y trabajaban para ellos sin infectarse, una también lo podía hacer; solo debía tomar las mismas precauciones.

La convivencia con otros pasantes de psicología y con el equipo de trabajo –además del programa agradable- fue decisiva al elegir la permanencia. El ambiente relajado y cordial nunca perdía de vista los objetivos del hospital.

Las películas sobre hospitales psiquiátricos aportan UNA idea de lo que puede suceder dentro de ellos. No así LA realidad. La mayoría de las veces exageran, o presentan casos muy graves, de manera amarillista. La fantasía personal era que la mayoría de los pacientes tenía un grado de enfermedad mental crónico. Que no se podía hacer mucho (psicológicamente hablando, rehabilitación) con ellos. También se fantaseaba que era imposible establecer una conversación –más o menos estructurada- con un psicótico. En cuanto a la disposición a

trabajar con ellos, había alegría de ser parte de un equipo encaminado a guiar a los usuarios hacia la salud mental. Se tuvo temor y dudas acerca de cómo se trabaja con personas dentro de una institución de salud mental. No se tenía el menor indicio que hiciera imaginar como era el trabajo con ellos ni como funcionaba el programa y el equipo de trabajo. Había mucha inseguridad acerca de la manera de relacionarse con los pacientes y temor acerca de violencia o comportamientos imprevisibles.

Al elaborar el plan de trabajo en Terapia Ocupacional, el pasante de psicología debe tener La autora fué presentada a los encargados de vigilancia, así como a todo el equipo de psicología. Había entre ellos cuatro psicólogos, una trabajadora social y seis pasantes de psicología. Ese mismo día se participó en la planeación y realización de actividades. Conforme avanzaba el día, se fueron explicando los procedimientos y costumbres. Una se sentía feliz al percibir al equipo abierto tanto a dar como a recibir. Parecieron flexibles y dispuestos a convivir en el aprendizaje (que en la vida nunca acaba). En este equipo todo mundo aprendió de todos; pasantes y titulados. Una se sintió adecuada y con rápida adaptación. Las horas que se pasaba en el hospital se iban rápido porque gustaba el trabajo.

entre los mismos pasantes de psicología se despertaba motivación para llevar a cabo una actividad. Agradó la forma de trabajo del departamento de psicología. Aunque la rutina se repetía a diario, la convivencia con el equipo, enfermeras y demás empleados hacía ameno el ambiente; que no fuera tedioso el trabajo. Los demás practicantes –que solo llevaban una semana más de haber iniciado el servicio- explicaron detalladamente el proceso conforme se necesitó. Eso disminuyó el estrés.

Desde la experiencia individual, los usuarios (entre más psicóticos, más graves) atendían mejor las indicaciones si uno los tocaba al hablarles. Ello recuerda la idea de Biro (1992), en el sentido de que un psicótico ignora o excluye la realidad al enfrentar el conflicto de las demandas internas de los impulsos. Del mismo modo, si se volteaba a verles para pedir un momentito de espera. También se encontraban sonrisas en sus caras.

En las ocasiones en que se percibió al usuario poco concentrado, distraído o con atención dispersa, se utilizó el instrumento de la comunicación por el tacto. Con solo tocarles un hombro o una mano se obtuvo lo buscado: centrar su atención. Dio resultado la mayoría de las veces.

Varias veces al año se dan en el hospital conferencias, pláticas y cursos a los que esta invitad. Se mencionó el hecho de que con algunos usuarios es necesario hablarles como si fueran niños. Esto es: explicarles con voz clara enseñándoles al mismo tiempo la instrucción o procedimiento. Enfocándose en la dificultad de cada usuario sin hacer las cosas por él sino con él. Como acompañándolo en el proceso de re-aprender. son-ai-icas (entre otras muchas cosas)

Al elaborar el plan de trabajo en Terapia Ocupacional, el pasante de psicología debe tener en cuenta los intereses del grupo participante, así como proporcionarle conocimientos y habilidades útiles (prácticos) para su vida. ativo, sino tambien en equipo

A nadie le gusta trabajar sin objetivos, actuar como robot, plegarse a pensamientos inscritos en rutinas en las que no participa. (Ferriere, 1972) Fué extremadamente importante que los usuarios escucharan los fines de una terapia, o que vieran el resultado –en el caso de algunas terapias ocupacionales-. No les motivaba mucho –por ejemplo- el saber que iban a trabajar „doblando un papel“, o pegando periódico con engrudo sobre un globo. Ni siquiera entre los mismos pasantes de psicología se despertaba motivación para llevar a cabo una actividad, si primero no se convencían por medio de los sentidos.

El equipo se esforzó en planear actividades que motivaran la creatividad del usuario. Al tomar como base los sectores de la creatividad según Lobrot (1985), se comprobó que mediante ella, se puede desarrollar y/o mantener activa el área mental de la persona. Aunque las dinámicas tuvieran diversos grados de dificultad, el usuario más limitado era capaz de realizarlas –a su modo- y así se cumplían los objetivos. En otras palabras: lo que se buscaba no eran manualidades perfectas, dibujos hermosos o representaciones exactas, sino que el proceso en sí tuviera un fin. “Cada experiencia creadora da paso a otra nueva experiencia. El hombre que ha emprendido este camino ya no puede detenerse. Se encuentra embarcado en un proceso de crecimiento potencial infinito”. (Lobrot, 1985)

Actividades extra-oficiales

Previamente Varias veces al año se dan en el hospital conferencias, pláticas y cursos a los que esta invitado todo el personal. Dado que los temas abarcan muchas disciplinas, estos son muy importantes para el conocimiento y reconocimiento de los diversos roles jugados en la institución. Mediante ellos, los psicólogos aprenden datos de primeros auxilios y las enfermeras escuchan más acerca de enfermedades psico-somáticas (entre otras muchas cosas).

Como pasante de psicología se tuvo la oportunidad de asistir con los compañeros al „Primer Encuentro Nacional de Psicólogos Trabajadores de la Secretaria de Salud“. Fue una experiencia formativa no solo a nivel educativo, sino también en „equipo“. casos, observaciones especiales. La fuente de la que se obtuvo la descripción es Acosta (1995)

c) Descripción de las actividades

2.1 TERAPIA GRUPAL

Lugar

- Un salón amplio y ventilado

Material necesario

- Sillas para cada participante

Objetivos

- Que el usuario participe en un proceso terapéutico mediante el hablar de sí mismo
- Que recuerde la regla del respeto hacia los demás
- Evaluar la capacidad de los usuarios para escuchar a los demás
- Propiciar la identificación y conocimientos entre los miembros del grupo
- Que recuerden cosas de su vida fuera del hospital
- Que ejerciten su tolerancia a la frustración

Desarrollo

Previo a la terapia los facilitadores eligen el tema a tratar (la familia, el día de la madre, anécdotas con hermanos, vivencias, etc.) Los integrantes pueden contar sus problemas

Preámbulo de cualquier terapia:

Dos personas a cargo de las bitácoras preguntan a los participantes su nombre y edad. El facilitador a cargo hace preguntas para evaluar ligeramente la orientación de los usuarios, su lenguaje y su pensamiento.

A continuación, se hace una descripción detallada de todas las actividades de terapia ocupacional que se desarrollaron durante el Servicio social de la autora. Cada una de ellas incluyó el lugar, los materiales necesarios, los objetivos y en algunos casos, observaciones especiales. La fuente de la que se obtuvo la descripción es Acevedo (1995).

c) Descripción de las actividades

2.1 TERAPIA GRUPAL

Lugar

- Un salón amplio y ventilado

Material necesario

- Sillas para cada participante

Objetivos

- Que el usuario participe en un proceso terapéutico mediante el hablar de sí mismo
- Que recuerde la regla del respeto hacia los demás
- Evaluar la capacidad de los usuarios para escuchar a los demás
- Propiciar la identificación y conocimientos entre los miembros del grupo
- Que recuerden cosas de su vida fuera del hospital
- Que ejerciten su tolerancia a la frustración

Desarrollo

Previo a la terapia los facilitadores eligen el tema a tratar (la familia, el día de la madre, anécdotas con hermanos, vivencias, etc.) Los integrantes pueden contar sus problemas

cotidianos y los hechos más importantes de la semana, si es que así lo desean, pero el psicólogo a cargo tratará de que los objetivos se cumplan. Se comparten sentimientos y pensamientos acerca de lo que acontece en las sesiones de la terapia de grupo; por medio del intercambio y autoobservación las personas aumentan la información sobre el modo en que se relacionan con los demás. Se hacen concientes de sus propios sentimientos a través del intercambio grupal y de las reacciones de los otros.

Observaciones

Es fundamental que el facilitador coordine las participaciones con un orden justo. Para esto puede apoyarse de otro miembro del equipo encargado de la terapia. Los usuarios son muy sensibles y un acto calificado por ellos como "injusto" puede provocar que se salgan de terapia.

2.2 TERAPIA DEPORTIVA

Lugar

- Un área abierta (de preferencia que contenga una cancha de básquetbol)

Material necesario

- Balón de fútbol
- Balón de volley-bol
- Balón de básquetbol
- Red de volley-bol
- Cuerda larga para brincar

Objetivos

- Que los usuarios realicen ejercicio físico recreativo
- Que liberen tensiones, estrés, emociones negativas
- Que socialicen con compañeros y personal

Desarrollo

Se invita a todos los usuarios a participar. La actividad comienza caminando alrededor de la cancha de básquetbol por espacio de 5 minutos. El ritmo se irá aumentando hasta completar 10 minutos con trote. Se hace un círculo amplio y se realizan ejercicios de

calentamiento y estiramiento. El facilitador a cargo pone el ejemplo. Después de que se ha abarcado todas las partes del cuerpo, se invita a los participantes a que pongan un ejercicio. Para ello pasan al centro. Todos lo imitan durante 2 minutos aproximadamente. Cada usuario elige el deporte en el que participará. Se hacen equipos y se procede a jugar. Al finalizar, se camina 5 minutos.

2.3 PAPIROFLEXIA (gorro, caja)

Lugar **NA LIBRE**

- Un salón amplio y ventilado

Material necesario:

- Sillas y mesas
- 7 hojas de papel para cada participante
- tijeras

Objetivos **usuarios y personal de psicología tengan un rato de esparcimiento y diversión**

- Que el usuario construya un cubo de papel, una cajita plegable y/o un gorro.
- Que ejercite su coordinación motriz fina **(esperar su turno)**
- Que ejercite sus habilidades de: atención, memoria
- Que conozca 3 utilidades de las hojas de papel **exposición frente a un grupo**
- Que los pasantes de psicología y las enfermeras desarrollen habilidades de facilitador

Desarrollo **la capacidad de los usuarios para escuchar a los demás**

El facilitador a cargo explica los objetivos de la actividad. Pregunta si alguien la conoce y lo recuerda. Se reparte a cada participante 7 hojas de papel. Comienza con mostrar como hacer cuadradas las hojas. Con la primer hoja, enseña los movimientos y dobleces necesarios, cerciorándose de que la mayoría del grupo este siguiendo y comprendiendo las instrucciones. Las personas de apoyo se encargan de mostrar a los más lentos (con dificultades de coordinación, atención, memoria o comprensión) los pasos, haciéndolo ellos mismos (es importante que anteriormente los hayan comprendido y realizado). Una vez obtenidos 7 cuadros, el facilitador muestra en alto su papel con los correspondientes dobleces -paso por paso-, al mismo tiempo que explica en voz alta. Se hace una pausa cada vez que termina un doblez. Para el cubo de papel se utilizan seis hojas y para la caja plegable o el gorro se usa una. Al final de la actividad se hace una pequeña retroalimentación. **eso es válido**

Observaciones BAILE Y CONVIVENCIA

Es importante detectar a los usuarios con dificultades en el seguimiento de las instrucciones, así como los que no logran tener una adecuada coordinación. Si los facilitadores de apoyo les ponen especial atención y los ayudan con paciencia, estos usuarios llegarán a su objetivo. Tener cuidado también de no hacer el trabajo por ellos, sino tan solo guiarlos.

2.4 PEÑA LIBRE

Lugar usuarios, personal de psicología y enfermeras tengan un rato de esparcimiento y

- Al aire libre

Material recuerden los derechos de los demás a ser respetados

- Sillas para cada participante cosas de su vida fuera del hospital

Objetivos usuarios convivan con sus compañeros y con el personal del hospital

- Que usuarios y personal de psicología tengan un rato de esparcimiento y diversión
- Que recuerden la regla del respeto hacia los demás imagen
- Que ejerciten su tolerancia a la frustración (esperar su turno)
- Que recuerden cosas de su vida fuera del hospital
- Minimizar el temor al ridículo debido a la autoexposición frente a un grupo se deja que los
- Propiciar la identificación y conocimientos entre los miembros del grupo bailar a alguno que
- Evaluar la capacidad de los usuarios para escuchar a los demás (ros, pastel, etc.)

Desarrollo

Se sienta a los usuarios en un círculo amplio. Se pide a los participantes piensen en algo que les gustaría hacer frente a los demás (cantar, bailar, recitar, etc.). Uno por uno pasan al centro y realizan su elección, coordinados por el facilitador en turno. Este puede apoyarse en otro que observe el orden con que los usuarios deciden participar. Los demás deberán permanecer callados y esperar su turno.

- Un salón amplio y ventilado

Observaciones

Es importante motivar a los usuarios más tímidos. Si se utiliza el medio adecuado para alentarlos, todos participan. En algunas ocasiones, si un usuario canta alguna canción conocida por sus compañeros, el hecho se presta para que la canten a coro... eso es válido.

2.5 MUSICA, BAILE Y CONVIVENCIA

Lugar

- Al aire libre

Material

- Sillas para cada participante
- Grabadora
- Cassetes o discos de música para bailar

Objetivos

- Que usuarios, personal de psicología y enfermeras tengan un rato de esparcimiento y diversión
- Que recuerden los derechos de los demás a ser respetados
- Que los usuarios recuerden cosas de su vida fuera del hospital
- Que los usuarios convivan con sus compañeros y con el personal del hospital
- Estimular la participación de todos los miembros del grupo
- Estimular y propiciar el manejo asertivo de la auto imagen
- Descubrir nuevas facetas del potencial individual a los ojos del grupo

Desarrollo

Se disponen las sillas en un círculo amplio. Se prende la música y se deja que los usuarios libremente decidan bailar. Enfermeras participan sacando a bailar a alguno que parezca indeciso o tímido. Se les ofrece algún refrigerio (agua, churros, pastel, etc.).

Observaciones

Algunos usuarios bailan sólo si se les invita personalmente. Es importante detectarlos.

2.6 PROTOCOLO

Lugar:

- Un salón amplio y ventilado

Material

- Sillas para cada participante

Objetivos

- Motivar el trabajo en equipo

- Facilitar la creatividad
- Que usuarios, personal de psicología y enfermería se liberen del estrés mediante el juego
- Que el usuario recuerde formas de saludo de su infancia
- Permitir a los participantes un acercamiento a la intercepción

Desarrollo

Se forman equipos de 5 o 6 personas. Los miembros deben elegir un nombre. Después inventarán un saludo, de modo que los miembros de ese equipo se identifiquen. Para finalizar, el equipo expone a los demás su saludo.

Observaciones

Muchos de los usuarios se empeñan en utilizar algún saludo utilizado por ellos cuando niños. Se observa limitación para desviarse de los estándares de la cultura; sin embargo, el personal de apoyo puede motivarlos a crear uno con su imaginación.

2.7 DINÁMICA ACERCA DEL 5 DE FEBRERO

Lugar

- Un salón amplio y ventilado

Material

- Lecturas sobre el 5 de febrero
- Sillas para cada participante
- Estambre
- Cinta diurex o masking tape

Objetivos

- Que los usuarios reconozcan un acontecimiento importante en la historia de México
- Que se diviertan
- Que ejerciten su creatividad
- Que interpreten papeles voluntariamente
- Permitir a los participantes un acercamiento a la intercepción
- Estimular la participación de todos los miembros del grupo

Desarrollo

El facilitador pregunta a los usuarios lo que se celebra el 5 de febrero. Una vez que la mayoría haya comentado lo que sabe al respecto, se torna a la lectura. Después, cada usuario se disfraza un poco (de un personaje importante) y representa el papel que el elija. Se hacen barbas, bigotes y pelucas con el estambre y la cinta adhesiva.

Observaciones

Es asombroso como varios usuarios interpretan el papel como si en realidad lo estuvieran viviendo. Cambian el tono de voz y la forma de moverse y caminar. Se desligan por un rato de su enfermedad. Contrariamente a lo que se pensaría, el representar papeles los acerca a la conciencia de la realidad.

2.8 DISFRACES

Lugar

- Un salón amplio y ventilado

Material

- Papel periódico
- Papel mache
- Estambres de distintos colores
- Cinta diurex o masking tape

Objetivos

- Que los usuarios y el equipo de psicología tengan un rato de esparcimiento y diversión
- Que los usuarios ejerciten su creatividad e imaginación
- Que recuerden el derecho a los demás a ser respetados
- Que los usuarios ejerciten su coordinación motriz fina
- Motivar la convivencia y sociabilidad

Desarrollo

Se motiva a los usuarios a que inventen un disfraz y lo porten. Pueden utilizar material diverso. A los participantes con dificultades motrices se les ayuda a disfrazarse, preguntándoles sus deseos.

Observaciones

Los usuarios estuvieron muy activos y creativos. Entusiasmados con la idea de poder ser sujetos de su propia creación.

2.9 LAS TORRES

Lugar

- Un salón amplio y ventilado

Material

- Papel periódico
- Cinta diurex o masking tape

Objetivos

- Integrar a los usuarios a un equipo de trabajo
- Que ejerciten su creatividad
- Que recuerden que cada persona piensa diferente
- Que ejerciten su coordinación motriz fina
- Propiciar la identificación y conocimientos entre los miembros del grupo
- Evaluar la capacidad de los usuarios para escuchar a los demás

Desarrollo

Se forman equipos de 5 o 6 personas. La meta a seguir es elaborar con el periódico y la cinta "una torre alta, bonita y firme". El tiempo límite es de 30 minutos. Después de hacer una pequeña retroalimentación, la colectividad decide los ganadores.

Observaciones

Es importante destacar las contribuciones que cada miembro del equipo hace en cuanto a ideas, elaboración o dirección.

2.10 FIGURAS DE MASA

Lugar

- Un salón amplio y ventilado

Material

- sillas y mesas
- varios kilos de harina (dependiendo del número de participantes)
- ½ kilo de sal
- agua
- pinceles
- acuarelas

Objetivos

- Que los usuarios realicen una obra de arte
- Que ejerciten su creatividad
- Que ejerciten su coordinación motriz fina
- Estimular la participación de todos los miembros del grupo
- Descubrir nuevas facetas del potencial individual a los ojos del grupo

Desarrollo

Se da a los usuarios un poco de masa (preparada con harina, agua y sal). La instrucción es que deberán elaborar la figura que ellos deseen (frutas, animales, inventos, etc.). Como la masa se seca con el movimiento, es importante que alguien con un poco de agua atienda a las necesidades. Conforme los participantes terminan su figura, pueden pintarla con los colores de agua.

Observaciones

Algunos usuarios con ideas machistas pueden rehusarse a trabajar con la masa, e inclusive llegar a comérsela, argumentando que de eso se hace el pan.

Material

2.11 PELÍCULA

Lugar

- Un salón amplio y ventilado

Material

- Sillas para cada participante
- Videocasetera y televisión
- Película en español
- Botana (churros, palomitas, papas)
- Agua de sabor

Objetivos

- Estimular la participación de todos los miembros del grupo
- Motivar la sociabilidad entre usuarios
- Incrementar el conocimiento interpersonal
- Tener un rato de relajación y esparcimiento
- Permitir a los participantes un acercamiento a la interacción

- Motivar el análisis del contenido de lo que ven diariamente

Desarrollo

Se disponen las sillas con vista al televisor. Separadas entre sí de manera que los participantes puedan sentarse sin molestar a otros. Se pone la película y se reparte el refrigerio. Al terminar, se hace una pequeña retroalimentación acerca del contenido de la película, sus personajes principales y acontecimientos más significativos.

Observaciones

Es importante que la película esté hablada en español: muchos de los usuarios tienen un nivel bajo en lectura y otros ni siquiera saben leer.

Material

- Una cartulina
- Plumones o colores

2.12 GLOBOS Y TAREAS

Lugar

- Al aire libre

Material

- Una silla para cada participante
- Globos
- Cuadros o rectángulos de papel pequeños
- Lápices

Objetivos

- Promover una rápida confianza mediante la relajación y distensión.
- Que el usuario tenga un rato de esparcimiento
- Que lea y siga instrucciones
- Que pruebe su tolerancia a la frustración
- Descubrir nuevas facetas del potencial individual a los ojos del grupo
- Estimular la participación de todos los miembros del grupo

Desarrollo

Antes de la dinámica, los facilitadores escriben en cada papelito una actividad a realizar y ponen uno en cada globo (por ejemplo: cantar algo en especial, hacer sentadillas, brincar en cuclillas, hacer caras chistosas, hacerla de "mimo", contar un chiste, etc.). Los participantes forman un círculo grande y se sientan. Un voluntario se acerca a la persona que sostiene los

globos y elige uno. Lo rompe (cada quien elige como) y lee el papelito que estaba dentro. Procede a realizar la tarea.

Observaciones

Es importante estar pendiente de los "tímidos"; la mayoría de las veces quieren participar pero no se atreven.

2.13 COLA DE BURRO

Lugar

- Al aire libre

Material

- Una cartulina
- Plumones o colores
- Un retazo de tela o papel mache

Objetivos

- Tener un rato de esparcimiento
- Que el usuario recuerde el juego que es típico de las fiestas infantiles
- Que el usuario siga instrucciones de sus compañeros
- Que el usuario agudice su audición selectiva
- Estimular la participación de todos los miembros del grupo
- Permitir a los participantes un acercamiento a la interacción

Desarrollo

Un burro es dibujado en la cartulina y es colocado a 7 metros de distancia de la línea de partida. Un voluntario se tapa los ojos y camina con la "cola de burro" hacia la cartulina. Los demás colocados al rededor lo orientan -en voz alta- en dirección a las ancas del burro.

2.15 MARIPOSAS, FLORES, ANIMALES, CASAS

Observaciones

Es una actividad recreativa muy querida por la mayoría de los usuarios, tal vez porque les trae recuerdos gratos de la infancia.

2.14 JUEGOS DE MESA

Lugar

- Un salón amplio y ventilado/ al aire libre

Material

- Sillas y mesas
- Domino
- Ajedrez
- Damas chinas
- Damas inglesas
- Memoria
- Rompecabezas
- Rommy
- Baraja

Objetivos

- Fomentar la sociabilidad entre usuarios
- Incrementar el conocimiento interpersonal
- Tener un rato de relajación y esparcimiento
- Promover una rápida confianza mediante la relajación y distensión.
- Estimular la participación de todos los miembros del grupo
- Permitir a los participantes un acercamiento a la interacción

Desarrollo

Se disponen las mesas separadas entre sí con espacio para que los usuarios se sienten. Ellos eligen que y con quién jugarán.

Observaciones

Es importante que el personal del hospital se integre a los juegos, eso hace sentir bien a los usuarios.

2.15 MARIPOSAS, FLORES, ANIMALES, CASAS

Lugar

- Un salón amplio y ventilado

Material

- Sillas y mesas
- Cartulinas
- Colores, crayolas, plumones, acuarelas
- Pliegos de papel lustre de distintos colores

Objetivos Desarrollar las fuerzas y debilidades, para lograr cambios personales

- Que los usuarios elaboren decoración con tema de primavera
- Que ejerciten su coordinación motriz fina
- Que utilicen su creatividad
- Estimular la participación de todos los miembros del grupo
- Descubrir nuevas facetas del potencial individual a los ojos del grupo
- Que el usuario tenga un rato de esparcimiento

Desarrollo una pirámide humana

Se dota a cada participante de la mitad de una cartulina. Se les invita a que dibujen (una mariposa, flor, animal o casa por día). A los pacientes más crónicos se les proporciona algo ya dibujado y se les invita a que lo colorean. Cada uno colorea o pega papeles de acuerdo a su idea.

Observaciones

Esta actividad mantiene ocupados a los usuarios pero no es de sus favoritas.

2.16 RALLY

Lugar

- Al aire libre

Material

- Varias sillas y mesas
- Hojas de papel
- Colores, lápices
- Cuerda larga para brincar
- Juego de lotería
- Libros de educación primaria

Objetivos RESPEDIDA DE ENFERMERAS (convivencia)

- Propiciar la identificación y conocimientos entre los miembros del grupo
- Desarrollar la creatividad expresiva
- Que el usuario tenga un rato de esparcimiento
- Descubrir nuevas facetas del potencial individual a los ojos del grupo
- Estimular la participación de todos los miembros del grupo

Que los usuarios se despidan de las enfermeras que fueron parte del hospital por 3 semanas.

- Identificar las fuerzas y debilidades, para lograr cambios personales
- Que los usuarios sigan instrucciones
- Fomentar el trabajo en equipo

Desarrollo

El rally incluye varias actividades, a juicio de los facilitadores. Las siguientes son las que utilizamos:

1. Dibujar el hospital psiquiátrico
2. Formar una pirámide humana
3. Escoger un nombre y elaborar una porra para el equipo
4. Jugar lotería
5. Brincar la cuerda
6. Leer y contestar preguntas

Se forman 6 equipos. Cada equipo deberá incluir a una persona de psicología o a alguien de enfermería de modo que se cerciore que todos participen. Un facilitador será el encargado de marcar los tiempos para el cambio de actividad, de modo que no haya dos equipos amontonados en la misma. Cada equipo comienza en una actividad; cuando se marca el cambio, el encargado de ese "puesto" les da una hoja con las instrucciones del siguiente que deben visitar.

- Sillas para cada participante

Objetivos

Observaciones

Esta actividad requiere de mucho tiempo de planeación, así como de asignar a un personal del hospital para cada actividad. La coordinación es fundamental, así como el que todos los participantes –organizadores y usuarios- entiendan el procedimiento.

2.17 DESPEDIDA DE ENFERMERAS (convivencia)

Lugar

- Al aire libre

Material

- Sillas y mesas

Objetivos

- Que los usuarios se despidan de las enfermeras que fueron parte del hospital por 3 semanas.

- Tener un rato de relajación y esparcimiento
- Propiciar la identificación y conocimientos entre los miembros del grupo
- Permitir a los participantes un acercamiento a la interacción
- Que usuarios y personal socialicen

Desarrollo

Las enfermeras preparan las actividades. (Comer donas colgadas, ponchar globos amarrados a los pies, bailar). Llevan comida preparada y la reparten. Dan unas palabras de despedida. Conviven con los usuarios. Bailan con ellos y platican. Muchos sentimientos son expresados.

Observaciones

El proceso de duelo, que con esta despedida los usuarios pueden elaborar, es trascendente si se compara con el proceso separación-individuación y con otros duelos que frecuentemente viven incompletos.

2.18 ESPEJOS

Lugar

- Un salón amplio y ventilado

Material

- Sillas para cada participante

Objetivos

- Fomentar en los usuarios experimentar nuevas manifestaciones comunicativas
- Desarrollar la creatividad expresiva
- Promover una rápida confianza mediante la relajación y distensión.
- Permitir interiorizar los sentimientos de los demás
- Permitir a los participantes un acercamiento a la interacción
- Estimular la participación de todos los miembros del grupo

Desarrollo

Se disponen las sillas en dos líneas, una frente a la otra. Cada usuario elige una pareja (participan enfermeras y departamento de psicología). Empieza una línea a hacer gestos y muecas. El otro trata de imitarlo lo mejor posible. Permanece siendo el "espejo" por espacio

de 15 minutos y luego cambian de papel. Posteriormente se incluye también el cuerpo. Ahora el espejo también tiene que copiar los movimientos de brazos, piernas, etc.

Observaciones

- Es una actividad muy relajante y como no tiene alto nivel de dificultad, todos los usuarios pueden participar.

2.19 CAJA DE REFRESCOS

Lugar

- Al aire libre

Material

- Cajas vacías de refrescos

Objetivos

- Minimizar la rigidez defensiva a favor de una interacción más íntegra entre los participantes
- Incrementar la confianza de los participantes al permitir una libre expresión de sentimientos
- Estimular la participación de todos los miembros del grupo
- Permitir a los participantes un acercamiento a la interacción
- Tener un rato de esparcimiento y distensión

Desarrollo

Se hacen dos equipos (aproximadamente 10 personas cada uno). Cada equipo decide como colocar las cajas de refresco en el piso (juntas o separadas) de modo que quepan más personas subidas en ellas, sin pisar el suelo. Se pueden abrazar para permanecer unidos sin caerse. La meta es subir más personas un periodo prolongado de tiempo con las menos cajas posibles.

Observaciones

Los usuarios se divierten mucho si compiten contra el personal del hospital. Muchos que permanecían sin entrar a las actividades participaron animados por la algarabía.

2.20 ARTE PLUMARIO

Lugar

- Un salón amplio y ventilado

Material

- Mesas y sillas
- Hojas de papel,
- Hojas con modelos de aves ya dibujados
- Palillos
- Lápices
- Plumas de gallina de varios colores (en bolsas) y plumas recolectadas.
- Cera de Campeche (aprox. 20 gramos para cada participante)
- Pedazos de tela ("trapitos")
- 2 Cestitos

Objetivos

- Que los usuarios elaboren una manualidad
- Incrementar el de la fantasía de los participantes
- Ejercitar la atención, manipulación y recorte de plumas correctamente.
- Descubrir nuevas facetas del potencial individual a los ojos del grupo
- Estimular la participación de todos los miembros del grupo
- Fomentar la sociabilidad entre usuarios
- Que los usuarios ejerciten su coordinación motriz fina
- Facilitar la creatividad
- Estimular la participación de todos los miembros del grupo

Desarrollo

Se platica sobre pájaros. Se pide que cada uno comente los que le son más conocidos. Sus favoritos, los más rápidos, los más astutos, los más grandes. Se observan y analizan las características de las plumas. Cada uno debe imaginar un pájaro. El que elaborará primero con lápiz sobre la hoja y luego decorará con las plumas. Se identifican las partes de una pluma y se seleccionamos las fracciones útiles, los colores. El resto se reúne como plumilla de desecho. Usando los dedos como pinzas se toman las plumas y se apartan en los cestitos. Se traza sobre una hoja los diseños a lápiz. Con el dedo índice se toma la cera y se distribuye en la parte interna del dibujo con cuidado hasta cubrirlo. Al terminar se deben limpiar los dedos con el trapito. Se colocan las plumas iniciando por la parte excéntrica o de abajo para arriba, etc, con ayuda de un palillo.

Puesto que el taparse los ojos es una experiencia poco común, los usuarios participan

Observaciones

Los usuarios con rasgos obsesivos tienen facilidad para el trabajo mecánico. Los observadores imitan y siguen las instrucciones a la primera. Los inquietos tardan pero producen mayor colorido.

La actividad es muy entretenida y todos los participantes quedan bastante satisfechos. Ningún reforzador es tan bueno al finalizar este trabajo, como el que ellos vean su obra y se reconozcan a sí mismos como creadores y capaces. Es una obra original.

papel periódico

2.21 OJOS VENDADOS

Lugar los bancos

- Al aire libre

Material de cartón (por ejemplo los del papel de baño)

- Paliacates (uno cada dos personas)
- 1 Cuerda larga (40 a 50 metros)

Objetivos facilitar la participación de todos los miembros del grupo

- Que los usuarios confíen en sus compañeros
- Que confíen en sus propios sentidos
- Permitir a los participantes un acercamiento a la interacción
- Estimular la participación de todos los miembros del grupo
- Fomentar la sociabilidad entre usuarios
- Que ejerciten su tolerancia a la frustración

Desarrollo tenga a su alcance. El papel periódico se corta en trozos, pueden ser rectángulos o

Variante 1: La cuerda se dispone amarrándola a árboles o postes de modo que sea un camino a seguir con los ojos vendados. De preferencia a la altura de un metro y más arriba. Se hace una fila. Uno por uno los participantes se vendan los ojos y empiezan a caminar guiados por el tacto con la cuerda. Los facilitadores procurarán detenerlos por un momento para que no se amontonen detrás de uno que prefiere ir despacio.

Variante 2: Los participantes forman parejas y uno de cada par se venda los ojos. El que queda visible le toma la mano a su compañero y lo guía por el lugar. Diciéndole cuando hay desniveles, escalones, inclinaciones en el camino y obstáculos.

Observaciones

Puesto que el taparse los ojos es una experiencia poco común, los usuarios participan entusiasmados.

2.22 ALCANCIA: COCHINITO

Lugar

- Un salón amplio y ventilado

Material

- globos
- papel periódico
- harina, agua
- platos hondos
- varios pliegos de papel de china rosa
- rollos de cartón (por ejemplo los del papel de baño)

Objetivos

- Que los usuarios elaboren una manualidad
- Estimular la participación de todos los miembros del grupo
- Fomentar la sociabilidad entre usuarios
- Que los usuarios ejerciten su coordinación motriz fina
- Facilitar la creatividad
- Que ejerciten sus habilidades de: atención, memoria

Desarrollo

Se prepara engrudo (agua y harina) y se deposita en los platos de manera que cada participante tenga a su alcance. El papel periódico se corta en trozos, pueden ser rectángulos o cuadrados aproximadamente de 15 centímetros cuadrados. Cada participante infla su globo del tamaño deseado para la alcancía. Se coloca el papel sobre el globo con la ayuda del engrudo hasta cubrirlo todo. Se deja secar la primer capa. Mientras más capas se pongan, más resistente quedará. Se colocan los rollos de cartón de manera que sean las patas del puerquito. Se pegan de la misma manera que las capas. Se da forma a las orejas y a la trompa del marranito. El papel rosa se corta en pedazos y así se le da color a lo elaborado. La cola se puede hacer del mismo material.

Observaciones

2.24 CUENTAS DE PAPEL

Lugar Esta actividad requiere de varios días para su efectiva elaboración. Las capas tardan en secarse aproximadamente 2 horas (si se ponen al sol).

Material

2.23 FIGURAS GEOMÉTRICAS

Lugar

- Un salón amplio y ventilado

Material

- Cartulinas
- Reglas (con los centímetros marcados)
- Lápices
- Tijeras
- Un pizarrón (gises)
- Pegamento blanco

Objetivos

- Estimular la participación de todos los miembros del grupo
- Fomentar la sociabilidad entre usuarios
- Que los usuarios ejerciten su coordinación motriz fina
- Que ejerciten su tolerancia a la frustración (esperar su turno)
- Que ejercite sus habilidades de: atención, memoria

Desarrollo Se reparte a cada usuario un pedazo grande de cartulina, un lápiz y una regla. Se traza en el pizarrón diferentes figuras geométricas que son el patrón para realizar una tridimensional. Una vez terminados sus trazos, los usuarios pueden recortar el papel para armar la figura pegándola con resistol.

Observaciones

Importante apoyar a los usuarios con dificultad, sin caer en la trampa de hacer la manualidad POR ellos, sino guiarlos.



2.24 CUENTAS DE PAPEL

Lugar

- Un salón amplio y ventilado

Material

- Hojas de revista (una para cada participante)
- Tijeras
- Reglas
- Lapiceros
- Resistol
- Hilo nylon
- Sillas y mesas



Objetivos

- Que los usuarios elaboren una manualidad
- Fomentar la sociabilidad entre usuarios
- Que los usuarios ejerciten su coordinación motriz fina
- Que ejerciten sus habilidades de: atención, memoria

Desarrollo

Se reparte a cada uno de los participantes una hoja de revista (de preferencia que contenga colores y que no sea muy delgada). Cada participante marcará con una pluma líneas paralelas cada dos centímetros (como se indica en la figura 1). Después, se harán líneas diagonales que atraviesen cada rectángulo marcado (figura 2). Una vez terminados los trazos, se procede a cortar con tijeras, de modo que queden piezas como la figura 3. Esa es la base para las cuentas de papel. Con cuidado se enrolla empezando por la parte ancha. Cuando la punta ya esté próxima, se procede a ponerle resistol, de modo que no se desenrolle. Una vez elaboradas las cuentas, se ensartan para hacer un collar o pulsera.

Figura 1

Figura 2

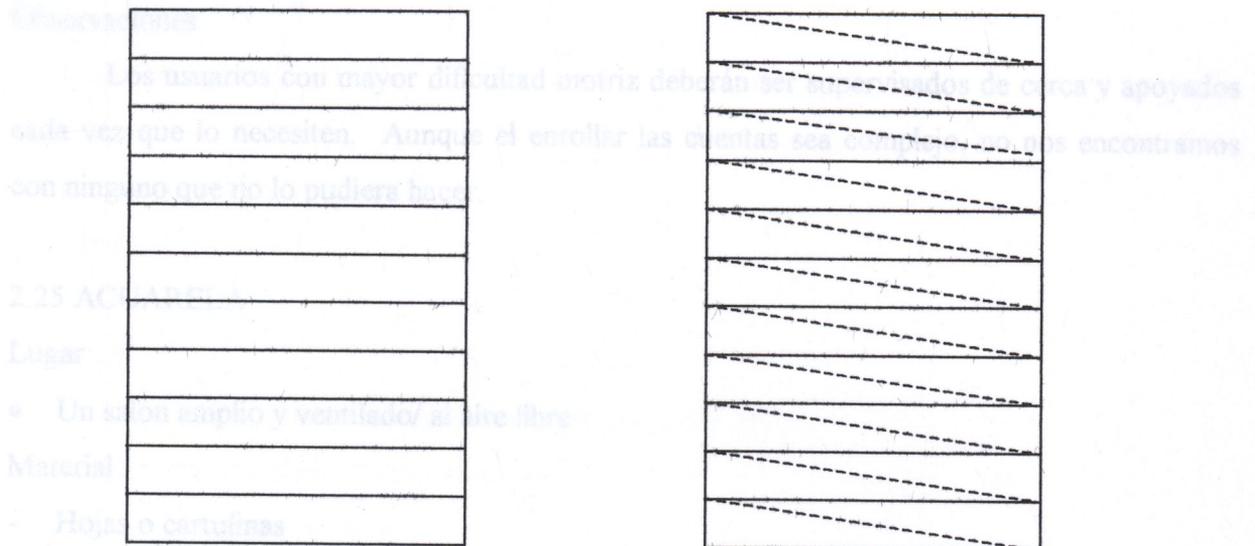


Figura 3

Objetivo

- Que el usuario exprese libremente sus frustraciones ocultas mediante el dibujo
- Estimular la participación de todos los miembros del grupo
- Fomentar la sociabilidad entre usuarios
- Que los usuarios ejerciten su coordinación motriz fina
- Facilitar la creatividad
- Propiciar la identificación y conocimientos entre los miembros del grupo

Desarrollo

Se reparte a cada participante una hoja o cartulina y se forman grupitos para que compartan las pinturas de agua. Se les pide que realicen el dibujo de su elección. A los que surtica lo hallan hecho, se les enseña a limpiar el pincel en el agua, para cambiar de color.

Observaciones

Los participantes pueden hacer varios dibujos. Pero no deben iniciar un segundo hasta considerar terminado su trabajo anterior. Algun facilitador supervisa este hecho.

2.26 REFRANES

Lugar

- Un salón amplio y ventilado

Observaciones

Los usuarios con mayor dificultad motriz deberán ser supervisados de cerca y apoyados cada vez que lo necesiten. Aunque el enrollar las cuentas sea complejo, no nos encontramos con ninguno que no lo pudiera hacer.

Mesas

2.25 ACUARELA

Lugar

- Un salón amplio y ventilado/ al aire libre

Material

- Hojas o cartulinas
- Pinturas de agua
- Pinceles
- Sillas y mesas
- Vasitos con agua limpia

Objetivos

- Que el usuario exprese libremente sus frustraciones ocultas mediante el dibujo
- Estimular la participación de todos los miembros del grupo
- Fomentar la sociabilidad entre usuarios
- Que los usuarios ejerciten su coordinación motriz fina
- Facilitar la creatividad
- Propiciar la identificación y conocimientos entre los miembros del grupo

Desarrollo

Se reparte a cada participante una hoja o cartulina y se forman grupitos para que compartan las pinturas de agua. Se les pide que realicen el dibujo de su elección. A los que nunca lo hallan hecho, se les enseña a limpiar el pincel en el agua, para cambiar de color.

Observaciones

Los participantes pueden hacer varios dibujos. Pero no deben iniciar un segundo hasta considerar terminado su trabajo anterior. Algun facilitador supervisa este hecho.

2.26 REFRANES

Lugar

- Un salón amplio y ventilado

Material

- Hojas blancas
- Lápices
- Sillas para cada participante
- Mesas
- Tijeras

Objetivos

- Estimular la participación de todos los miembros del grupo
- Fomentar la sociabilidad entre usuarios
- Motivar el trabajo en equipo
- Que ejerciten su tolerancia a la frustración
- Que ejerciten sus habilidades de: atención, memoria

Desarrollo

Se escriben en pequeños rectángulos de papel refranes populares (aproximadamente uno por participante). Se separan por la mitad. Las mesas se disponen en un círculo abierto y las sillas alrededor, de modo que los participantes puedan ver hacia el área no cerrada del círculo. Se reparte a cada participante igual cantidad de papeles. Se da un tiempo para que todos lean el contenido de sus papelitos. Comienza un usuario leyendo el que elija. El usuario que tenga el papel que complementa el refrán deberá anunciarlo. En caso de que ninguno se presente, o que el enunciado sea desconocido para el titular, los demás participantes podrán auxiliarlo.

Para mayor dificultad se puede dividir los refranes en 3 papeles, en lugar de 2.

Observaciones: Es importante que el facilitador mantenga el orden de modo que todos puedan participar y no se interrumpan.

2. LIMPIEZA DE SALONES, MESAS Y SILLAS

Lugar

- Al aire libre

Material

- Detergente
- Cloro
- Cepillos de limpieza

2.27 FIGURA DE PLASTILINA (variación ojos tapados)

Lugar

- Un salón amplio y ventilado

Material

- Plastilina de diversos colores
- Mesas
- Sillas
- Trapos de algodón

Objetivos

- Estimular la participación de todos los miembros del grupo
- Que los usuarios elaboren una manualidad
- Que los usuarios ejerciten su coordinación motriz fina
- Que los usuarios utilicen el sentido del tacto como principal
- Que el usuario exprese libremente sus frustraciones ocultas mediante el manejo de la plastilina

Desarrollo

Se dota a cada participante de un pedazo de plastilina, aproximadamente 100 gramos. Los que deseen pueden realizar la actividad con los ojos tapados. La consigna es hacer una figura humana. Se otorgan 30 minutos. Se hace una pequeña retroalimentación ligando las figuras construidas a la autoimagen de cada usuario.

Observaciones

- Los que hicieron la figura con los ojos vendados, pueden modificarla al abrirlos, pero con el antecedente de observarla y analizar las partes deformes y/o dominantes y ligarlas a sí mismos.

2.28 LIMPIEZA DE SALONES, MESAS Y SILLAS

Lugar

- Al aire libre

Material

- Detergente
- Cloro
- Cepillos de limpieza

- Estropajos
- Lijas

Objetivos

- Que el usuario tenga un rato de esparcimiento
- Que el área y los muebles donde normalmente se trabaja, sean limpiados
- Estimular la participación de todos los miembros del grupo
- Fomentar la sociabilidad entre usuarios
- Que los usuarios ejerciten su coordinación motriz fina
- Motivar el trabajo en equipo
- Limpiar el área de trabajo y su mobiliario

Desarrollo

Se utiliza todo el material –a criterio de los participantes- para limpiar el área y los instrumentos de trabajo. Las sillas y las mesas pueden sacarse al patio para que el olor de los limpiadores no vaya a ejercer efectos secundarios. En esta actividad no existen facilitadores, pero sí supervisores.

Observaciones

Preferente que hombres y mujeres trabajen por separado.

2.29 COSTURA

Lugar

- Un salón amplio y ventilado

Material

- Tela de algodón
- Hilos de bordado de colores
- Tijeras
- Agujas
- Plumas o plumones oscuros de agua

Objetivos

- Que las usuarias elaboren un bordado
- Estimular la participación de todos los miembros del grupo femenino

lectura. Una variante es que la historia no se lea toda y los participantes dibujen el final que ellos imaginan.

Todas las terapias, excepto terapia deportiva, peña libre, y baile se cierran con una retroalimentación.

Es un error hablar de una dinámica sin haber cerrado con retroalimentación la anterior. Algunos usuarios tienden a mezclar los temas.

CAPITULO III
RESULTADOS

CAPITULO III

RESULTADOS: LA EXPERIENCIA DEL SERVICIO SOCIAL

"El ser humano se ve condenado a construir, a inventar, a fabricar, a cambiar el mundo y los demás, superarse en su obra, y debido a ello experimenta satisfacción." (Lebror, 1985). Muchas veces se vio que los usuarios experimentaban gozo al participar en una terapia ocupacional. Algunos llegaban a expresarse definiendo sus sentimientos como de sensación de libertad y realización, como "estar fuera del hospital" por minutos, mientras duró una actividad. Eso era el resultado de haber construido e inventado algo. Si no era una manualidad, lo que construían gustosos era una feria; esta difiere de las ideas o delirios psicóticos, en que es fabricada con la voluntad del usuario, puede aparecer y desaparecer en el momento en que él o ella lo quiere.

Al realizar la psicodrama, los usuarios fueron contentos de hacer cosas con papel. Es importante subrayar que se nota el esfuerzo por hacer algo. Resumiere se les prohibió intercambiar, como curiosos de saber lo que se puede lograr doblando hojas.

CAPITULO III:

RESULTADOS

En la actividad de Prototipo, algunos usuarios se empeñan en utilizar algún objeto utilizado por ellos cuando niños. Se observó imitación para desviarse de los estándares de la cultura.

Respecto a la dinámica sobre el 5 de Febrero, es promeboso como varios usuarios interpretan el papel como si en realidad lo estuvieran viviendo. Cambian el tono de voz y la forma de moverse y caminar. Se dedican por un rato de su enfermedad. Contrariamente a lo que se pensaría, el representar papeles los acerca a la conciencia de la realidad.

Al trabajar para la creación de disfraces, Los usuarios estuvieron muy activos y creativos. Se entusiasmaron con la idea de poder ser sujetos de su propia creación.

CAPITULO III

RESULTADOS : LA EXPERIENCIA DEL SERVICIO SOCIAL

En cuanto a la Cola de Burro, se trata de una actividad recreativa muy querida por la mayoría. „El ser humano se ve conducido a construir, a inventar, a fabricar, a cambiar el mundo y los demás, superarse en su obra, y debido a ello experimenta satisfacción.“ (Lobrot, 1985). Muchas veces se vió que los usuarios experimentaban gozo al participar en una terapia ocupacional. Alguno llegó a expresarse definiendo sus sentimientos como de sensación de libertad y realización, como “estar fuera del hospital” -por minutos, mientras duró una actividad. Eso era el resultado de haber construido e inventado algo. Si no era una manualidad, lo que construían gozosos era una fantasía; ésta difiere de las ideas o delirios psicóticos, en que es fabricada con la voluntad del usuario y puede aparecer y desaparecer en el momento en que él o ella lo quiera.

En Ojos vendados, puesto que el taparse los ojos es una experiencia poco común, los usuarios Al realizar la papiroflexia, los usuarios estuvieron contentos de hacer cosas con papel. Es importante subrayar que se notó que hicieron su mejor esfuerzo. Realmente se les percibió interesados, como curiosos de saber lo que se puede lograr doblando hojas.

En la actividad de Protocolo, algunos usuarios se empeñan en utilizar algún saludo utilizado por ellos cuando niños. Se observó limitación para desviarse de los estándares de la cultura.

Al revisar los objetivos de la terapia ocupacional, fue aparente que muy pocas actividades Respecto a la dinámica sobre el 5 de Febrero, es asombroso como varios usuarios interpretan el papel como si en realidad lo estuvieran viviendo. Cambian el tono de voz y la forma de moverse y caminar. Se desligan por un rato de su enfermedad. Contrariamente a lo que se pensaría, el representar papeles los acerca a la conciencia de la realidad.

Al trabajar para la creación de disfraces, Los usuarios estuvieron muy activos y creativos. Se entusiasmaron con la idea de poder ser sujetos de su propia creación.

Al participar en Caja de refrescos, los usuarios se divirtieron mucho al competir contra el personal del hospital. Muchos que permanecían sin entrar a las actividades participaron animados por la algarabía.

En cuanto a la Cola de Burro, se trata de una actividad recreativa muy querida por la mayoría de los usuarios, tal vez porque les trae recuerdos gratos de la infancia.

El Arte Plumario es muy revelador: Los usuarios con rasgos obsesivos tuvieron facilidad para el trabajo mecánico. Los observadores imitaron y siguieron las instrucciones a la primera. Los inquietos tardaron pero produjeron mayor colorido. La actividad resultó muy entretenida y todos los participantes quedaron bastante satisfechos. Ningún reforzador fue tan bueno al finalizar este trabajo, como el que ellos vieran su obra y se reconocieran a sí mismos como creadores y capaces. Era una obra original.

En Ojos vendados, puesto que el taparse los ojos es una experiencia poco común, los usuarios participaron entusiasmados.

El Programa de Terapia Ocupacional y sus múltiples actividades contribuyen eficazmente en la rehabilitación de los usuarios, puesto que los mantienen activos. Las habilidades mentales primarias también son beneficiadas por la acción. Previenen también trastornos producidos por la "privación de la libertad" de los usuarios.

Al revisar los objetivos de la terapia ocupacional, fue aparente que muy pocas actividades abarcaron todos los puntos que se evalúan diariamente en los expedientes de los pacientes: pensamiento coherente y congruente, lenguaje claro, orientación en tiempo, persona y lugar. Siendo así, una se pregunta ¿cómo pretender que ellos mejoraran en esos aspectos?

DEFINICION DE LOS TRASTORNOS QUE PADECEN LOS USUARIOS DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO DE MORELIA CON MÁS FRECUENCIA

Esquizofrenia: alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de la fase activa (por ejemplo dos –o más- de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos).

Trastornos del estado de ánimo: Tienen como característica principal una alteración del humor. El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (por ejemplo: al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañadas por al menos otros cuatro síntomas de depresión). El trastorno bipolar se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores. El trastorno ciclotímico se caracteriza por al menos 2 años de numerosos períodos de síntomas hipomaniacos que no cumplen los criterios para un episodio maníaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

Demencia: los trastornos se caracterizan por el desarrollo de múltiples déficit cognoscitivos (que incluyen el deterioro de la memoria) que se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica, a los efectos persistentes de una sustancia o a múltiples etiologías (por ejemplo, efectos combinados de una enfermedad cerebrovascular y la enfermedad de Alzheimer).

Dependencia de sustancias: la característica esencial consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia. El diagnóstico de dependencia de sustancias puede ser aplicado a toda clase de sustancias a excepción de la cafeína.

Trastornos relacionados con inhalantes: Trastornos inducidos por la inhalación de los hidrocarburos alifáticos y aromáticos que se encuentran en sustancias como la gasolina, el pegamento, disolventes y pinturas en spray. A pesar de que puede haber diferencias sutiles en los efectos físicos y psicoactivos de los diferentes compuestos, no conocemos suficientemente sus efectos diferenciales como para distinguirlos. Todos ellos son capaces de producir dependencia, abuso e intoxicación.

Es asombrosa la cantidad de usuarios que ingresan por consumo de sustancias. Alrededor de 35% (usuarios internos entre enero y julio de 2002) presentan modificada la conciencia, el humor y/o la conducta debido al uso o abuso de diversas drogas o alcohol. En México, el problema del abuso de estas sustancias, que afecta sobre todo a los jóvenes, constituye un motivo de preocupación, por su tendencia creciente hasta constituirse en un problema de salud pública, así como por su alto costo social. Los agentes tóxicos ocasionan la pérdida de la salud física, mental y social, con deterioro del individuo en su organismo, en sus relaciones familiares, en su rendimiento escolar y en su ámbito laboral. (Las drogas y sus usuarios, CONADIC, 1992)

CONCLUSIONES

IV

CONCLUSIONES

A través de la historia, el hombre se ha preocupado por desarrollar estrategias que le permitan satisfacer necesidades individuales, familiares y sociales, procurando su bienestar, para tal fin ha utilizado la ocupación como medio principal para satisfacer dichas necesidades.

La ocupación es el eje del desarrollo de las culturas, para el individuo constituye la esencia del desarrollo intelectual, espiritual y social. Sin embargo diversas situaciones han hecho que las actividades realizadas por el hombre, se vean perturbadas por factores de violencia, desigualdad social y desempleo, teniendo que recurrir a otras alternativas que le permitan seguir llevando un estilo de vida acorde a sus necesidades.

CAPITULO IV:

Las instituciones privadas y del Estado han procurado desarrollar estrategias con el fin de contribuir a la solución del problema de los pacientes del Hospital Psiquiátrico, el departamento de psicología trata de ofrecer al usuario - mediante el Programa de Terapia Ocupacional - la oportunidad de suplir temporalmente esas actividades que ellos realizan fuera del hospital. El Programa de Terapia Ocupacional, contribuye al mismo tiempo a mantener sus habilidades mentales primarias y sus capacidades motrices, incorporados en la conservación y mejoramiento del bienestar.

Estos descubrimientos y logros enfatizan la importancia de establecer servicios de prevención y tratamiento para los trabajadores migrantes.

IV

CONCLUSIONES

A través de la historia, el hombre se ha preocupado por desarrollar estrategias que le permitan satisfacer necesidades individuales, familiares y sociales, procurándose bienestar; para tal fin ha utilizado la ocupación como medio principal para satisfacer dichas necesidades.

La ocupación es el eje del desarrollo de las culturas; para el individuo constituye la esencia del desarrollo intelectual, espiritual y social. Sin embargo diversas situaciones han hecho que las actividades realizadas por el hombre, se vean perturbadas por factores de violencia, desigualdad social y desempleo, teniendo que recurrir a otras alternativas que le permitan seguir llevando un estilo de vida acorde a sus necesidades.

Las instituciones privadas y del estado han procurado desarrollar estrategias con el fin de contribuir a la solución del problema. En el caso del Hospital Psiquiátrico, el departamento de psicología trata de ofrecer al usuario –mediante el Programa de Terapia Ocupacional-, la oportunidad de suplir temporalmente esas actividades que ellos realizan fuera del hospital. El Programa de Terapia Ocupacional, contribuye al mismo tiempo a mantener sus habilidades mentales primarias y sus capacidades motrices, importantes en la conservación y mejoramiento del bienestar.

Los descubrimientos y logros enfatizan la importancia de establecer servicios de prevención y tratamiento para los trabajadores migrantes.

CAPITULO V

SUGERENCIAS

El Programa de Terapia Ocupacional del Hospital Psiquiátrico de Morelia "Dr. José Torres Orozco" está a cargo del departamento de Psicología. En este equipo no existe ningún especialista en la materia, es decir son psicólogos, trabajadores sociales y personas sin preparación específica para desarrollar las terapias. Las instituciones de salud pública mexicanas deberían promover que sus empleados se capaciten continuamente, de modo que el nivel de preparación -y por consiguiente de atención- se eleve.

Se sugiere también que el nombre de Programa de Terapia Ocupacional sea modificado, se presta a confusión el hecho de que la Terapia Grupal sea una subdivisión de la Terapia Ocupacional, cuando en realidad es un método terapéutico mucho más complejo.

CAPITULO V:

SUGERENCIAS

Varios de los usuarios con los que se trabajó en el hospital, son ex-migrantes trabajadores del campo. Muchas veces, las intoxicaciones por fertilizantes, insecticidas y otros productos utilizados en la agricultura son confundidas con psicosis y otros diagnósticos. Es importante que el personal médico se actualice constantemente, a fin de evitar ese tipo de imprecisiones. Y con este ejemplo, se señala que todas las disciplinas deben estar en constante actualización. No sólo en beneficio de los usuarios del servicio, sino también para la trascendencia personal.

El problema de los trastornos mentales necesita ser abordado por un equipo interdisciplinario y de manera integral, que involucre a la comunidad en las acciones tanto preventivas como terapéuticas y de rehabilitación. En Morelia hace falta actividades y programas preventivos.

Cuando se ha trabajado sirviendo directamente a personas, uno se da cuenta que llevarlas por su nombre marca una diferencia de calidad en el trato. Por lo tanto, ¿por qué no aplicar lo mismo dentro del hospital? Muchos de nosotros nos hemos sentido contentos cuando en un establecimiento que visitamos frecuentemente somos reconocidos. El aprender los

El Programa de Terapia Ocupacional del Hospital Psiquiátrico de Morelia "Dr. José Torres Orozco" está a cargo del departamento de Psicología. En este equipo no existe ningún especialista en la materia, es decir: son psicólogos, trabajadores sociales y personas sin preparación específica para desarrollar las terapias. Las instituciones de salud pública mexicanas deberían promover que sus empleados se capaciten continuamente, de modo que el nivel de preparación -y por consiguiente de atención- se eleve.

Se sugiere también que el nombre de Programa de Terapia Ocupacional sea modificado; se presta a confusión el hecho de que la Terapia Grupal sea una subdivisión de la Terapia Ocupacional, cuando en realidad es un método terapéutico mucho más complejo.

Varios de los usuarios con los que se trabajó en el hospital, son ex-migrantes trabajadores del campo. Muchas veces, las intoxicaciones por fertilizantes, insecticidas y otros productos utilizados en la agricultura son confundidas con psicosis y otros diagnósticos. Es importante que el personal médico se actualice constantemente, a fin de evitar ese tipo de imprecisiones. Y con este ejemplo, se señala que todas las disciplinas deben estar en constante actualización. No sólo en beneficio de los usuarios del servicio, sino también para la trascendencia personal.

El problema de los trastornos mentales necesita ser abordado por un equipo interdisciplinario y de manera integral, que involucre a la comunidad en las acciones tanto preventivas como terapéuticas y de rehabilitación. En Morelia hace falta actividades y programas preventivos.

Cuando se ha trabajado sirviendo directamente a personas, uno se da cuenta que llamarlas por su nombre marca una diferencia de calidad en el trato. Por lo tanto, ¿por qué no aplicar lo mismo dentro del hospital? Muchos de nosotros nos hemos sentido contentos cuando en un establecimiento que visitamos frecuentemente somos reconocidos. El aprender los

nombres de cada uno de los usuarios es para la autora "calidad en la atención". En los grandes hospitales los pacientes se convierten en números, lo que los aleja un poco de un trato humano.

A los administrativos del hospital se les invita a revisar el presupuesto destinado para el Programa de Terapia Ocupacional. Unos años atrás, el equipo de trabajo para los usuarios era mucho mayor: había las opciones de carpintería, pirograbado y otras más.

ANEXOS

ANEXOS

HISTORIA CLINICA PSIQUIATRICA

Nombre

Sexo

Edad

Lugar y fecha de nacimiento

Fecha de consulta

Estado (Civ)

Ocupación

Responsable o tutor

Parentesco

Domicilio

Teléfono (s)

„Anamnesis“

1. MOTIVO DE LA CONSULTA: in**ANEXOS** indirecta (delirios, alucinaciones, excitación psicomotriz auto y heterodirigida, manía, depresión, confusión mental, estado de mal epiléptico, situación legal)
2. PADECIMIENTO ACTUAL. Síntomas principales y su descripción, fecha de inicio, causas desencadenantes, evolución, remisiones, estado actual)
3. EXAMEN PSIQUIATRICO DIRECTO (Hábitos exterior, comportamiento general, estado de conciencia, talante, nivel intelectual, discurso, delirios, alucinaciones, comprensión, juicio, atención, memoria, orientación)
4. APARATOS Y SISTEMAS (Nervioso, digestivo, respiratorio, cardiovascular, genitourinario, músculo esquelético, órganos de los sentidos).
5. ANTECEDENTES FAMILIARES. (Oligofrénicos, epilépticos, psicóticos, farmacodependientes, suicidas, neuróticos)
6. ANTECEDENTES PERSONALES (Condiciones de embarazo, parto y desarrollo psicológico temprano, hipoxia, isquemia, malformaciones, edad en que sostuvo la cabeza, se sentó, primeros pasos, primeras palabras. Onicofagia, enuresis, terrores nocturnos, manomanía, vómito, crueldad, desobediencia. Convulsiones, traumatismos, operaciones, infecciones, toxicomanías. Habitación, higiene, alimentación)

ANEXOS

HISTORIA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

Nombre

Sexo

Edad

Lugar y fecha de nacimiento

Fecha de consulta

Estado Civil

Ocupación

Responsable o tutor

Parentesco

Domicilio

Teléfono (s)

„Anamnesis“

1. MOTIVO DE LA CONSULTA: información indirecta (delirios, alucinaciones, excitación psicomotriz auto y heterodestructividad, manía, depresión, confusión mental, estado, de mal epiléptico, situación legal).
2. PADECIMIENTO ACTUAL: Síntomas principales y su descripción, fecha de inicio, causas desencadenantes, evolución, remisiones, estado actual).
3. EXAMEN PSIQUIATRICO DIRECTO. (Hábitos exterior, comportamiento general, estado de conciencia, talante, nivel intelectual, discurso, delirios, alucinaciones, comprensión, juicio, atención, memoria, orientación)
4. APARATOS Y SISTEMAS: (Nervioso, digestivo, respiratorio, cardiovascular, genitourinario, músculo esquelético, órganos de los sentidos).
5. ANTECEDENTES FAMILIARES: (Oligofrénicos, epilépticos, psicóticos, farmacodependientes, suicidas, neuróticos).
6. ANTECEDENTES PERSONALES (Condiciones de embarazo, parto y desarrollo psicológico temprano, hipoxia, ictericia, malformaciones, edad en que sostuvo la cabeza, se sentó, primeros pasos, primeras palabras. Onicofagia, enuresis, terrores nocturnos, mitomanía, robo, crueldad, desobediencia. Convulsiones, traumatismos, operaciones, infecciones, toxicomanías. Habitación, higiene, alimentación.)

7. HISTORIA ESCOLAR (Inicio, grado máximo, rendimiento, adaptación, disciplinas, relaciones interpersonales, deserciones, metas, relato de vivencias más significativas).
8. HISTORIA OCUPACIONAL: (Empleos, sueldos, rendimiento, ascensos, adaptación, gratificaciones, metas alcanzadas, relato de vivencias más significativas).
9. HISTORIA PSICOSEXUAL: (Primeras informaciones masturbación, relaciones pre y extra maritales, historia menstrual, ritmo, periodicidad, F.U.R., embarazos, partos, abortos, métodos anticonceptivos, menopausia. Homosexualidad y otras desviaciones, fantasías, instalación, relato de vivencias más significativas).
10. CABEZA Y CUELLO:
11. TORAX: Aparato Respiratorio, reg. Precordial.
12. ABDOMEN: Órganos pélvicos.
13. Extremidades: Sup., int.
Exploración física: Peso, estatura, pulso, T.A., temperatura.
14. EXPLORACION NEUROLOGICA. Lenguaje, lectura, escritura. (Afasias, apraxias, agnosias, esquema corporal) pares craneales, motilidad, sensibilidad, funciones cerebelo y vestibulares, reflectividad, signos piramidales o extrapiramidales, estación de pie y marcha)
15. RESUMEN DE DATOS POSITIVOS. IMPRESIONES DIAGNOSTICAS: (Del interrogatorio y exploración física).
16. IMPRESIONES DIAGNOSTICAS:
 - I.
 - II
 - III
17. VALORACION GENERAL DE LA PERSONALIDAD Y CONSIDERACIONES PSICODINAMICAS: (Describir rasgos principales de la personalidad previa, autoritaria, dependiente, perfeccionista, inmadura, conflictiva, vivencias y motivaciones de sus conductas, explicación psicodinamica de algunos síntomas y conductas).
18. TRATAMIENTO INMEDIATO Y RECOMENDACIONES: (Grado de peligrosidad, grado de fugabilidad, prevención de suicidio). Tratamiento inicial.

Nombre y Firma del medico.

CÓDIGO ÉTICO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

Traducido por Rosa Matilla Mora, T.O.

4/7/2000

PREÁMBULO

El Código Ético de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional es una declaración de valores y principios usados para promover y mantener las normas de comportamiento en la Terapia Ocupacional.

La Asociación Americana de Terapia Ocupacional y sus miembros se encargan de promover la habilidad de las personas, grupos y sistemas dentro de todos los ambientes. Para este fin, el personal de terapia ocupacional (tanto el personal de mando como el que se dedica a provisión de servicios de terapia ocupacional, por ejemplo ayudantes, celadores, secretarias, técnicos, etc.) tiene la responsabilidad de ofrecer sus servicios en cualquier estado de salud o enfermedad ya sean individuos, participantes de investigación, instituciones y empresas, otros profesionales y colegas, estudiantes y al público en general.

El Código Ético de Terapia Ocupacional supone una serie de principios que se aplican a todos los niveles del personal. Estos principios que tanto los terapeutas ocupacionales como los asistentes de terapia ocupacional desean son parte de un gran esfuerzo de la trayectoria de la profesión para actuar de una forma ética.

Los profesionales (terapeutas ocupacionales OTR y asistentes de terapia ocupacional OTA) asumen diferentes papeles de educadores, educadores científicos de campo, supervisor clínico, jefe, administrador, consultor, coordinador de zona, director de programa facultativo, investigador escolar, trabajador por cuenta propia, empresario y estudiante.

Cualquier violación al espíritu y propósito de este código será considerado antiético. Para asegurar el cumplimiento del Código La Comisión de Normas y Ética (SEC) establece y mantiene procedimientos sancionables. La Asociación de Terapia confía en la adhesión de sus miembros al Código Ético y a sus procedimientos de sanción. El Código Ético, Valores y Actitudes de la Práctica de la Terapia Ocupacional (AOTA, 1993), y la Guía Código Ético de la

Terapia Ocupacional (AOTA, 1998) son unos documentos que deben ser usados todos como una guía por el personal de terapia ocupacional.

(Autonomía, privacidad y confidencialidad)

1° PRINCIPIO

El personal de terapia ocupacional demostrará interés en el bienestar de los receptores de los servicios. (Beneficencia)

A. El personal de terapia ocupacional ofrecerá sus servicios de manera justa e imparcial. Reconocerán y apreciarán los componentes culturales de economía, geográfico, raza, étnicos, factores religiosos y políticos, estado civil, orientación sexual, y discapacidad a todos los que reciban los servicios.

B. Los profesionales que practican la terapia ocupacional se asegurarán de que sus honorarios son justos, razonables y proporcionados a los servicios que están ofreciendo. Cuando los terapeutas ocupacionales establezcan sus honorarios deberán considerar los requerimientos institucionales, locales, estatales y federales y con la debida consideración a la capacidad de pago de los que reciben el servicio.

C. El personal de terapia ocupacional hará todo el esfuerzo posible para defender a sus clientes y obtener los servicios necesarios a través de los recursos posibles.

2° PRINCIPIO

El personal de terapia ocupacional tomará las precauciones necesarias para evitar imponer o infligir daños al receptor de los servicios o su propiedad. (Sin maldad)

A. El personal de terapia ocupacional mantendrá relaciones que no exploten al receptor de los servicios sexualmente, físicamente, emocionalmente, financieramente, socialmente, o de cualquier otra forma.

B. Los terapeutas ocupacionales evitarán relaciones o actividades que interfieran con la objetividad y juicio profesional.

C. Los terapeutas ocupacionales tendrán la responsabilidad de mantener y demostrar con documentos la competencia por la participación en el desarrollo profesional y actividades educativas.

3° PRINCIPIO

Los terapeutas ocupacionales examinarán críticamente y estarán al corriente con los conocimientos que aparezcan relevantes para la práctica por lo que deben actuar sobre la base de una información reciente.

El personal de terapia ocupacional respetará al receptor y/o sus creencias así como sus derechos.

(Autonomía, privacidad y confidencialidad)

- A. Los terapeutas ocupacionales colaborarán con los receptores del servicio y sus creencias en establecer los objetivos y prioridades a través del proceso de intervención.
- B. El terapeuta ocupacional informará exhaustivamente a los receptores del servicio de la naturaleza, riesgo y resultados potenciales de cualquier intervención.
- C. El terapeuta ocupacional obtendrá el consentimiento firmado de los receptores involucrados en actividades de investigación e indicará que han sido informados totalmente de los riesgos y resultados. Los terapeutas ocupacionales se asegurarán que los participantes comprenden los riesgos y resultados.
- D. El personal de terapia ocupacional respetará los derechos de las personas a rechazar los servicios profesionales involucrados en la investigación o actividades de docencia.
- E. El personal de terapia ocupacional protegerá todos los procedimientos confidenciales escritos, verbales o por comunicación electrónica obtenidos de la información, práctica, búsqueda y actividades de investigación a no ser de otro modo mandado por las regulaciones locales, estatales o federales.

C. Los terapeutas ocupacionales exigirán su adhesión al código ético al personal a su cargo en

4º PRINCIPIO

El personal de terapia ocupacional llevará a cabo y mantendrá continuamente las normas de competencia. (Deberes)

- A. Los terapeutas ocupacionales tendrán las acreditaciones nacionales y estatales apropiadas para los servicios que brinden.
- B. Los terapeutas ocupacionales usarán los procedimientos que conforme a las normas de la práctica y otros documentos apropiados de la AOTA relevantes para la práctica.
- C. Los terapeutas ocupacionales tendrán la responsabilidad de mantener y demostrar con documentos la competencia por la participación en el desarrollo profesional y actividades educativas.
- D. Los terapeutas ocupacionales examinarán críticamente y estarán al corriente con los conocimientos que aparezcan relevantes para la práctica por lo que deben actuar sobre la base de una información reciente.

E. Los terapeutas ocupacionales protegerán a los receptores del servicio asegurándose de que los deberes asumidos a otro personal de terapia ocupacional proporciona con su titulación, cualificación, experiencia, y alcance de la práctica.

F. Los terapeutas ocupacionales proveerán una supervisión apropiada a los individuos de quienes los profesionales tienen una responsabilidad de supervisión en concordancia con las políticas de la Asociación, leyes locales, estatales y federales, y los valores institucionales.

G. Los terapeutas ocupacionales acudirán o consultarán con otros servicios cuando ese hecho sea de utilidad para el cuidado del cliente. El proceso de consulta puede ser hecho en colaboración con el receptor del servicio.

5° PRINCIPIO

Los terapeutas ocupacionales se conformarán con las leyes y las políticas de la Asociación que guían la profesión de terapia ocupacional. (Justicia)

A. El personal de terapia ocupacional se familiarizarán e intentarán y buscará entender y acatar las políticas de la Asociación; leyes locales, estatales y federales y las normas institucionales.

B. Los terapeutas ocupacionales estarán al día de las revisiones de estas leyes y de las políticas de la Asociación que se aplican a la profesión de terapia ocupacional e informarán a los empleados, jefes y colegas de estos cambios.

C. Los terapeutas ocupacionales exigirán su adhesión al código ético al personal a su cargo en actividades de terapia ocupacional.

D. Los terapeutas ocupacionales realizarán los pasos razonables para asegurarse de que los empresarios están enterados de las obligaciones éticas de la terapia ocupacional así como de fijar este Código Ético, y de las implicaciones en aquellas obligaciones de la terapia ocupacional en la práctica clínica, docencia e investigación.

E. Los terapeutas ocupacionales recogerán e informarán de forma precisa y a tiempo de toda la información relativa a las actividades profesionales.

6° PRINCIPIO

El personal de terapia ocupacional proveerá información precisa sobre los servicios de terapia ocupacional. (Veracidad)

A. El personal de terapia ocupacional presentará puntualmente sus títulos, cualificación, formación, experiencia, educación y competencia. Esto es particularmente importante para aquellos a quienes el personal de terapia ocupacional ofrece sus servicios o con quienes los terapeutas ocupacionales mantienen relaciones profesionales.

B. El personal de terapia ocupacional descubrirá cualquier afiliación profesional, personal, financiera, de negocio, o voluntaria que pueda suponer un conflicto de intereses para aquellos con quienes puedan establecer una relación profesional, contractual u otra relación laboral.

C. El personal de terapia ocupacional reprimirá el uso o participación de cualquier información que contenga falsedad, fraudulencia, engaño, manifestaciones injustas o demandas.

D. Los terapeutas ocupacionales aceptarán la responsabilidad de sus acciones profesionales que reduzcan la confianza del público en los servicios de terapia ocupacional y aquellos que desempeñan esos servicios.

7º PRINCIPIO

El personal de terapia ocupacional tratará a sus colegas y a otros profesionales con honradez, discreción e integridad. (Fidelidad)

A. El personal de terapia ocupacional preservará, respetará y salvaguardará la información confidencial sobre sus colegas y el personal a no ser que lo exijan las leyes nacionales, estatales o locales.

B. Los terapeutas ocupacionales presentarán puntualmente las aptitudes, opiniones, contribuciones, y hallazgos de sus colegas.

C. El personal de terapia ocupacional tomará las medidas adecuadas para disuadir, prevenir, exponer, y corregir cualquier perjuicio del Código Ético e informar de cualquier infracción del Código Ético a la autoridad competente.

D. El personal de terapia ocupacional se familiarizará con las políticas establecidas y los procedimientos para el manejo de los asuntos del Código Ético, incluyendo la familiaridad de los procedimientos nacionales, estatales, locales, del distrito y territoriales para el manejo de las reclamaciones éticas. Estas incluyen los procedimientos y políticas creadas por la Asociación Americana de Terapeutas Ocupacionales que autorizan y regulan gremios, empresarios, agencias, tribunales de certificación, y otras organizaciones que tienen jurisdicción sobre la práctica de la terapia ocupacional.

Referencias del Código de la terapia ocupacional:

American Occupational Therapy Association. (1993). Core values and attitudes of occupational therapy practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 47, 1085-1086.

American Occupational Therapy Association. (1998). Guidelines to the occupational therapy code of ethics. *American Journal of Occupational Therapy*, 52, 881-884.

Authors : the Commission on Standards and Ethics (SEC):

Barbara L. Kornblau, JD, OTR, FAOTA, Chairperson. Melba Arnold, MS, OTR/L

Nancy Nashiro, PhD, OTR, FAOTA . Diane Hill, COTA/L, AP. Deborah Y. Slater, MS, OTR/L . John Morris, PhD. Linda Withers, CNHA, FACHCA. Penny Kyler, MA, OTR/L, FAOTA, Staff Liaison April 2000 . Adopted by the Representative Assembly 2000M15

Note: This document replaces the 1994 document, Occupational Therapy Code of Ethics (*American Journal of Occupational Therapy*, 48, 1037-1038).

Referencias bibliográficas

ACEVEDO IBÁÑEZ, J. Reacciones típicas de los estudiantes de psiquiatría. Asociados, 1995	
1.	Inseguridad sobre cómo relacionarse con los pacientes con enfermedad emocional
2.	Temor de decir algo incorrecto a los pacientes psiquiátricos
3.	Identificación de los síntomas de una enfermedad psiquiátrica en su persona
4.	Autoconciencia dolorosa
5.	Temor de la violencia física y de un comportamiento imprevisible del paciente
6.	Ansiedad por la falta de tareas físicas y de técnicas específicas
7.	Inseguridad de sus destrezas
8.	Temor de que los miembros del personal descubran sus temores y su ansiedad
9.	Vulnerabilidad a las observaciones y los conocimientos dolorosos sobre su persona
10.	Inseguridad del rol de la Terapia Ocupacional.

COAKLEY, Jay, Socialization and Sport in. SINGER, MURPHEY, TENNANT, Handbook of Research on Sport Psychology, Macmillan Publishing Company, 1993

FRANKL, V. (1950) El hombre en busca de sentido, Ed. Patria, México

FERRIERE, A, Problemas de la Educación Nueva, Zero, Madrid, 1972.

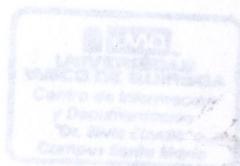
FINE, citado por COAKLEY, 1993

FREINET, C, La Psicología Sensitiva y la Educación, Troquel, Buenos Aires, 1969.

FREINET, C, SALENGROS, R, Modernizar la Escuela, Laia, Barcelona, 1972.

FURST, citado por COAKLEY, 1993

GARCIA GONZALO, N, CANOSA DOMINGUEZ, N, TALAVERA VALVERDE, M.A., El significado de la Ocupación en los Servicios Sanitarios de Salud Mental, España, 2003.



Referencias bibliográficas.

- ACEVEDO IBAÑEZ, A, Aprender Jugando, Tomos II y III, Acevedo y Asociados, 1995
- ACOSTA GARRIDO, M.L, Aprender Discurriendo. Técnicas Científicas de Desarrollo Mental y de Estudio, Paraninfo, Madrid, 1987.
- BERGER, B, MC INMAN, Exercise and The Quality of Life in: SINGER, MURPHEY, TENNANT, Handbook of Research on Sport Psychology, 1993
- BERTALANFFY, L. V. Teoría general de sistemas, Fondo de Cultura Económica, México, 1986
- BOSSCHER, citado por BERGER y MCINMAN, 1993
- COAKLEY, Jay, Socialization and Sport in: SINGER, MURPHEY, TENNANT, Handbook of Research on Sport Psychology, Macmillan Publishing Company, 1993
- FRANKL, V. (1950) El hombre en busca de sentido, Ed. Patria, México
- FERRIERE, A, Problemas de la Educación Nueva, Zero, Madrid, 1972.
- FINE, citado por COAKLEY, 1993
- FREINET, C, La Psicología Sensitiva y la Educación, Troquel, Buenos Aires, 1969.
- FREINET, C, SALENGROS, R, Modernizar la Escuela, Laia, Barcelona, 1972.
- FURST, citado por COAKLEY, 1993
- GARCIA GONZALO, N, CANOSA DOMINGUEZ, N, TALAVERA VALVERDE, M.A., El significado de la Ocupación en los Servicios Sanitarios de Salud Mental, España, 2003.



www.terapia-ocupacional.com/articulos/Signi_ocup_serv_salud_mental.html

LARTIGUE, M. T., Biopsicología Social, Alhambra, México, 1980.

GREENDORFER, citado por COAKLEY, 1993

LIMPEROPOLUS, C., MAJNEMER, A., The role of rehabilitation specialists in Geriatrics

HASLINGER, Julia, Psychologe im Spital erspart viele Tabletten (la Psicología en el Hospital ahorra muchas pastillas), en el Diario Presespiegel, Austria, 5.02.2002

HASSELKUS, BR, Occupation and well-being in dementia: the experience of day-care staff. Occupational Therapy Program, University of Wisconsin-Madison 53706, USA, 1998, PMID: 9612492 [PubMed - indexed for MEDLINE]

HELMING, H, El Sistema Montessori. Para un ejercicio de la libertad. Universidad Miracle, Barcelona, 1972

MADRID MAZORRA, F.J., Fundamentos teóricos para la planificación de actividades

HERREJON ORTEGA, A, Psicodrama y Pedagogía. El ritual de la evaluación del aprendizaje. Universidad Michoacana de San Nicolas de Hidalgo, 1997.

www.terapia-ocupacional.com/articulos/Fund_teoricos_plani_activid_ocup_centro_salud_mental.html

HERTESTEIN, M.J, Touch: Its Communicative Functions in Infancy, in: Human Development, S. Karger Medical & Scientific Publishers. March-April 2002.

HIGGINSON, citado por COAKLEY, 1993

HOFFART, citado por BERGER y MCINMAN, 1993

Return to Nisa by Marjorie Shostak, in: Human Development, S. Karger Medical & Scientific

HOPKINS, H., SMITH, H., Terapia Ocupacional. 8° edición, Ed. Medica Panamericana, España, 1998

MORGAN, citado por BERGER y MCINMAN, 1993

HÜTTER, Maria, Mit Psychotherapie Kürzer im Spital (Con Psicoterapia menos tiempo en el Hospital), en el Diario Salzburger Nachrichten, Austria, 18.01.2002

Universidad de Castilla-La Mancha, España, 2003

JAY LINN, S, GARSKE, John P, Psicoterapias Contemporáneas. Modelos y Métodos. Desclée de Brower, S.A. España, 1988.

- LARTIGUE, M. T., Biopsicología Social, Alhambra, México, 1980.
- Perspectiva desde el Modelo de Ocupación Humana, España, 2003
- LIMPEROPOULOS, C, MAJNEMER, A, The role of rehabilitation specialists in Canadian NICUs: a national survey. School of Physical & Occupational Therapy, McGill University, Montreal Children's Hospital, Montreal, Quebec, Canada, 2002
- LOBROT, M, Teoría de la Educación, Roca, S.A., México, 1985.
- LONERGAN, Bernard, Filosofía de la Educación, Universidad Iberoamericana, México, 1998
- LOY, John e INGHAM, Alan, citados por COAKLEY, 1993
- www.terapia-ocupacional.com/articulos/Artepsiquiat.html
- MADRID MAZORRA, F.J., Fundamentos teóricos para la planificación de actividades ocupacionales en un Centro de Día de Salud Mental, Centro de Día "Ciutat Vella", España, 2003 www.terapia-ocupacional.com/articulos/Fund_teoricos_plani_activid_ocup_centro_salud_mental.html
- MARTINSEN, citado por BERGER y MCINMAN, 1993
- MEYER, citado por COAKLEY, 1993
- MORELLI, Gilda, BALDWIN, Heather, The Researcher and the Researched. Essay Review of Return to Nisa by Marjorie Shostak, in: Human Development, S. Karger Medical & Scientific Publishers. Sept-Oct 2002.
- MORGAN, citado por BERGER y MCINMAN, 1993
- MORUNO MIRALLES, P, La ocupación como Método de Tratamiento en Salud Mental, Universidad de Castilla.La Mancha, España, 2003
- www.terapia-ocupacional.com/articulos/Ocupacion_metodo_tto_salud_mental.html

WHITE, COAKLEY, citados por COAKLEY, 1993

NAVARRÓN CUEVAS, E, ORTEGA VALDIVIESO, A, Rehabilitación psicosocial: una Perspectiva desde el Modelo de Ocupación Humana, España, 2003

www.terapia-ocupacional.com/articulos/Rehab_PsicoS_Emi_Navarron.html

PALACIOS, Jesús, La Cuestión Escolar, Criticas y Alternativas, Ed. Laia, Barcelona, 1978.

PELOQUIN, SM, Reclaiming the vision of reaching for heart as well as hands. Department of Occupational Therapy, School of Allied Health Sciences, University of Texas Medical Branch at Galveston, 77555-1142, USA, sep-oct 2002

PLUMED, Calixto, El arte de la sinrazón, 1999,

www.terapia-ocupacional.com/articulos/Artepsiquiat.html

ROGERS, C, Libertad y Creatividad en la Educación, Paidós, Buenos Aires, 1975

RUSSELL, C, FITZGERALD, MH, WILLIAMSON, P, MANOR, D, WHYBROW, S, Independence as a practice issue in occupational therapy: the safety clause. School of Behavioral and Community Health Sciences, Faculty of Health Sciences, The University of Sydney, Lidcombe, New South Wales, Australia, 2002

SAGE, citado por COAKLEY, 1993

SHAPIRO, citado por JAY LIN y GARSKE, 1988

SINGER, MURPHEY, TENNANT, Handbook of Research on Sport Psychology. A project of the international society of sport psychology. Macmillan Publishing Company, 1993

VIANA MOLDES, I, GARCIA PINTO, M.C., AVILA ALVAREZ, A, Ocupación Alienante Versus Ocupación Significativa, Universidad de A Coruña, 2003

www.terapia-ocupacional.com/articulos/Ocup_Alienan_vs_ocup_signi.html

WHITE, COAKLEY, citados por COAKLEY, 1993

