

147 2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**TESIS CON
FALSA DE ORIGEN**

**ADMINISTRACION DE PACIENTES DEL
SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL Y
RECREATIVA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO
" YUCATAN "**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
LIDIA ZAMBRANO RAMOS**

ASESOR DE TESIS: LIC. CARLOS PENICHE LARA

MEXICO, D. F.

1990.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

| | |
|---|-----|
| INTRODUCCION..... | 1 |
| CAPITULO I.- Breve historia de hospitales en el tratamiento de enfermos psiquiátricos..... | 11 |
| CAPITULO II.- La Terapia Ocupacional. | 21 |
| 2.1 Importancia de la Terapia Ocupacional. | 22 |
| 2.2 Antecedentes de la Terapia Ocupacional. | 22 |
| 2.3 Conceptualización de la Terapia Ocupacional y Recreativa..... | 30 |
| 2.4 Antecedentes de la Terapia Ocupacional en el Hospital Psiquiátrico "Yucatán"..... | 33 |
| CAPITULO III.- La Administración de Personal en Hospitales Psiquiátricos..... | 55 |
| 3.1 Importancia de la Administración de Personal..... | 56 |
| 3.2 Administración de Hospitales..... | 71 |
| 3.3 Administración en el Hospital Psiquiátrico "Yucatán". | 75 |
| CAPITULO IV.- Planteamiento del Problema..... | 78 |
| 4.1 Objetivo de la Investigación..... | 85 |
| CAPITULO V.- Procedimiento..... | 88 |
| 5.1 Metodología..... | 100 |
| CAPITULO VI.- Resultados..... | 116 |
| CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS..... | 145 |
| BIBLIOGRAFIA | 150 |

INTRODUCCION

El presente estudio tiene como objetivo ofrecer un programa general del manejo de Recursos Humanos en una institución hospitalaria para el tratamiento de pacientes Psiquiátricos, especialmente dirigido al personal que asiste al Departamento de Terapia Ocupacional y Recreativa del Hospital Psiquiátrico "Yucatán".

Constituye un intento por transformar la dinámica de la relación paciente-personal hospitalario para convertir las condiciones del paciente en un instrumento terapéutico, haciendo del hospital y sus recursos un medio apropiado para que el paciente pueda restaurar su comunicación e intercambio social y familiar, logrando que ese tiempo de hospitalización sea una oportunidad para encontrarse él mismo, a través de actividades de trabajo que antes desarrollaba o bien la introducción a nuevas actividades con base en sus habilidades funcionalidades y capacidades lográndose ésto, por medio de la Terapia Ocupacional, según se requiera.

Para los fines de este trabajo, entendemos la Terapia Ocupacional como:

"Toda actividad de trabajo, prescrita por el médico o psicólogo y aplicada por el terapeuta ocupacional de un modo preciso, para ayudar al desarrollo y mantenimiento de las capacidades mentales, sociales o físicas

alteradas por una enfermedad o un traumatismo". (1)

De la definición anterior se desprende el programa de Terapia Ocupacional y Recreativa (T.O.R), que consiste en todas aquellas actividades de trabajo proporcionadas a los pacientes psiquiátricos para que colaboren en su adaptación al medio familiar, laboral y social proporcionándole esta posibilidad por medio del trabajo.

La poca organización de los Recursos Humanos es motivo de preocupación no sólo para los médicos tratantes, sino también para los pacientes en general y para todos los sectores de la población por las graves consecuencias que este problema representa, tales como la obstaculización en el desempeño de las funciones del personal que labora en el hospital y la demanda de una mejor atención por parte de los familiares de los internos.

Por lo anterior, es imperativa la aplicación de una adecuada administración en el servicio que nos ocupa considerando a ésta como un medio hacia un fin, donde supone claridad y lucidez, capacidad de planeación y organización y sobre todo aptitud positiva en todos los niveles para una amistosa comprensión y dirección.

El fin principal de una buena administración hospitalaria reside en descubrir la mejor y más conveniente forma de

1. Gloria M. Buatamante de A. "El trabajo y la Recreación en el tratamiento de los Enfermos Mentales". Boletín Informativo del Hospital Mental de Antioquia. pp. 30-37.

aplicar estos principios de acuerdo a la evaluación histórica de la terapia ocupacional, para adaptarla a cualquier circunstancia y en particular en cada medio en que se de, obteniendo información más actualizada y con bases metodológicas.

Al igual que toda organización que incia, en los centros hospitalarios es necesario que se cumplan los objetivos que se intenten perseguir, más con la experiencia de estudios ya comprobados se ha observado que el número de pacientes rebasa casi siempre el límite de capacidades instaladas, por lo que se deben crear nuevas concepciones que actualicen y agilicen los métodos terapéuticos que ayudan a resolver la asistencia pública y donde la terapia ocupacional serviría como un gran auxiliar minimizando este problema al que se enfrentan los hospitales psiquiátricos. En este estudio se considera que existen varios problemas no superados en cuanto al flujo de pacientes, así como las actividades más convenientes para cada uno de ellos y los métodos de evaluación correspondientes. Asimismo, se proporcionan bases para seguir estructurando a los programas en sí mismos y de acuerdo a las necesidades y limitaciones de un lugar específico al igual que una metodología para la aplicación de la terapia ocupacional.

La terapia ocupacional logra a ser un intento deliberado de usar el hospital como comunidad, con el fin de promover la actividad, la participación de sus miembros en todos los programas que realizan día a día, logrando con ésto una mejor adaptación en su vida diaria mediante una organización espontánea y emocional entre pacientes y el personal hospitalario.

La interacción a la que se puede llegar es potencialmente terapéutica, socializando a los pacientes, modificando sus conductas reales, fortaleciendo su ego y tratando de incrementar sus capacidades para mejorar las relaciones sociales, laborales y familiares.

Otra alternativa que favorece a la terapia ocupacional es el intentar hacer un hospital de día o parcial, la que ayuda a rehabilitar a los pacientes a través de diversas terapias, como lo son la individual, grupal, ocupacional y recreativa.

La terapia ocupacional sirve como programa de pre y post tratamiento de los pacientes que se encuentran internados u hospitalizados y para evitar el internamiento de los que no lo requieren, con la ventaja de recibir la misma atención terapéutica y clínica, acelerando el proceso de retorno a su hogar, fomentando principalmente su convivencia familiar y social.

La buena marcha y la adecuada eficacia en el Departamento de Terapia Ocupacional puede verse beneficiada si hay, principalmente, buenas relaciones entre éste, los demás servicios afines y el equipo multidisciplinario, de forma tal que debieran encaminarse todos los esfuerzos hacia el logro de una base profesional y amistosa en el tratamiento de los pacientes.

Este estudio está destinado a todas las instituciones, clínicas, hospitales, asilos e instituciones de custodia que

forman parte de una estructura social destinada al encierro de grupos humanos por diversos motivos, teniendo está el común denominador de que el individuo es escondido, oculto de la vida social, así como de sus actividades productivas.

El presente estudio se refiere, por lo tanto, a una realidad concreta de la importancia de la terapia ocupacional, por lo que es el punto principal y central de este trabajo, ya que actualmente se está poniendo en práctica este tipo de terapias en donde a través de las actividades a desempeñar han logrado que el enfermo mejore emocional y físicamente y alcance con ésto una mejor socialización al sentirse útil.

Cabe mencionar que el Servicio de Terapia Ocupacional del hospital que nos ocupa está compuesto por una población aproximada de 150 pacientes internados, siendo éste casi único en su género, ya que recibe enfermos de diferentes patologías, de ambos sexos y de diversos niveles socioeconómicos y culturales.

Por las particularidades de dicho servicio, este trabajo se basa en la experiencia cotidiana en este hospital y de ahí ha sido extraída la mayor parte de la información para el desarrollo del mismo; también se hace referencia a las técnicas y procedimientos ocupacionales que se están utilizando actualmente, asimismo a los resultados que se han obtenido en otros lugares del mundo, como referencia utilice las experiencias de la Unidad Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.) por ser la primera institución que sistematizó la terapia ocupacional en Latinoamérica.

El seguimiento del desempeño de este instituto puede servir como modelo para el programa del Departamento de Terapia Ocupacional del Hospital Psiquiátrico "Yucatán".

Este estudio abarca la exposición de las características y problemática de las relaciones humanas en el Servicio de Terapia Ocupacional, nuevos procedimientos y puntos de vista con que abordar dichos problemas y la adecuada superación de las personas para llevar a la práctica estos procedimientos.

El Programa de Terapia Ocupacional puede servir y ser considerado como una especie de guía o precursor en el futuro, así como para evaluar algunos de los procedimientos que se emplean en nuestros días.

La Terapia Ocupacional será vista de acuerdo a las prácticas y experiencias donde se ha demostrado uno de los métodos más importantes dentro del tratamiento de los enfermos, especialmente la ocupación, ya que el trabajo puede ser observado como un colaborador eficaz en el tratamiento de los pacientes.

Por lo tanto, la terapia ocupacional ofrece una serie de actividades prácticas y funcionales a las que cualquier persona debe integrarse, actividades que en este estudio obedecen a un enfoque eminentemente terapéutico, logrando con ello rescatar los aspectos más sanos de su personalidad.

Ayuda a prevenir un deterioro físico, mental y social, futuro, llegando a mantener con estas actividades hábitos de trabajo, motivando a los enfermos con programas que abarquen actividades de grupo y estimulación y no como el pasado trato de aislados.

Este programa es esencialmente práctico, pues aporta un esquema de recopilación de técnicas de uso habitual que ayuda a la integración grupal y social del enfermo mental.

Este estudio debe de servir de apoyo a otras instituciones, pues con el crecimiento demográfico es necesaria una metodología más dinámica que avance según el progreso tecnológico y las necesidades específicas de cada lugar, que al ir cambiando de actitudes y valores pueda ser aplicado a cualquier organización donde se desarrolle al máximo la potencialidad de los Recursos Humanos.

Actualmente, la terapia ocupacional en otras instituciones reviste un papel relevante para la rehabilitación de los pacientes y es necesario retomar constantemente información sobre los cambios que se vayan sufriendo, considerando a otras instituciones y problemas similares sobre qué actividades son las más recomendables, el programa o actividades sugeridas para un determinado paciente requiere de conocimientos, habilidades y de la capacidad suficiente para mantener un programa sujeto a revisión, cuya finalidad debe de ser un reto para cada paciente, donde pueda ser aceptado y superado.

La verdadera terapia que se asigne debe ser aquella en la que esté medicamente prescrita y aplicada con propósitos definidos al tratar problemas sociomédicos específicos de cada persona. Aquí surge la necesidad de que los encargados del Servicio de Terapia Ocupacional, en este caso los terapeutas, posean una serie de conocimientos acerca de la enfermedad y de los problemas sociales que afectan a la persona enferma.

También se observan los objetivos hospitalarios que nos dan un panorama general conteniendo una característica importante: dar atención a los enfermos en sus aspectos físicos, psicológicos y sociales, tratando de integrarlo a su medio familiar y a su comunidad, el propio hospital, de alguna manera, refleja la imagen de esa comunidad y de como influye el medio ambiente sobre el enfermo.

Se recomienda ofrecer actividades matutinas y vespertinas que incluyan actividades laborales y recreativas los sábados, domingos y días festivos con el fin de contribuir a subsanar la gran demanda de asistencia pública en general y en este tipo de hospitales en particular, por la diversidad de pacientes que en ellos ingresan.

Es imperativa la elaboración y aplicación de un programa con la suficiente elasticidad para el logro de una adecuada aceptación por parte del paciente y que fomente en los participantes de la salud mental su propia capacidad creativa en el Servicio de Terapia Ocupacional, que forma parte del acervo terapéutico de múltiple impacto.

Cabe mencionar que el paciente está para ser objeto de medidas terapéuticas y no para ser mantenido en reclusión pasiva, hay que aprovechar al máximo el tiempo de estancia, de aquí la importancia de mantener al paciente ocupado en actividades que le sirvan para sentirse útil, rescatando a la vez los aspectos más sanos de su personalidad.

La terapia ocupacional reviste de singular importancia por contribuir a la rehabilitación del paciente hospitalizado por constituir un proceso terapéutico integrado por métodos activos de tratamiento basados en la ocupación del paciente en terapias laborales, recreativas y educativas suministradas a través una adecuada administración del Servicio de Terapia Ocupacional, el cual tratará de descubrir la mejor forma de aplicar conocimientos actualizados sobre la materia, adaptándolos a cada circunstancia en particular, ya que en las últimas décadas se han producido diversos cambios que difieren de los modelos médicos tradicionales.

Esta evolución debe incluir técnicas más sutiles debido a la variedad de tipos de pacientes y a los cambios que se producen en muchas enfermedades. Para finalizar, se visualizarán las funciones específicas en el Servicio que no ocupa, las actividades más recomendables para desarrollar y un cronograma para el adecuado desempeño de dichas actividades. Se proponen además, hojas de registro para los diferentes tipos de terapia con el fin de obtener una mejor información y control de cada paciente.

CAPITULO I

BREVE HISTORIA DE LOS HOSPITALES EN EL TRATAMIENTO DE LOS ENFERMOS PSIQUIATRICOS.

BREVE HISTORIA DE LOS HOSPITALES EN EL TRATAMIENTO DE LOS ENFERMOS PSIQUIÁTRICOS.

Ya desde los aztecas, en la época Prehispánica, existían conocimientos psiquiátricos que ofrecían tratamientos específicos según el grado y tipo de patología de los enfermos y su intento de ofrecer soluciones con una dualidad mágico-naturalista.

Las teorías de las culturas antiguas relacionaban a los enfermos mentales con un concepto mágico, adjudicándoles a espíritus malignos o demonios la posesión del cuerpo de la persona enferma y a otros seres sobrenaturales, existiendo una íntima conexión de la magia con la religión y con la enfermedad en sí.

Con el movimiento de la Conquista de México, durante la época de la Colonia en el siglo XVI, el 2 de noviembre de 1566 se funda un establecimiento para alojar a los enfermos mentales llamado San Hipólito, siendo el fundador el capitán español Fray Bernardino Alvarez. Este hospital, se piensa, fue el primero en América y uno de los primeros en el mundo.

Posteriormente, en el año 1690, un carpintero humanitario llamado José Sayago, aloja en su casa a enfermos mentales del sexo femenino que encontraba deambulando por las calles.

Para entonces, el Arzobispo de México, Don Francisco Aguilar y Seijas, al enterarse de la labor realizada por José

Sayago, proporciona alojamiento provisional para 60 mujeres dementes en una casa vieja, ubicada frente a la iglesia San Pedro y San Pablo de la Ciudad de México; continuando esta labor humanística, formandose después la congregación del Divino Salvador para Enfermos Mentales en el año de 1700. Esta congregación compra una casa a la que son trasladados los pacientes y es en este momento cuando se funda el primer manicomio llamado La Canoa, por hallarse en la calle de este mismo nombre.

Es de destacarse que estos hospitales se fundan con el fin principal de proteger a la sociedad y de cuidar a los enfermos psiquiátricos, sin ofrecerles a éstos últimos un tratamiento específico.

Durante el siglo XVIII, no hay cambios de importancia en lo que se refiere al cuidado y tratamiento de los enfermos mentales, ya que los cuidados y atenciones de éstos se encontraban en manos de diversas órdenes religiosas, por lo que el aspecto científico de la enfermedad mental no evolucionó hacia una concepción y tratamientos científicos controlados.

Los hospitales que fueron fundados después de los señalados en nuestro país, fueron el de Williamsburg en Virginia, E.U.A., y el de Quito, Ecuador.

Continuando con lo referente a México, en el año de 1821, al consumarse la Independencia y durante la Reforma, son suprimidas las órdenes religiosas hospitalarias y los hospitales de San Hipólito y El Divino Salvador pasan a de-

pender del Ayuntamiento de la Ciudad de México y sus bienes a ser propiedad del Estado. Ya que la ideología que sobre la enfermedad mental se tenía en ese tiempo, los conservadores la veían como una forma de satanización impidiendo una atención médica adecuada, aislando a los enfermos de la sociedad, mientras que los liberales concebían una ideología más positiva y científica al ver a la enfermedad mental como cualquier otra, por lo que consideraban la necesidad de implantar estancias adecuadas a ellas.

En este momento se inauguran 2 instituciones psiquiátricas. En Monterrey se funda un hospital civil para enfermos mentales.

Posteriormente, debido a la austeridad y a la condición económica del país, estos hospitales subsisten con dificultades económicas hasta que en el año de 1877 se crea la Dirección de Beneficencia Pública, haciéndose cargo de la administración y dirección de estos hospitales para enfermos mentales.

En el lapso de 56 años, las autoridades del país se concretaron únicamente a tener un local donde alojar a los enfermos mentales, sin preocuparse de proporcionarles los elementos más indispensables para un tratamiento efectivo por el cual podrían ser tratados y curados, además necesitaban alimentación e higiene adecuadas.

En 1906 se funda el hospital de enfermos mentales "Leandro Ayala" en Mérida, Yucatán.

El 10. de septiembre de 1910, se inaugura el Manicomio de México "La Castañeda", llamado así por pertenecer a unos antiguos terrenos llamados La Castañeda, siendo entonces el Presidente de la República el General Porfirio Díaz.

A La Castañeda, bajo la forma de pabellones aislados, son trasladados los enfermos mentales de ambos sexos que se encontraban alojados tanto en los antiguos hospitales del Distrito Federal, como en los de la provincia.

Este manicomio general se crea ante la demanda y necesidad de mejorar las condiciones hospitalarias de asistencia, higiene y tratamiento de los pacientes que habían permanecido en lugares insalubres durante muchos años; desatendidos por las autoridades y el Estado.

Este centro asistencial fue planeado para atender entre 800 y 1000 pacientes, pero con el transcurso de los años, aunado a la importancia mínima que se les proporcionaba a los enfermos mentales y en especial al tratamiento y a la manera de atenderlos, llegó a contar con una población de 4000 pacientes, ocasionando con esto que las condiciones de por sí deficientes se fueran agravando.

Como toda organización que inicia, tal vez el hospital sí cumplió con su objetivo principal que era proporcionar asistencia eficaz al enfermo mental, pero al presentarse fa-

llas en la organización y planeación se dió como resultado que todo el sistema y su objetivo se olvidaran para dar paso a una institución en donde podían llegar a ser reclusos todo tipo de personas de diferentes patologías, pudiéndose encontrar enfermos mentales, adictos, delincuentes, etc.

Al momento de ingresar los pacientes al Manicomio General, se les realizaba una breve exploración desde el punto de vista clínico y de acuerdo a su diagnóstico eran trasladados a la sección de observación, en la que se determinaba a que sección correspondían, según el diagnóstico obtenido.

A estas llamadas "secciones" de traslado de pacientes se les conocía por el diagnóstico mismo, así por ejemplo: sección de toxicomanos, reos, oligofrénicos, infecciosos, crónicos, agudos, etc. Una vez efectuados los trámites de ingreso y de asignación del paciente a la sección o área correspondiente, se puede decir que se concluía su importancia como ser humano y como enfermo, ya que difícilmente egresaban de la institución.

Como el número de pacientes ingresados rebasaba el límite de capacidad instalada y propuesta, fue necesario crear otras instituciones que de alguna manera se adaptaran a las nuevas concepciones hospitalarias, modernizando las medidas terapéuticas psiquiátricas.

Por esta razón, en San Pedro del Monte, León, Guanajuato, se funda en el año de 1944 la primera granja de recupera-

ción para enfermos mentales, modificando el tipo de trato en el que se basaban anteriormente los manicomios. Esta granja era como un hospital abierto, aboliendo el pabellón cerrado, sin rejas, sin candados y sin tanta vigilancia. Se les daba a los pacientes la libertad de moverse por todo el hospital y surgen así nuevas ideas, dándole importancia a la "terapia ocupacional" como una medida de sociabilización al adaptar al enfermo a una convivencia social, a un mejor aprendizaje de destrezas manuales y a la adquisición de hábitos personales a través de actividades variadas dentro de la institución.

En 1960 se funda el hospital-granja Fray Bernardino Alvarez en Tlalpan, D. F. Debido al éxito que se fue dando con el anterior hospital, la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública fue creando otras instituciones que ayudaran a resolver la asistencia pública de enfermos mentales en nuestro país, intentando hacer un hospital de día y de rehabilitación a través de la terapia individual, grupal y ocupacional en talleres.

En el año de 1961 se funda el hospital-granja "La Salud", en Zoquiapan, Estado de México, para hombres, con la finalidad de formar una comunidad donde el enfermo lograra desenvolverse en condiciones semejantes a las que viviera fuera del hospital.

Posteriormente, en el mismo año se funda el hospital-granja llamado "José Sayago" en Tepexpan, Estado de México, exclusivamente para mujeres, formado de talleres de terapia ocupacional y recreativa con objetivos y procedimientos

terapéuticos y en el que las mujeres participaban en actividades tales como dibujo, pintura, tejido, danza, costura, etc.

Con los avances terapéuticos empezó a tener un mayor auge la asistencia para enfermos mentales, propiciando la creación, además de los anteriores, del hospital-granja "Villahermosa" en Villahermosa, Tabasco, en Oaxaca el hospital llamado "La Cruz del Sur", en Hermosillo, Sonora, "La Cruz del Norte", continuando con el "Rafael Serrano" en Puebla, y el "Samuel Ramírez Moreno" en el Estado de México.

En 1964 se inaugura el Instituto Nacional de Neurocirugía en Tlalpan, D. F., con especialidad de enfermedades nerviosas e investigación cerebral, entre otras. Este hospital cuenta con modernos recursos terapéuticos y de diagnóstico para mejorar la asistencia a enfermos neurológicos y neuropsiquiátricos.

Cabe mencionar además, la asistencia para enfermos mentales en sanatorios y clínicas particulares como el San Rafael, Lavista, La Floresta, el Manuel Falcón, etc. Estos hospitales cuentan también con talleres de terapia ocupacional y recreativa como una parte de integración de la rehabilitación del enfermo mental.

La mayoría de estos hospitales presentan un seguimiento del paciente rehabilitado, ya que al volver a su ambiente se le continúa apoyando a través de una trabajadora social que se encarga de visitarlo periódicamente para comprobar su ade-

cuado desenvolvimiento en su medio familiar y su adaptación a la sociedad, sobre todo en pacientes que siguen teniendo una conexión con el hospital por necesitar un manejo ambulatorio.

De acuerdo al problema asistencial psiquiátrico, con el establecimiento de granjas y hospitales campestres, los métodos de terapia ocupacional son aún poco conocidos y sin embargo se le ha dado importancia es ésta última como un tipo de tratamiento, adjudicándole en la práctica ciertos lineamientos que están de acuerdo con las técnicas rehabilitatorias del paciente psiquiátrico.

En el siglo XX el papel que desempeña la terapia ocupacional y recreativa es el de procurar ofrecerles y proporcionarles oportunidades a los enfermos mentales llamados "frágiles" y sobre todo dependientes psicológicamente, para relacionarse y fomentar su autoestima, de forma tal que ésta permita la readaptación del paciente mediante una mejor y tal vez más rápida reanudación de su contacto social que anteriormente se le impedía.

Actualmente, se ha intentado reformar las condiciones materiales de existencia de los enfermos y la actitud del personal sanitario. El concepto que se tenía de proteger a la sociedad del enfermo mental más que atenderlo desde el punto de vista asistencial, se ha venido transformando en los últimos años, ya que a finales del siglo pasado, el cuidado del paciente era de forma tal que no se dañara así mismo o al público.

El aislamiento que se daba al paciente como medio de protección a la sociedad lo convirtió en prisionero, asimismo los métodos usados para el loco, lo hacían más peligroso en el afán de proteger a la sociedad.

Con los nuevos conceptos que han venido a sustituir a los que estuvieron vigentes durante largo tiempo, argumento que la enfermedad mental era una como cualquier otra y debería ser tratada sobre líneas similares.

Una muestra de que la enfermedad mental no es precisamente como cualquier otra, es el hecho de que la mayoría de los pacientes son físicamente saludables.

La terapia ocupacional que había florecido durante la mitad del siglo XIX, se hundió para volver a surgir dado el interés y ventajas que aportaba en otros países. Surgieron otras ventajas de la terapia ocupacional, siendo introducidas en diversas instituciones.

A pesar de ello, en nuestros días no se han logrado avances en el campo del tratamiento, y no los habrá hasta que no se rompa con las viejas líneas y se deje de imitar a cualquier hospital general.

La enfermedad mental presenta perturbaciones en las relaciones interpersonales, por lo que el éxito de la terapia ocupacional aplicada a los pacientes depende del grado de habilidad para relacionarlos con su medio ambiente y si la so-

ciudad los aísla, serán incapaces de reestablecer relaciones satisfactorias y perderán gradualmente su autoestima, su confianza y darán la espalda al mundo de la realidad que ellos sienten indiferente.

En la actualidad se hace énfasis a un ambiente agradable, hasta cierto punto hogareño, demostrando que las actividades recreativas y el trato amable a los pacientes es importante como parte integral de su tratamiento.

Esto puede ser visto en las recientes instalaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Unidad Morelos, en las que han hecho esfuerzos por romper con los antiguos patrones de imitación de los hospitales generales. Dentro de esta Institución se cuenta ya con espacios aptos para la aplicación de la terapia ocupacional en el tratamiento de enfermos psiquiátricos, siguiendo los lineamientos administrativos empleados en cualquier otra especialidad, propiciando la rápida rehabilitación del paciente.

CAPITULO II

LA TERAPIA OCUPACIONAL

2.1 IMPORTANCIA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL.

La importancia de la terapia ocupacional radica en ser un conocimiento dentro del campo de la psicología hace poco desconocida y no entendida, a pesar de su relevancia de su potencialidad dentro del proceso terapéutico para servir tanto a enfermos psiquiátricos o enfermos hospitalizados en general.

2.2 ANTECEDENTES DE LA TERAPIA OCUPACIONAL.

El origen de la terapia ocupacional está íntimamente ligado con el de la psiquiatría. Antiguamente, los egipcios utilizaban la música y los juegos como una ocupación activa para asistir a los enfermos mentales, recurriendo a los juegos para mejorar las alteraciones físicas y mentales, reconociendo en la ocupación una posibilidad terapéutica.

Así vemos que los principios de la terapia ocupacional, basados en todas aquellas actividades propositivas como laborales, manuales, recreativas y educativas, no son nuevos ya que se usaron desde hace siglos en el manejo y cuidado de los enfermos.

A pesar de ello, la importancia y validez de la terapia ocupacional en el tratamiento de enfermos mentales fue reconocida a partir de la Primera Guerra Mundial, cuando empieza a ser empleada en algunos hospitales civiles, principalmente Canadá, Estados Unidos, Alemania y España, haciendo que los programas ocupacionales fueran diversificando su aplicación

en la rehabilitación de los soldados. En ese tiempo se disponía separar a los enfermos de toda clase de indeseables en casas de reclusión o caridad, protegidos contra malos tratos, procurando darles una ocupación en diversos trabajos.

Las primeras referencias de la utilización de la terapia ocupacional en instituciones mentales de reclusión datan del siglo XV en Valencia, España, en el manicomio fundado por el Padre Fray Gilberto Jofre en la ciudad de Zaragoza, en el que los pacientes, como parte de su tratamiento, trabajaban en granjas y desarrollaban tareas agrícolas.

"Como profesión aplicada en el campo de la Psiquiatría se empezó a desarrollar gracias al médico alemán Hernan Simón en la primera guerra mundial, quien mantenía a los enfermos en una actividad fuera de las horas de sueño, en donde todo ocio estaba fuera del reglamento, el trabajo era combinado y alternando con deportes o distracciones." (1)

A continuación mencionaremos brevemente las aportaciones hechas por algunos autores a la Terapia Ocupacional.

Iniciada por Hernan Simón, quien hizo surgir la necesidad de la terapia ocupacional aplicando métodos contrarios a los de entonces empleados, basándose en una terapéutica dinámica activa, distribuyendo actividades diversas a lo largo del día.

1. Gloria M. Bustamante de A. El Trabajo y la Recreación en el Tratamiento de los Enfermos Mentales. Boletín Informativo del Hospital Mental de Antioquia. p. 12.

A partir de este autor se inicia la aproximación científica de la terapia ocupacional.

Siguiendo luego con estudios posteriores con el uso de actividades terapéuticas con Pinel, quien iniciara la segunda revolución psiquiátrica que va a tener por objeto buscar la curación del enfermo a través de métodos más humanitarios. Pinel

"...quedo asombrado al observar que los enfermos mentales sin recursos en el asilo Zaragoza se curaban en menos tiempo que los enfermos que pagaban su asistencia, la razón era que aquellos tenían que efectuar numerosos trabajos de índole variada, a fin de contribuir a reducir los gastos de su manutención, en cambio los de paga, permanecían ociosos. Llegando a la conclusión que el trabajo en sí constituye un remedio útil".(2)

William Tuke fue otro médico notable que estableció en Inglaterra una institución campestre para enfermos mentales en donde se vivía y trabajaba en un medio de comprensión y tranquilidad.

Dorothea Dix contribuyó considerablemente en

"El mejoramiento de los enfermos, interviniendo en la creación de treinta y dos hospitales en Norteamérica logrando reformas legislativas, orientadas principalmente hacia la protección del paciente".(3)

2. Juana Leticia García. IESIS. "Estudio psicológico de la terapia ocupacional en hospitales psiquiátricos." México, 1967, página 10.

3. Ibidem.

Fue así como los grandes pioneros de la psiquiatría del siglo pasado se dieron cuenta de la beneficiosa influencia de una buena distribución de los enfermos y de su ocupación aunado al uso de actividades terapéuticas en el tratamiento para la rehabilitación de los enfermos mentales.

El impulso fundamental de la terapia ocupacional tuvo mayor auge en la Segunda Guerra Mundial, aunque desde la Primera Guerra Mundial se utilizó esta modalidad, siendo Canadá la nación pionera seguida por Estados Unidos, se inicia como profesión dando lugar a la creación de programas dinámicos al utilizar y organizar programas de rehabilitación para la Armada y la Marina.

En Gran Bretaña, el eminente cirujano Roberto Jones mostró su consideración hacia la terapia ocupacional, persuadiendo al ministro de guerra para que estableciera ciertos ejercicios ortopédicos, siendo en uno de ellos donde se estableciera la primer unidad curativa de este tipo.(4)

Este último autor menciona que mediante el trabajo se demuestra ser un colaborador estimable en el tratamiento de los enfermos cuando se tiene el poder de imponer a los hombres la adopción de ese agente curativo. Si la profesión o empleo anterior del paciente resulta conveniente, se le suministran las herramientas que ya conoce, proporcionándole la ocupación adecuada para que en su incapacidad tenga una uti-

4. McDonald y Mirrey S. Terapéutica Ocupacional en Rehabilitación. Salvat Editores. México, 1960, pág. 487.

lidad curativa.

Estas prácticas y experiencias a lo largo de la historia nos han mostrado que uno de los métodos más importantes dentro del tratamiento de los enfermos mentales en los hospitales es la ocupación.

Cuando el hombre enferma, es precisamente la manera de convertir su esfuerzo en trabajo, pudiendo obtener una guía precisa para valorar su esfuerzo en actividades recreativas; conocer como un hombre se recrea es primordial para poder comprenderlo.

"La capacidad del hombre, consistente en la utilización de su esfuerzo para desarrollar una actividad creadora, es sin lugar a dudas una de las formas de valorar su interés por el mundo circundante y por la propia vida". (5)

El paciente psiquiátrico, caracterizado por una forma especial de enfermar, ha sido a lo largo de la historia de la humanidad objeto de particular interés, condenado en ocasiones, beatificado en otras, más ha acompañado al ser humano y a su evolución.

Es posible observar en las diversas épocas una tendencia general en lo que se refiere a los procedimientos destinados

5. Victor Lowenfeld. Desarrollo de la Capacidad Creadora. 5a. ed. Editorial Kapeluz. México, 1970, pp. 25.

a ayudar al enfermo mental, al querer aislarlo. Esto con dinámica frecuencia se traduce en rechazo, olvido y la anulación de su propia capacidad creadora, generándose así un círculo vicioso que lo hunde gradualmente en su enfermedad, entorpeciendo de esta manera su proceso curativo, pues este aislamiento provocado incluye, la mayoría de las veces, la supresión de toda actividad recreativa.

Por estas razones, en los últimos tiempos la psiquiatría ha venido insistiendo en el aspecto ocupacional como una de las formas más viables para agilizar el retorno a la comunidad, en el caso del paciente agudo y como alternativa para el paciente crónico, además del manejo intrahospitalario consistente en la farmacoterapia, las distintas formas de psicoterapia, etc.

"La terapia ocupacional ofrece una serie de actividades prácticas y funcionales a las que el paciente psiquiátrico no solamente debería integrarse, sino a las cuales tiene derecho."(6)

Resulta necesario destacar que estas actividades laborales y recreativas no llevan un propósito de lucro, sino que obedecen a un enfoque eminentemente terapéutico, intentando así rescatar los aspectos más sanos de su personalidad.

6. Hellen Willard S. Terapia Ocupacional. Ed. Jim is. Barcelona, España, 1973, p. 43.

En los trabajos de la terapia ocupacional se han visto muchos beneficios como el lograr acortar el tiempo de convalecencia, ya que cuando la enfermedad lo permite, se le asigna al paciente una actividad o tarea para que permanezca ocupado y distraído.

Anteriormente se ofrecían actividades sin tomar en cuenta sus capacidades físicas y psíquicas. Hoy en día se ha comprobado la necesidad de seleccionar adecuadamente a los pacientes por lo perjudicial que resulta agrupar a enfermos cuyas capacidades físicas, mentales o psíquicas sean diferentes. Las identificaciones caracteriológicas consolidan las mismas deficiencias o trastornos del comportamiento.

Es necesario mantener un equilibrio entre los pacientes o grupos de pacientes en base al tipo de terapia ocupacional más adecuado, buscando con esto niveles de tolerancia al trabajo y la sociabilidad.

Las instituciones que aplican la terapia ocupacional recomiendan para los enfermos inquietos actividades de concentración y que requieran una mayor atención. A los pacientes depresivos se les asignan actividades que no sean monótonas; que sean más bien tareas estimulantes. A pacientes agresivos, actividades que expresen su agresividad de manera constructiva y que requieran un grado de desgaste físico.

Por lo anterior, es necesario implantar un programa diversificado que ofrezca actividades variadas para todo tipo de enfermos.

A continuación se dará la conceptualización de la terapia ocupacional para tener un conocimiento más claro sobre los diferentes tipos de terapia que se manejan actualmente en diversas instituciones.

2.3 CONCEPTUALIZACION DE TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA:

La terapia ocupacional es definida como:

"Toda actividad de trabajo, prescrita por el médico y aplicada por el terapeuta ocupacional de un modo preciso, para ayudar al mejoramiento, al desarrollo y al mantenimiento de las capacidades mentales, sociales o físicas alteradas por una enfermedad o un traumatismo".(7)

Por terapia recreativa se entiende:

"El conjunto de actividades que orientadas como proceso enriquecedor conducen al individuo, grupo o comunidad al autodescubrimiento de aptitudes y capacidades que generan un mayor desarrollo, descanso y goce."(8)

La terapia recreativa, se puede decir también, que es toda actividad de recreo, cuyo fin primordial es la distracción, ya que recreativa indica por lo tanto rehabilitación, volver a crear.

Por tiempo libre entendemos:

7. Gloria M. Bustamante de A. Op. cit., p. 10.

8. Enaida Gómez. La Recreación en la Farmacodependencia. Boletín Informativo del Hospital de Antioquia. México, p. 30.

"El conjunto de ocupaciones a las cuales el individuo se entrega con plena aceptación para descansar, divertirse o desarrollar su información y su formación y participación desinteresada." (9)

El fin principal tanto para la terapia ocupacional como para la recreativa es introducir al paciente, tan rápido como sea posible, en dichas actividades y en donde el tratamiento debe ser para cada caso específico y de acuerdo a las necesidades de la persona enferma. Mediante el trabajo y la recreación, el enfermo demuestra que es capaz de responsabilizarse, de sentirse seguro de poder realizar cosas útiles y sanas y en la recreación se identifica, se conduce a la realidad y desarrolla cualidades motoras a parte de que fomenta la capacidad creativa. Esto contribuye a que el paciente recupere parte de su seguridad, el valor y prestigio social perdidos.

Cabe señalar que cada persona es diferente a otra y por lo tanto cada tarea o actividad encomendada debe ser seleccionada de acuerdo a sus propias posibilidades.

Se le debe proporcionar al paciente hospitalizado un ambiente adecuado y estructurado para cada actividad en particular, partiendo de su historia ocupacional para evitar así la inactividad, lo que contribuye y facilita que el paciente se sienta apreciado en sus propios valores personales. Su historia laboral le permite al paciente escoger, de entre va-

9. Ibidem.

rias actividades encomendadas, la que mejor le acomode o la que mejor conocimiento tenga. Esto le ayuda, por medio del trabajo, a responsabilizarse ante sí mismo y ante los demás.

Ambas terapias ayudan a desarrollar cualidades o capacidades ya perdidas o inactivas, sirven también como una manera de expresar emociones difíciles de exteriorizar, actitudes, aptitudes y lo más importante es que le da sentido a su vida al convertir esas actividades en algo útil y provechoso, sirviéndose de la ocupación para desarrollar los trabajos colectivos, fomentando al mismo tiempo su autoestima y responsabilidad.

2.4 ANTECEDENTES DEL SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO "YUCATAN".

El hospital psiquiátrico llamado "Asilo Ayala", fundado en 1906, fue creado para proteger y cuidar a la sociedad del enfermo mental más que atenderlo desde el punto de vista asistencial. No existía el Servicio de Terapia Ocupacional y sólo los pacientes interesados en las labores del campo y otros servicios del hospital como lavandería, cocina, aseo de pabellones, podrían participar ayudando a los mismos trabajadores sin recibir ninguna gratificación económica o estímulos por parte del mismo.

Fue así hasta que en 1968, ante la necesidad de implantar el Servicio de Terapia Ocupacional, éste se crea pero en forma informal y bajo la supervisión del Psiquiatra Raúl Cárdenas Pérez en combinación con la jefe de enfermería, siendo de la manera siguiente: dentro de los pabellones de hombres y mujeres, sus encargados facilitaban material a los pacientes para realizar trabajos manuales, costura, reparación de ropa a las mujeres, mientras que a los hombres se les ofrecían actividades de campo, cuidado de hortalizas y desyerbe, inclusive existían establos, siendo cuidados por el personal y algunos pacientes interesados.

Los estímulos que les daban eran para ambos sexos, aparte de cigarrillos y posole (bebida típica del Estado). todos los jueves por la noche veían cine en pantalla grande. También se estableció un paseo al zoológico "Centenario" todos los miércoles a los pacientes que más colaboraban. Estas actividades

tenían un horario de 7 a 14 horas.

El hospital proporcionaba material indispensable para las actividades, además de ofrecer material cuando se requería para la realización de hamacas, así como cualquier otro material para otras actividades.

En el año de 1978 se reubica al hospital cambiándole el nombre al de Hospital Psiquiátrico "Yucatán". Esto se debió a la reestructuración en el concepto de hospital psiquiátrico a una postura mental más dinámica por parte de las autoridades responsables de la salud mental de la comunidad, siendo el principal beneficiado con este movimiento el enfermo mental.

En el mismo año se asigna al Psiquiatra Roberto Cárdenas la responsabilidad del Departamento de Terapia Ocupacional, asignando al servicio dentro del pabellón de Seniles gracias a la constante participación del doctor; se asigna a dos auxiliares de enfermería y a un jornalero para que se encargasen del servicio siguiendo con las actividades antes señaladas. Se coloca una televisión y se acondiciona sencillamente el Departamento.

Posteriormente, se observa la necesidad de contar con personal preparado y asignado exclusivamente al Servicio de Terapia Ocupacional.

Fue entonces cuando se modifica el Servicio en forma ya independiente en una ala del pabellón de seniles, contando

con dos salones grandes destinado uno a la carpintería y el otro a usos múltiples, y para atraer a los pacientes se les estimulaba con galletas, dulces, y cigarrros.

Las actividades que se ofrecían eran las siguientes: baile los martes y sábados por las mañanas, para lo cual se adquirió un órgano que facilitó dicha actividad, siendo el encargado el señor Miguel Torres, quien hasta nuestros días sigue dándola los martes y los viernes. Además de otras actividades laborales de carpintería y de campo para los hombres, mientras que a las mujeres se les daba principalmente costura, tejido y otras actividades manuales.

En 1982 se designa como director del Hospital al Dr. Gaspar Baquedano López, quien sigue fungiendo como tal, siendo éste último el que ha permitido un desarrollo del Servicio de Terapia Ocupacional y Recreativa en forma organizada, incrementando el personal asignado al mismo.

A continuación se mostrará la manera en que se han llevado a cabo los diferentes programas del Servicio de Terapia Ocupacional, desde sus inicios en el Hospital Psiquiátrico "Yucatán".

PRIMER PROGRAMA DE TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA.

El primer programa de terapia ocupacional y recreativa del Hospital Psiquiátrico "Yucatán", fue realizado por el

equipo médico (interesados en la terapia ocupacional), permitiéndole, mediante actividades grupales de fácil organización y mantención, la integración del paciente a un proceso activo-dinámico-creativo, donde se combinaban actividades tanto de tipo artístico como laboral y deportivo; permitiéndole rescatar, en primer lugar el interés y estima por sí mismo y en segundo, la necesidad de interactuar colectivamente.

Para lograr este programa fue necesario adecuar las actividades de acuerdo a las necesidades y capacidades de los pacientes, por lo que se elaboró una serie de parámetros que permitirían una aplicación de manera integral e interdisciplinaria.

Así pues, se propusieron los siguientes criterios para elaborar los programas y organizar los grupos de acción:

OBJETIVO GENERAL: Realizar programas que contribuyan a la rehabilitación integral del paciente psiquiátrico.

OBJETIVOS PARTICULARES:

- Proporcionar a los pacientes internados en el hospital la oportunidad de conocer actividades lúdicas, sociales, recreativas y de trabajo que le permitan encontrar sus capacidades creativas desconocidas o desarrollar al máximo, las conocidas.
- Apoyar el mejoramiento de las condiciones físicas y mentales del paciente.

PARAMETROS:

Se planteó realizar programas de acuerdo a la funcionalidad de los pacientes; para esto se realizó una clasificación de funcionalidad en base a tres niveles:

- FUNCIONAL 1
- FUNCIONAL 2
- FUNCIONAL 3

Cada uno de estos niveles era alcanzado en base a las calificaciones obtenidas en las tres esferas de la vida cotidiana: lo FISICO, MENTAL y SOCIAL.

Cada una de éstas tenía a su vez una calificación particular en base a ciertos criterios que fueron definidos inicialmente de la siguiente manera:

ESFERA DE LO FISICO: Calificación de 3, para aquellos pacientes en buenas condiciones físicas.
 Calificación de 2, para aquellos pacientes con un 50% de sus capacidades físicas.
 Calificación de 1, para aquellos pacientes incapacitados físicamente en su totalidad.

ESFERA DE LO PSICOLOGICO: Esta esfera a su vez se dividió en áreas intelectuales, área afectiva y área de contacto con la realidad. El criterio general es que el paciente esté

o no capacitado en cada una de estas áreas.

Calificación 3, para aquellos pacientes que estén capacitados en las tres áreas.

Calificación de 2, para aquellos pacientes que estén capacitados al menos en 2 áreas.

Calificación de 1, para aquellos pacientes que estén capacitados en una o ningún área.

ESFERA DE LO SOCIAL: Calificación de 2, a aquellos pacientes que se integran socialmente.

Calificación de 1, a aquellos pacientes que no se integran.

En base a la suma de estas calificaciones obtenidas en cada esfera se determinaba el grado de funcionalidad.

FUNCIONAL 1 - de 8 a 7 puntos

FUNCIONAL 2 - de 6 a 4 puntos

FUNCIONAL 3 - de 3 a 1 punto.

Para evaluar lo anterior, se propusieron los siguientes instrumentos de evaluación:

- Para el área Física: El examen que se realiza a cada paciente por los médicos generales del hospital.

- Para el área Psicológica: Un examen que se realiza por los médicos psiquiatras de la institución.

- Para el Área Social: Un cuestionario que aparece como anexo a este trabajo. (Pag. 108)

Este programa entró en vigor en diciembre de 1985 con un responsable, un asistente y dos auxiliares para el Servicio de Terapia Ocupacional, con el fin de supervisar y organizar el programa ya establecido. Aquí yo participe siendo la asistente del Servicio. El procedimiento que se ofreció dependió de las actividades de trabajo y recreativas disponibles.

Actividades Ocupacionales: la terapia ocupacional dentro del hospital giran en torno a las actividades propias del campo; se consideró importante porque la mayoría de la población de pacientes es de extracción campesina, y para ello se propuso su participación directa en el cultivo de hortalizas y frutas, así como tareas de desyerbe y limpieza de terreno.

En cuanto a otras actividades manuales, está un pequeño taller de carpintería y un salón de usos múltiples donde se realizan actividades de costura, tejido y bordados.

Para la terapia recreativa, se mencionó que eran actividades deportivas, culturales y lúdicas que ayudaran a fomentar su iniciativa en la participación en equipo y de acuerdo con las inquietudes que los miembros fueran planteando.

Para plantear las tareas antes expuestas, se organizó una asamblea con el objeto de tratar en forma continua las dudas y los problemas que pudieran surgir en dicho programa.

ACTIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA.

Una vez formados los grupos se propuso realizar las siguientes actividades:

En el área laboral:

- Un taller de costura ya existente para la fabricación y reparación de ropa para internos del hospital.

 - Un taller de carpintería para la reparación y pintura de muebles e instalaciones del hospital.
- Actividades de campo ayudando al desyerbe y limpieza de terreno.

En el área cultural y deportes se propuso:

Que las actividades podían ser diarias, semanales y mensuales según el grado de disponibilidad. En general se propusieron actividades como:

- a) Deportivas: gimnasia, aeróbics, juegos grupales, vóleybol, fútbol, etc.

- b) Artísticas: música, baile y canto, pintura con las manos, poesía, teatro, etc.

Se planteó también realizar un calendario en donde se combinará dichas actividades.

La evaluación del programa del Servicio de Terapia Ocupacional fue el siguiente:

- a) Se organizó el programa ya establecido, incorporando las actividades laborales, deportivas y recreativas.
- b) Se realizaron visitas a cada uno de los pabellones para invitar a todos los pacientes con autoridad médica para la asistencia al Servicio de Terapia Ocupacional.
- c) Se observó un incremento considerable de asistencia al servicio por la mayoría de los pacientes.
- d) En cuanto a los procedimientos existió una marcada diferencia en el desarrollo de los programas en las tres áreas: laboral, deportiva y recreativa, ya que las dos últimas éstos fueron elevados, pero en el área laboral no sucedió lo mismo, ya que los talleres de carpintería y de costura no funcionaron en forma consistente debido a la falta de equipo y material que no permitió que las metas se cumplieran.
- e) La información tanto del personal de T.O.R. como de los jefes de cada servicio fue nula o poco significativa debido a la poca comunicación existente.

En conclusión, se observaron cambios positivos en el Servicio de T.O.R. al ofrecer a los pacientes actividades dentro de su estancia, pero para lograr mejoras se propuso cambiar algunos procedimientos como:

Modificar el procedimiento de informes sobre los cambios observados en los pacientes, modificando la hoja actualmente aplicada, añadiendo otros parámetros para facilitar así la comunicación. Promover más la comunicación con todo el personal hospitalario, especialmente con los encargados de los diversos servicios, así como la comunicación grupal con los pacientes para una participación más activa de los mismos en la toma de decisiones con respecto a las actividades a desarrollar.

Y finalmente, incorporar más personal capacitado para el Servicio de T.O.R. para una mejor atención al paciente y mejorar más la comunicación.

SEGUNDO PROGRAMA DE TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA.

El Programa de Terapia Ocupacional y Recreativa que substituyó al anterior, se basó en la selección de pacientes tomando en cuenta el objetivo general que consistía en realizar programas que colaboraran con la rehabilitación integral del paciente psiquiátrico.

La selección de pacientes se realizó de acuerdo a su funcionalidad y necesidades con en base a tres niveles diferentes al del programa anterior; tomando en cuenta las tres esferas:

- Física
- Social y
- Psicológica

El método que se utilizó para esta selección, fue el de la observación directa e indirecta, así como el registro de conductas acertadas o erróneas en una tarea encomendada; esto con el fin de identificar la manifestación de necesidades de los pacientes que asistían a terapia ocupacional.

Selección y Clasificación de pacientes:

Nivel 1.- Funcional alto o superior: Aquellos pacientes que se encuentran capacitados en un 100% de las esferas Física, Psicología y Social. (estos pacientes ya pueden considerar las actividades como un trabajo de rutina).

Nivel 2.- Funcional 2 o intermedio: Aquellos pacientes es que se encuentran entre un 40 y 50% de sus capacidades y dominan 2 áreas o esferas satisfactoriamente y una no dominan.

Nivel 3.- Funcional bajo o inferior: Aquellos pacientes que se encuentran en una o dos esferas afectadas; presentan una esfera, factible de dominio y no le permite su condición dominar las otras 2 esferas y necesita de un facilitador para la realización de sus funciones.

Cada nivel tenía un salón donde se efectuaban las actividades: laborales, deportivas y recreativas.

De acuerdo a esta clasificación, se les ofrecía a cada nivel actividades de acuerdo a su funcionalidad, contando con dos miembros del personal de terapia ocupacional.

Es importante mencionar que la asistencia de pacientes era en forma voluntaria, existiendo un aumento considerable de los mismos debido a intereses en común y por que no había roce alguno con pacientes imposibilitados o deteriorados.

Los programas de actividades se desarrollaban semanalmente para cada nivel sin cambiar o variar las actividades de baile o proyección de cine en donde se reunían a todos los pacientes en un salón (ver programa anexo de acuerdo a cada nivel por semana).

En julio de ese año, se redujo el número de recursos humanos en terapia ocupacional, de 9 personas que laboraban quedamos 5, y con las limitaciones del hospital era importante dar un giro inmediato al servicio, empezando a notarse una disminución considerable de pacientes, por lo que una sola persona era insuficiente.

En julio de 1987, se ofreció un programa donde se reunía nuevamente a todos los pacientes de cada nivel con un programa común para todos en el que la asistencia de pacientes fuera obligatoria.

RESULTADOS OBTENIDOS:

Destacó un aumento considerable de pacientes en el servicio al hacerse en forma obligatoria; se realizó un mayor control de pacientes al separarlos por sexos exclusivamente en las áreas laborales, en las actividades recreativas y deportivas se reunía a ambos sexos.

En septiembre se autoriza la venta diaria, por parte de los familiares de los pacientes y del personal, de productos o artículos realizados en terapia ocupacional, dando resultados satisfactorios sirviendo, hasta cierto punto, de retroalimentación económica y afectiva a dicho Servicio.

Cabe mencionar que se autoriza la venta de artículos, porque siempre se había limitado económicamente al servicio.

Los objetivos generales y particulares continúan siendo los mismos, modificándose sólo los procedimientos.

A continuación se anexan los cronogramas del primer y segundo programa de actividades conforme a los horarios establecidos.

ACTIVIDADES SEMANALES DE T.O.R.

| HORARIO | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES |
|---------|----------------------|------------------------------|----------------------|----------------------|------------------------------|
| 8 A 9 | EJERCICIOS | EJERCICIOS | DEPORTES | EJERCICIOS | EJERCICIOS |
| 9 A 10 | CAMPO, COSTURA | CAMPO, COSTURA | CAMPO, COSTURA | T.V. | CAMPO, COSTURA |
| 10 A 11 | CARPINTERIA, COSTURA | CARPINTERIA BAILE, MUSICA | CARPINTERIA, COSTURA | CARPINTERIA, COSTURA | CARPINTERIA BAILE, MUSICA |
| 11 A 12 | CARPINTERIA, COSTURA | CARPINTERIA BAILE, MUSICA | CARPINTERIA, COSTURA | CINE | CARPINTERIA BAILE, MUSICA |

ACTIVIDADES SEMANALES DE T.O.R.

| HORARIO | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES |
|---------|--------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| 8 A 9 | EJERCICIOS | EJERCICIOS | DEPORTES | EJERCICIOS | EJERCICIOS |
| 9 A 10 | CAMPO O COSTURA | CAMPO O COSTURA | CAMPO O COSTURA | TELEVISION | CAMPO O COSTURA |
| 10 A 11 | CARPINTERIA O COSTURA | BAILE Y MUSICA | CARPINTERIA O COSTURA | CARPINTERIA O COSTURA | BAILE Y MUSICA |
| 11 A 12 | CARPINTERIA O COSTURA | | CARPINTERIA O COSTURA | CINE | |

De acuerdo a este programa, las actividades de costura involucran las siguientes tareas:

- surcir ropa del hospital
- bordar servilletas
- tejer agarraderas
- realizar bolsas (telas, peluche, etc.)
- elaborar collares
- hacer muñecos de peluche.

Es importante mencionar que a los pacientes que se encontraban con cierto deterioro físico o que no estaban capacitados para dichas tareas se les facilitaban:

- juegos educativos
- revistas
- colores y hojas para iluminar
- periódicos para rasgar
- escobas para barrer, etc.

Las actividades de carpintería:

- arreglo de muebles del hospital
- cuadros
- portacandados, portacuchillos, portallaves, etc.

Las actividades de campo:

- limpiar, regar, sembrar, chapear, etc.

ACTIVIDADES:

Son cuatro horas diarias aproximadamente en las que se trabaja con los pacientes, de 8 a 12 am.

Se manejan 3 áreas en las actividades de costura, campo, carpintería y pintura.

- área laboral
- área recreativa
- área deportiva

AREA LABORAL: Son las actividades de costura, campo, carpintería y pintura. Se observa un aumento en la influencia de socialización, desarrollo de sentimientos de autonomía y confianza en sí mismo, readquisición de valores y conducta de grupo, adquisición de hábitos sociales y conductas de autocuidado y adaptación al medio ambiente.

AREA DEPORTIVA: Incluye ejercicios, vóleybol, basebol, etc., Se procura dar diariamente ejercicios porque la actividad física estimula el funcionamiento psicomotriz, así como la coordinación de movimientos gruesos y finos y destreza en el equilibrio.

AREA RECREATIVA: Se ha observado que ayuda al desarrollo perceptual, a la reeducación de los sentidos, discriminación de formas y tamaños. Hay una mejor adquisición del lenguaje, en el desa-

rollo de expresiones, además facilitan y fomentan las diversas formas de comunicación.

Las actividades que se realizan en esta área son:

Baile.

Música, ayuda a establecer un balance interior y a alejar el dolor.

Pintura, es un medio para descargar los estados de ánimo en una imaginación simbólica. Expresiones concretas: palabras o manifestaciones de signos exteriores de algo que puede expresarse por medio de la construcción con cajas, tablas, material hueco, tela, cintas, etc., así como el pegar, rasgar, etcétera.

Expresiones gráficas: se representan por medio de figuras, dibujos con crayolas, plumones, semillas, palitos, plastilina, pastas, etc.

Higiene personal: actividades de aseo como peinarse, pintarse, lavarse cara, manos y dientes, etc.

Teatro: Se desarrollan actividades lingüísticas y de expresión, donde se conversa, narra, se escenifica y escucha.

Juegos educativos y de mesa: Lotería, dominó, rompecabezas, cartas, etc. Por los aprendizajes específicos que reportan: colores, forma, semejanza, sonido, etc.

Visita fuera del Hospital: es un medio para estimular más los objetos naturales, proporciona experiencias que producen estados de alegría, gozo, seguridad y bienestar, facilitando la expresión de emociones.

Hasta este momento se siguieron los programas y se observó que no existía una comunicación directa entre el Servicio de Terapia y los médicos tratantes, el espacio físico era limitado e inadecuado y el personal insuficiente, debiéndose esto a no contar con un adecuado control de pacientes, por lo que fue necesario observar en otras instituciones los lineamientos de un programa de terapia ocupacional donde se ha tenido éxito comparándolo con el programa del Hospital, con bases teóricas sustentadas para que el equipo multidisciplinario del Hospital diera más apoyo.

SITUACION DEL ENFERMO MENTAL EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO.

Con los antecedentes antes mencionados se logró determinar que la situación del paciente institucionalizado sufrió pocos cambios a pesar de haber sido trasladado a un local adecuado.

1. Desde un principio el lugar fue adecuado para la población que de alguna manera se manifestaba, pero a medida que pasaba el tiempo, la cantidad de pacientes mentales fue siendo tan grande que no era posible el adecuado funcionamiento del hospital.
2. La administración, siendo su política la de no rechazar a nadie, aumentó la población y el sobrecupo de la institución no fue en proporción directa con los materiales del tratamiento adecuado.
3. Por lo que respecta al tratamiento, era tal la cantidad de pacientes que encontrándose reclusos, continuaban con las mismas indicaciones terapéuticas dadas al momento de su ingreso.
4. El personal de la institución encargado del cuidado y atención de los pacientes contaba con la mínima preparación especializada para este tipo de pacientes, por los que se perdió el sentido de humanización entre el personal, mismo que utilizaba técnicas regresivas como en los anteriores hospitales en cargados del cuidado de los pacientes.

5. Los familiares de los enfermos mentales recluidos normalmente se negaban o escondían el parentesco que los unía y cuando los llegaban a visitar eran motivados por un sentimiento de culpa. Había otros familiares que no comprendían a sus enfermos, jamás los frecuentaban y trataban de olvidarse por completo de ellos, y los familiares que frecuentaban y visitaban a sus pacientes reflejaban vergüenza, miedo y temor al contagio, otros traían consigo el contaminado ambiente que había afectado al paciente.
6. Con el aumento de la población, fue necesario implementar el Servicio de Terapia Ocupacional para lograr mantener más tiempo ocupado al paciente enfermo y que no sólo fuera refugiado en el pabellón asignado, o vagando en los pasillos del hospital.
7. El Servicio de Terapia Ocupacional, así como su personal, llegó a ser insuficiente por el número de pacientes que a él asistían.

Posteriormente se mencionará la manera en como se llevaba a cabo su desempeño.

CAPITULO III

LA ADMINISTRACION DE PERSONAL

3.1 IMPORTANCIA DE LA ADMINISTRACION DE PERSONAL.

Hace cerca de un siglo que la administración de personal ha sido considerada y reconocida formalmente como un campo de especialización y práctica profesional; siendo ésta necesaria en donde han existido grupos de personas especializadas y organizadas, logrando a su vez objetivos comunes, donde los individuos responsables de dirigir, guiar y manejar cada vez más información al ir creando un ambiente mejor y adecuado para llegar a fortalecer la colaboración de cada uno de los miembros y a su vez mejorar las actitudes mediante el desarrollo armonioso de un espíritu de cooperación entre los trabajadores y supervisores responsables de cada institución.

Estos adelantos administrativos surgieron como respuesta a necesidades específicas de la producción y la organización y como resultado de las diferentes crisis económicas, políticas, sociales y militares.

Los primeros desarrollos de los que se tiene noticia que se relacionan directamente con la administración de personal en forma científica y técnica, fueron desarrollados durante el último periodo de la edad media.

En la edad media surge una nueva forma de organización social, política y económica llamada feudalismo. Los feudos eran grandes extensiones de tierra que los reyes entregaban a los nobles para su administración. El noble a quien se le entregaba un feudo se le conocía como señor feudal. En los feudos las tierras eran cultivadas por los siervos que estaban

al servicio de los señores feudales; los siervos no recibían ningún sueldo por su trabajo, ni podían abandonar el feudo donde trabajaban.

Durante el feudalismo la tierra era considerada como la principal fuente de riqueza, ya que en cada feudo se producían artículos indispensables para satisfacer las necesidades de quienes la habitaban.

Los señores feudales tenían a su servicio gran cantidad de campesinos libres y siervos que trabajaban sus tierras, éstos estaban obligados a pagarle al señor numerosos impuestos para hacer uso de molinos y hornos. El señor, por su parte, se comprometía a prestar atención a los campesinos. En ese tiempo existían diferentes formas de pagar los impuestos al señor; pudiendo ser con trabajo extra, con productos o con dinero.

Con la decadencia de la sociedad feudal, muchos artesanos y campesinos emigraron de los feudos a las ciudades, que con el rápido crecimiento de éstas vieron aumentar sus actividades por la importancia que empezó a tomar la producción masiva, el comercio y las artesanías.

En esa época, el llamado libre empleo empezaba a emerger con el crecimiento de las ciudades, también aumentó la necesidad de producir y consumir todo tipo de productos; aquí es donde aparecen los talleres que se dedicaban a un mismo oficio, dando lugar a que los artesanos especializados se unieran para formar gremios que eran asociaciones encarga-

das de decidir los precios de las materias primas que se requerían. Estos establecieron sus propias reglas y controles en relación a sus oficios mismos.

Para los otros artesanos no especializados no sucedió lo mismo, pues las oportunidades eran limitadas, viéndose obligados a trabajar para otros maestros o artesanos especializados.

El movimiento de la Revolución Industrial estimuló el crecimiento de talleres y fábricas como resultado de la disponibilidad de capital, así como la superación de las técnicas de producción por la demanda grande de artículos y productos.

Esto originó nuevos problemas en el sistema, principalmente de las relaciones humanas, pues la creación de trabajos no especializados y repetitivos hicieron que el trabajo fuera monótono y poco motivador.

Los artesanos especializados gozaban de cierta seguridad económica al contar con una habilidad negociable, pero al mismo tiempo temían el ser reemplazados por otros individuos que eran entrenados fácilmente.

A fines de la edad media, los campesinos y artesanos que habían perdido sus parcelas y sus instrumentos de trabajo quedaron a disposición del comerciante y del industrial, quienes los pusieron a trabajar bajo su autoridad a cambio de

un salario. Así los comerciantes pudieron decidir qué se debía producir, dónde y cómo. Los artesanos fueron ubicados en talleres, donde trabajaban con los materiales y las herramientas que les suministraba el propio comerciante.

Para estos empleados, ellos consideraban los factores necesarios para la producción de artículos y servicios, la fuerza de trabajo, el dinero, la maquinaria y los materiales más indispensables. De esta forma los trabajadores eran considerados básicamente como artículos que podían emplearse con el salario más bajo y ser desechados cuando sus servicios dejaran de ser necesarios y susceptibles de ser utilizados.

"Antes del siglo pasado los trabajadores contaban con una pequeña protección legal, donde existían leyes que garantizaban sus derechos de negociación particular o colectiva y hasta el año de 1842 los intentos de los empleados por organizarse y para negociar con los patronés, fueron considerados, bajo las leyes existentes, un acto criminal de conspiración."⁽¹⁾

La extensión gradual de los privilegios de voto y la educación libre a todos los ciudadanos, ayudaron a los trabajadores a adquirir poder político. Por medio de sus habilidades para buscar apoyo público para su causa, los trabajadores gradualmente tuvieron la posibilidad de obtener la aprobación de legislaciones que les ofrecían algún grado de protección.

1. Cyril Curtis. The Management of Personnel. Churden y Sherman. CECSA. México, 1982, pág. 12.

En el caso de México, con el movimiento revolucionario de 1910, el país buscaba una serie de reivindicaciones y objetivos que en un amplio número de casos correspondían a aspectos relativos a la administración de recursos humanos. Así durante la Revolución Mexicana se exigía un sistema de salario justo, una reducción de las horas de trabajo, libertad sindical, eliminación de tiendas de raya y sobre todo un trato más humano durante las horas de trabajo.

A estas demandas, los congresistas de 1917 incluyeron dentro de la nueva Constitución, el Artículo 123 en el que se expresan las obligaciones y los derechos de los trabajadores, que posteriormente daría origen a la ley reglamentaria, la Ley Federal de Trabajo, de la cual destacan algunos preceptos que se refieren a las condiciones de trabajo, al salario, la capacitación, prestaciones, etc. Estos ordenamientos legales y otros surgidos más adelante, contienen una serie de disposiciones cuyo cumplimiento hace necesaria la utilización de modernas técnicas de administración de personal.

Fue así como algunas organizaciones mexicanas, con el rápido crecimiento demográfico, se dieron cuenta que la estructura no correspondía a sus necesidades y fue entonces importante crear nuevos departamentos que atendieran funciones específicas que contaran con gente preparada para ello. Por ejemplo, en producción era necesario controlar la calidad, la comercialización requería en ese momento de técnicas adecuadas y modernas.

Era necesario implantar un departamento de personal que llevara al mejoramiento de aptitudes humanas hacia el trabajo armonioso. Se requería de especialistas que formularan exclusivamente nóminas, que se evitaran fracasos en la contratación de nuevos elementos, trato directo con el sindicato, motivaciones, etc.

LA ADMINISTRACION CIENTIFICA.

A finales del siglo pasado, el aumento de la mano de obra y de los costos indirectos obligaba a la gerencia a dedicar más esfuerzos para lograr mayor eficiencia en la producción mediante el mejoramiento de los métodos de trabajo y la creación de normas, por medio de las cuales pudiera juzgarse la eficiencia de los empleados.

Estos esfuerzos condujeron al movimiento de la Administración Científica, la cual tuvo un impacto definitivo sobre la administración de personal. Esto creó nuevos problemas de relaciones humanas que debían resolver los gerentes, principalmente.

La actividad fundamental de la gerencia no sólo puede apoyarse en un análisis económico, sino que todo problema en la organización tiene a su vez aspectos técnicos, económicos y humanos. Las decisiones de la dirección debían buscar la eficiencia económica, la satisfacción y la colaboración de los miembros de la organización.

"La teoría de las relaciones humanas es definida como un nuevo estilo de dirección basado en la información y la participación y orientado a seguir la colaboración." (2)

Este movimiento fue estimulado por las aportaciones de Frederick Taylor, quien es reconocido como el padre de la administración científica.

Frederik Taylor consideraba que la administración científica debe consistir en substituir los viejos criterios y opiniones individuales para la investigación científica y los conocimientos precisos, ya fueran respecto al patrón o al trabajador, en los asuntos relacionados con el trabajo en la empresa.

La administración científica ofrecía, por lo tanto, el enfoque necesario para incrementar la productividad y las ganancias de los trabajadores proporcionando mayores utilidades a los propietarios y precios más bajos a los clientes. Considerando los estándares de rendimiento precisos, basados en datos objetivos obtenidos por medio de los estudios de tiempo y otras fuentes, como una herramienta importante para la administración de personal.

Con esto, dicho autor estimulaba a los trabajadores superiores y eliminaba a los deficientes. Consideró además, que los incentivos y motivaciones permitían obtener más de los

2. Norman R. F. Maier. Psicología Industrial. 5a. ed. Editorial RIALP. Madrid, pág. 605.

trabajadores, trabajando con mayor esfuerzo y ésto representa una fuente de motivación para los empleados. Este concepto presentó un agudo contraste con la práctica prevaleciente de intentar obtener más trabajo de los empleados, amenazándolos con castigos.

Para Taylor, el reconocimiento más importante es quizá la eficiencia de la adecuada planeación y la ejecución apropiada. Sugiere colocar su énfasis sobre los estándares del trabajo, el mejoramiento de métodos y sistemas de incentivos financieros. Pudo haber dejado de considerar las fuentes no financieras de motivación o la influencia del grupo no formal; buscó mejorar el bienestar económico del obrero; estaba convencido de que la administración científica proporcionaba a los trabajadores la mayor oportunidad para lograr tales mejoras, ofreciéndoles los medios por los cuales podrían aumentar su productividad y compartir sus beneficios resultantes.

Taylor, en el área de administración de personal, ayudó a la gerencia a reconocer el hecho de que los empleados difieren en sus habilidades y muchos de ellos, debido a fallas en su asignación a un trabajo apropiado y a la falta de entrenamientos, no tienen la oportunidad de ejercer al máximo sus habilidades.

Esto hace evidente que los empleados, sea cual sea su categoría, no están contentos con sólo hacer lo que se les dice, quieren utilizar los conocimientos con que cuentan y tener algún control sobre sus tareas o sus labores.

El pensamiento de Taylor dió origen al llamado movimiento de la dirección científica o movimiento de la dirección, que buscaba la solución científica de los problemas planteados por una organización y el logro de una administración económica y eficaz, ya que dichas técnicas y el espíritu de la dirección científica prometían reducir los costos y aumentar el rendimiento.

Así también planteaba que la producción, los costos y la calidad de los bienes y servicios, son variables dependientes que pueden potenciarse mediante el reajuste de cierto número de variables independientes, entre las que se encuentra la división del trabajo, las técnicas de supervisión, los incentivos económicos, la producción en cadena y los métodos físicos y coordinación de ejecución del trabajo.

Una orientación parecida respecto a la dirección científica es la de ofrecer una decisión conjunta como forma de integrar al grupo en un objetivo común, donde

"El esfuerzo por alcanzar una decisión conjunta, polarizando los objetivos individuales en una misma dirección, modificando al mismo tiempo las actitudes de los miembros del grupo, en el interior de una organización o de una sociedad, por tanto para aunar las actitudes y los objetivos de los miembros no basta con ofrecerles más y mejor información, sino que es preciso darles alguna forma de participación en las decisiones, lo que equivale a darles alguna participación en la respon-

sabilidad colectiva".(3)

El concepto de "relaciones humanas" en las empresas, fue aplicado en distintos estudios y trabajos de investigación que abarcaban varias disciplinas, cuyo objetivo común era la organización social de las instituciones económicas. Su principal característica radica en que se aparta de la investigación científica con sus métodos lógicos de distribución de la fábrica, el estudio de los puestos de trabajo y su confianza absoluta en los sistemas de incentivos, basados en la remuneración por resultados para centrar su interés en la influencia del grupo informal y las técnicas de mando sobre el comportamiento de los empleados.

Al mismo tiempo, sociólogos, psicólogos y antropólogos sociales empezaron a interesarse por la naturaleza de la sociedad industrial como un fenómeno social más complejo.

A partir de esto, el interés de las relaciones humanas se centra además de la motivación del trabajador, entendiéndose éste como el trabajador manual, el empleado, el técnico o el directivo, a las aptitudes exigidas por el trabajo y sus relaciones con las aptitudes del trabajador, refiriéndose también a los objetivos del trabajo y su relación con los objetivos del que lo ejecuta.

3. Idem., p. 15.

LOS ESTUDIOS DE LA WESTERN ELECTRIC.

Las relaciones humanas en la industria como campo de estudio, tuvieron impulso a partir de los estudios de la Western Electric. En la fábrica de Hawthorne de la Western Electric Company de Chicago, entre 1927 y 1932, se inició la investigación debido a los intereses en conjunto de la compañía y de un grupo científico dirigido por Elton Mayo.

"Elton Mayo fue el inspirador de los celebres experimentos Hawthorne donde dedujo que la importancia para una motivación es la selección de ciertos grupos de empleados para darles una atención particular y fomentando en ellos un elevado sentimiento de importancia y sensación de formar un grupo". (4)

El estudio de Elton Mayo se originó debido al interés por analizar los efectos de la monotonía entre los trabajadores. Las investigaciones realizadas por la propia compañía habían dado respuestas sorprendentes, ya que al tratar de estudiar la influencia que la calidad y la cantidad de iluminación ejercía sobre el rendimiento, descubrieron que la producción aumenta o disminuye conforme a la iluminación proporcionada.

Elton Mayo y sus colegas afirmaron que esto se aplicaba debido a los cambios ocurridos en las relaciones humanas, que rebasaban las modificaciones puramente físicas dispuestas por

4. A. Reyes Ponce. Administración de Personal, 1a. Parte. Ed. LIMUSA. México, p. 32. la organización científica. la organización científica.

A esta conclusión se llegó en el experimento del taller de montaje de rieles de la Western Electric, donde un grupo de cinco muchachas fueron aisladas en una habitación aparte de la fábrica y siendo sometidas a modificaciones experimentales en condiciones de trabajo consistentes en la introducción de períodos de descanso, refrigerios y acortamientos de la jornada. Posteriormente, los cambios que se suponían habían mejorado las condiciones del trabajo lograron ser los responsables del aumento de producción, fueron suspendidos esperando que se diera una baja en el rendimiento de las cinco obreras. Sin embargo, no fue así. La producción continuó aumentando gradualmente.

Esto se explica de la manera siguiente: las obreras percibieron que la dirección se preocupaba por su comodidad y con el hecho de seleccionarlas se suponía una gran atención por parte de la fábrica y de los investigadores por valorar personalmente su trabajo. Este efecto es conocido como el "efecto de Hawthorne".

Se observa también un incremento en las relaciones interpersonales al aumentar la interacción entre las obreras tanto en el trabajo como fuera de él, el nacimiento de un líder informal y un sentimiento de espíritu de equipo, donde la relación funcional dedujo que a mayor cohesión de grupo, mayor productividad.

Estas investigaciones de Elton Mayo han confirmado la importancia de las relaciones humanas, dando gran impulso a

la investigación en el área de las relaciones en la industria.

Se hace notar la extraordinaria importancia de las actitudes obreras en el proceso laboral, que para conseguir una mayor colaboración y con ello una mayor satisfacción individual y un mayor rendimiento colectivo, era preciso mejorar las actitudes. Las actitudes de los trabajadores son buenas, en la medida en que se acercan a las de la dirección, y las de ésta son buenas porque están determinadas por los fines de la empresa.

Un grupo que recibe una cierta participación en la responsabilidad alcanza una mayor integración, demuestra mayor autodisciplina y más colaboración a diferencia de un grupo dirigido autoritariamente, que si en presencia del jefe pueda desarrollarse un mayor rendimiento, es incapaz de autodisciplinarse, trabaja con mayores fricciones internas y colabora pasivamente. El grupo con participación incluso en la responsabilidad, necesita de un jefe que lo dirija hacia un fin y cuyo alrededor se integre.

Se puede añadir que la participación en la decisión y la ejecución es perfectamente compatible orgánicamente con la estructura. A cada escalón jerárquico le corresponde un determinado ámbito de decisiones y es sólo para este ámbito propio para el que se propone la participación, ya que cada jefe tiene cierta autoridad, cuya responsabilidad puede compartir con sus subordinados convirtiéndolos en colaboradores.

Otros autores mencionan que en la administración de los recursos humanos es necesaria la distribución de funciones específicas del área, de tal forma que no recaiga la responsabilidad sobre una sola y misma persona o un mismo departamento.

Por otro lado, la administración de personal no sólo se basa en el aumento de salarios ni en una política de promoción e incentivos, es necesario tomar en cuenta también los factores que afectan las reacciones de los empleados ante todo lo que trasciende a su alrededor en el ámbito laboral, esto es lo relativo al grado de satisfacción o descontento con las actividades que realizan.

Las personas que se sienten seguras de su trabajo, que gozan de él y que se sienten recompensadas en sus méritos personales y en términos de remuneración, están dispuestas a reaccionar favorablemente ante las políticas y prácticas de la administración y de su organización, aún cuando no siempre estén de acuerdo con las decisiones de dicha administración.

Por el contrario, las personas que se sienten desconfiadas y descontentas con su trabajo, tienden a tener menor rendimiento y a reaccionar en contra de las políticas administrativas, pese a que estén de acuerdo con las políticas institucionales.

En la actualidad, la aplicación de la administración científica de personal es considerada polifacética y se ve influenciada por el crecimiento demográfico, siendo necesaria una metodología dinámica que avance según el progreso técnico acelerado, las tendencias de la evolución y las necesidades específicas de cada lugar.

La alternativa que más se acerca a este planteamiento es el desarrollo organizacional, cuyo objetivo principal es el ir cambiando constantemente creencias, actitudes, aptitudes, valores, etc., al ritmo tan acelerado de nuestra época y que pueda ser aplicable a cualquier organización donde se desarrolle al máximo la potencialidad de los recursos humanos.

En el campo de la administración de los recursos humanos existen ciertos procesos básicos que deben seguirse, así como determinadas reglas a ejecutar, como técnicas y métodos que deben ser empleados en la administración de personal de cualquier institución sin importar el propósito y características de éste y cualquier gerente que sea responsable de algún trabajo, debe dedicarse a la administración de los recursos humanos y llevando a cabo los diferentes procesos de la administración, tales como entrenamiento, motivación, etc., que la responsabilidad del ejercicio de su labor implica.

En conclusión, se puede afirmar que el esfuerzo humano resulta vital para el funcionamiento de cualquier tipo de organización, por lo que éste debe estar en condiciones de dirigirse hacia la mejor marcha de la organización.

3.2 LA ADMINISTRACION DE HOSPITALES.

La administración de instituciones de custodia para la salud mental, como los hospitales, no deben perder la dimensión humana, que ayuda esencialmente al adecuado funcionamiento de una unidad hospitalaria, con el fin de conocer y determinar qué acciones se van realizando en la lucha por la salud en las áreas de promoción, prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades mentales, que conlleve a una mejor integración y desarrollo social.

Es importante mencionar la siguiente definición de administración:

"El conjunto de procedimientos y técnicas destinadas a dirigir y conducir determinadas actividades, orientadas a proveer los mejores resultados con un máximo de eficiencia y un mínimo de esfuerzo".(5)

La administración hospitalaria se caracteriza por la aplicación de principios, normas y procedimientos de administración dirigidos hacia el adecuado funcionamiento de instituciones de reclusión temporal, a fin de que éstas puedan desarrollarse de manera eficiente en todas aquellas actividades que requieran la conservación y recuperación de la salud de los pacientes que forman parte integrante y solidaria de una determinada comunidad.

El concepto de hospital de la Organización Mundial de

la Salud (O.M.S.), indica que el hospital constituye una parte integrante de la organización médica y social, cuya función consiste principalmente en proporcionar a la población o comunidad asistencia médica y sanitaria lo más completa posible, tanto curativa como preventiva, y en donde estos servicios que ofrece la institución se reflejan en el medio familiar. También es considerado como centro de información de personal médico sanitario y de investigación bio-psico-social. También puede considerarse:

"Un centro de salud dotado de todo lo necesario para aplicar el principio de salud integral, es decir, atender al ser humano enfermo en sus aspectos físico, psicológico y social, tratando de integrarlo a su medio socio-familiar y por lo tanto a su comunidad".(6)

La imagen del hospital está íntimamente relacionada con la comunidad, porque en ésta influye el medio ambiente. El hospital es considerado como una unidad dinámica que forma parte de un sistema de medicina integrada socialmente, que se extiende a un área geográfica denominada zona de influencia y en sus labores es necesario complementarla con programas de saneamiento ambiental y de otros servicios de salud social y ocupacional dependientes de su ubicación.

Las funciones generales de administración de un hospital son:

- Docencia: Educación y formación médica y educación a la población

6. Idem., p. 259.

- Servicio: Dar atención médica a todos los derechohabientes.
- Investigación: Formación de recursos humanos y efectividad de los tratamientos.

- investigación científica
- docencia
- educación

La administración hospitalaria tiene como finalidad:

- fijar metas de acuerdo a las funciones señaladas
- indicar los medios para alcanzarlas
- implementar medios para alcanzar metas fijadas
- supervisar y evaluar logros
- dirigir y orientar los procesos

La administración de un hospital es compleja por sus propias características, es decir:

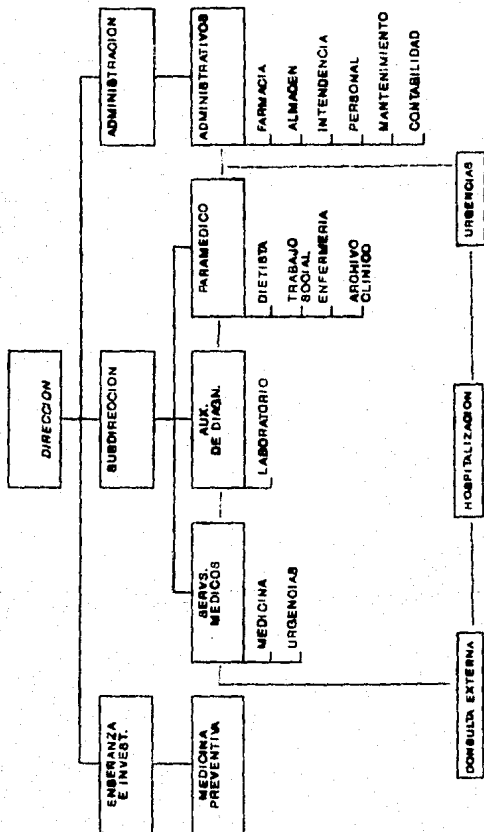
- "tiene un flujo de personas (enfermos, personal, familiares, visitantes, etc.)
- equipo de manejo complejo y delicado
- personal heterogéneo, académico y operativo
- actividad permanente las 24 horas del día y los 365 días del año
- personal interdisciplinario.

Finalmente, sustentamos que la administración es compleja, principalmente en hospitales por su constante y dinámica evolución y es por ésto que deben examinarse en forma permanente todas las diversas áreas, actualizando constantemente los métodos y técnicas adecuados. La administración hospi-

tararia permitirá formar un orden operante, tratando de crear una estructura dinámica que sea útil a la práctica diaria.

Con el fin de dar una idea de cómo debe funcionar un hospital, se anexa la siguiente gráfica:

DIAGRAMA FUNCIONAL DE HOSPITALES



3.3 LA ADMINISTRACION DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO "YUCATAN".

El Hospital Psiquiátrico "Yucatán" puede ser considerado como muestra de lo que es el tratamiento y la atención del enfermo mental actualmente en nuestra comunidad.

La función principal del Hospital Psiquiátrico "Yucatán" es proporcionar atención a enfermos de ambos sexos y de todas las condiciones socioeconómicas del medio, considerados como agudos y crónicos clasificados bajo los siguientes criterios, "agudo" es aquel paciente que ingresa por primera vez o que el intervalo entre ingreso y reingreso es de dos veces o menos por año y "crónico" es aquel que durante varios años, 3 o más, ha presentado ingresos periódicos, de 3 a 4 por año.

La principal función del hospital se refiere al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la anormalidad mental; Esta función básica se realiza a través de cuatro grandes áreas, que son:

- Consulta Externa,
- Servicio de Urgencias,
- Hospitalización, y
- Hospitalización Parcial o de Día.

El Servicio de Consulta Externa proporciona atención a aquellos pacientes cuya patología no amerita la hospitalización y por lo consiguiente les permite obtener diagnóstico y recibir el tratamiento adecuado en forma ambulatoria.

El Servicio de Urgencias del hospital proporciona servicio a los enfermos con sintomatología aguda o crónica requiere de una atención inmediata, siendo atendidos a cualquier hora, todos los días del año.

El Servicio de Urgencias no sólo resuelve los casos agudos, sino también a juicio del personal responsable, realizan las actividades necesarias para desplazar a los pacientes hacia otras áreas de atención hospitalaria que no correspondan al hospital.

El Área de Hospitalización está destinada principalmente a la recepción de aquellos pacientes cuya patología no les permita convivir y vivir en su medio familiar, social, laboral, siendo necesario controlarlos e internarlos para que puedan ser tratados en forma eficaz y adecuada.

El principal objetivo del hospital es el de tratar el aspecto agudo de la enfermedad. El personal responsable determina la evolución de la enfermedad del paciente y si es considerada a largo plazo, se canaliza a otro pabellón del mismo hospital para continuar el tratamiento. Lo ideal sería trasladarlo a otros hospitales - granjas, pero debido a las propias limitaciones del Estado, aún cuando el paciente sea considerado como crónico, es hospitalizado dentro del mismo instituto.

También cuando el paciente deja de estar hospitalizado, si así lo amerita, es canalizado al Servicio de Consulta Externa para seguir o continuar con su control ambulatorio.

Las principales causas de egreso hospitalario son:

- mejoría
- fuga
- curación
- alta voluntaria
- traslado
- defunción

La Hospitalización Parcial o de Día es vista como una alternativa a la hospitalización psiquiátrica, es una de las más efectivas que existen y menos costosas. Los pacientes ingresan al hospital a la hora que se fije en la mañana, traen consigo su propio refrigerio, participando en el ambiente terapéutico y recibiendo atención clínica por parte de especialistas del propio hospital. Terminan su estancia al inicio o en el transcurso de la tarde. Según sea el caso, los pacientes se irán por su cuenta o su familiar les recogerá.

El Hospital de Día aprovecha los mismos recursos del hospital, sirve como programa de postratamiento de los que son hospitalizados o para evitar el internamiento de otros. La interacción entre pacientes hospitalizados y los que lo son parcialmente resulta positiva y constructiva para acelerar el proceso de retorno a su hogar.

CAPITULO 1V

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

La experiencia acumulada ha demostrado la necesidad de orientar un programa de acción con suficiente elasticidad para permitir su adecuada adaptación y fomentar en los participantes del equipo de salud mental su propia capacidad de inventiva profesional y social sobre el mejor funcionamiento del servicio de salud mental y psiquiatría.

Los especialistas en salud mental trabajan más productivamente en equipo que en forma aislada, pero es cierto que requiere de un lapso de tiempo para que los miembros de los equipos aprendan a colaborar entre ellos de manera positiva.

En la actualidad no es posible exigirle individualmente a un especialista en salud mental que pueda ser versátil, atender a pacientes de cualquier edad y tipo de psicopatología, que maneje la psicofarmacoterapia, que aplique tratamientos a base de análisis y modificación de la conducta, que intervenga con un modelo de atención individual o grupal, que se preocupe por la reinserción social del paciente a nivel familiar, laboral o escolar.

Hoy en día se requiere, para beneficio de los pacientes psiquiátricos, atención adecuada que no puede ser ofrecida por un profesional aislado, sino por un conjunto de profesionales de la salud mental y en instalaciones apropiadas.

El servicio de salud mental debe contar, para una eficiencia mayor, de un jefe que organice al demás personal de salud, que organizado en equipos será responsable de un determinado número de pacientes, contando además con el resto de las actividades del propio hospital.

El servicio de preconsulta debe ofrecer atención breve, que realizará el mismo día en que es enviado el paciente y con el mínimo de espera posible. En las consultas de primera vez y subsecuentes, debe trabajarse en previa cita, siendo recomendable que se respete en el hospital la puntualidad. A los pacientes se les realizarán todos los estudios pertinentes y necesarios que permitan hacer un diagnóstico integral. En este proceso debe participar todo el equipo de salud mental, en sesiones clínicas organizadas para ello. En conjunto, el equipo deberá resolver las medidas terapéuticas y rehabilitatorias, estudios adicionales o terapias especiales para cada paciente. Las responsabilidades de acción profesional se deben distribuir lo más equitativamente posible entre los miembros del servicio.

Siempre que sea posible se referirá la aplicación de un tratamiento de múltiple impacto asociado o no a psicofármacos, posteriormente en sesiones clínicas se revisará la evolución de los pacientes y se establecerá cuando sea necesario un plan terapéutico familiar. La referencia y contrareferencia de los pacientes a otros niveles de atención debe ser discutido por todo el equipo psiquiátrico.

Por otro lado, el problema de los aspectos psicológicos y sociales del proceso de salud mental en el Servicio de Terapia Ocupacional requiere de una estrategia por parte de todos los servicios de salud. Es conveniente que se fomente la interacción profesional con los directores, jefes de departamentos clínicos y médicos de cada servicio.

Como no es posible que tan pronto como se instale un servicio de terapia ocupacional se cuente con toda la capacidad profesional para ofrecer de inmediato la mayor parte de alternativas posibles para el tratamiento y rehabilitación, se recomienda que se entienda en términos de desarrollo profesional.

Se debe procurar que los pacientes internados y todo el personal del hospital se enteren, por el medio que se considere más apropiado de la secuencia de actividades programadas para la jornada completa de todas aquellas actividades o tareas desempeñadas por los pacientes.

Se puede decir que en casi todos los hospitales psiquiátricos predomina una intensa actividad matutina en concordancia con el predominio de los trabajadores que se encuentran en ese lapso. En la medida en que avanza el día ocurre un desplome de las actividades que no constituyen reposo, sino inacción inductora de pasividad y malestar.

Esto hay que preverlo, el paciente está para ser objeto de medidas terapéuticas y no para ser mantenido en reclusión pasiva. Hay que lograr aprovechar al máximo el tiempo de es-

tancia en la superación de la crisis que motivó su internamiento.

Es por eso que nuestro interés es el de mantener al paciente ocupado en actividades laborales y que además de producir cosas útiles, le sirva de catarsis o canalización en sus tendencias destructivas para lograr un mejor ajuste a su personalidad. La terapia ocupacional reviste un papel importante para la rehabilitación de los pacientes, ya que a través de ésta se pretende desarrollar y estimular sus áreas más sensibles.

Para ello, es necesario retomar información de otras instituciones con problemas similares sobre las diferentes actividades más recomendables para pacientes psiquiátricos.

Se recomienda ofrecer actividades aparte de las matutinas en horarios vespertinos, que incluyan actividades laborales y recreativas los sábados, domingos y días festivos.

Esto también contempla a pacientes que asisten al Servicio de Hospital de Día, con la ventaja adicional de que se fomenta la convivencia familiar y comunitaria.

Asimismo, las actividades del ambiente terapéutico en el Servicio de Terapia Ocupacional debe ser permanente, incluyendo los fines de semana y los días de visita familiar. El ambiente positivo no se dará por sí mismo. De ahí la necesidad de contar con un plan positivo y explícito de una adecuada terapéutica a seguir. Pero contando con las necesidades más importantes, como lo es un espacio físico adecuado.

AMBIENTE TERAPEUTICO DEL HOSPITAL.

La importancia del ambiente hospitalario se fundamenta en lograr la superación de la sintomatología y en favorecer el desarrollo de la personalidad del paciente y además, ayuda a la interacción con los demás pacientes, los trabajadores de la salud mental, el medio familiar y social en que se desenvuelve.

En muchos hospitales se recomienda mantener juntos a los hombres y a las mujeres, pues favorece el ambiente de respeto mutuo, fundamentado en la confianza, y es difícil que se susciten los problemas que las obsesiones sexuales proclaman.

Una buena organización de los programas de hospitales, dentro del Servicio de Terapia Ocupacional toma muy en cuenta el tiempo de estancia del paciente y no sólo, en colaboración con los trabajadores o especialistas, la creación de un ambiente positivo, evitando la inactividad, la inactividad ilusa y aburrida, pues a la larga espera para lo que sea, induce desesperación hasta en las personas reconocidas como normales.

Es necesario para ello implementar en los hospitales psiquiátricos diversas actividades donde se puedan ofrecer juegos creativos, dinámicas de grupos, actividades sociales, artísticas, recreativas y culturales que forman parte del acervo terapéutico de múltiple impacto. Ante estas alternativas de distracción y de ocupación, los pacientes internados no se querrán ir ni fugar.

Es importante además del ambiente colectivo, que el paciente, en lo individual, tenga diseñado su propio proceso de participación acorde a su personalidad, padecimiento, interés, motivaciones, y sobre todo que forma parte del plan terapéutico.

En el mantenimiento del ambiente terapéutico, es conveniente y necesario que participe el personal de salud mental, ya sea en mayor o menor grado, de acuerdo a roles precisos e intercambiables. Por esta razón, es indispensable ofrecer un programa sobre terapia ocupacional, donde el paciente pueda permanecer activo durante el lapso de estancia hospitalaria.

Al respecto, el Instituto Mexicano del Seguro Social de la Unidad Morelos consideraba que el hospital psiquiátrico era como el eje de las acciones diagnósticas terapéuticas y rehabilitatorias y en vez de grandes hospitales psiquiátricos prefieren pequeños servicios de 20 camas psiquiátricas incluidas en los hospitales generales de zona y en los hospitales regionales de 60 a 90 camas. Subyacen en este criterio las ideas de accesibilidad geográfica, de aceptabilidad y de que la oferta de sus servicios este lo más acorde posible con la potencial demanda de la población amparada. En este sentido se recomienda que en caso de que se rebase el número de pacientes se les dé acceso al hospital parcial o de día.

Lo anterior obedece al hecho de que al hospitalizar a un enfermo, sólo debe emplearse cuando la magnitud de la crisis del paciente lo haga inevitable, y cuando ésto ocurra se re-

duzca al mínimo los días de estancia. El principio que prevalece es el de no desvincular al enfermo de su familia y de la comunidad. De aquí la importancia de ofrecer todas aquellas actividades ocupacionales por medio del hospital psiquiátrico.

Tomando en cuenta que el internamiento prolongado tiene consecuencias de estigmatización social no sólo para el paciente sino para la familia, lo cual se fundamenta en creencias arraigadas que tienen su origen en antiguas convicciones culturales y religiosas.

Los cuadros clínicos agudos de difícil manejo en el medio familiar son los que han de hospitalizarse y de darles prioridad, incluyendo a pacientes con agudizaciones de procesos crónicos para la hospitalización de larga estancia en donde se recomiendan otros establecimientos o distintas instalaciones dentro del hospital porque requieren distintos procedimientos. Esto ayuda a la gran demanda asistencial al proporcionar una alternativa a la hospitalización.

4.1 OBJETIVO DE LA INVESTIGACION.

Esta investigación tiene como objetivo instrumentar los procedimientos de la Administración de Recursos Humanos en el Servicio de Terapia Ocupacional del Hospital Psiquiátrico "Yucatán", comparándolos con los modelos prácticos que se aplican en los hospitales psiquiátricos del Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.), tomando como base para nuestro estudio la Unidad Morelos, por ser ésta la que sirve de

ejemplo a seguir por el personal altamente calificado y las adecuadas instalaciones para el desarrollo de la terapia ocupacional, centrándonos en las funciones básicas de la administración de personal, con el objeto de conocer qué técnicas o métodos de manejo de personal se deben seguir o recurrir para el adecuado desempeño laboral, logrando con esto una mejor distribución de la población de pacientes psiquiátricos.

OBJETIVOS PARTICULARES:

- Proporcionar a los pacientes internados en el Hospital Psiquiátrico la oportunidad de conocer actividades que anteriormente desconocían y que pueden serle de utilidad en el futuro.
- Fomentar en los pacientes actividades lúdicas, sociales, recreativas y de trabajo que les permitan encontrar sus capacidades creativas desconocidas o desarrollar al máximo sus capacidades y lograr una colaboración eficaz.
- Apoyar el mejoramiento de las condiciones físicas y mentales del paciente, adiestrándolo en labores concretas que deben realizar dentro de cada actividad.
- Proporcionar a los pacientes una convivencia amable y satisfactoria a base de un ambiente de mutua confianza.
- Colaborar en la adaptación de los enfermos al medio familiar, laboral y social, proporcionándoles la máxima

posibilidad de integración a través de las habilidades desarrolladas por el paciente con la asesoría del trabajo ocupacional.

- Acortar el periodo intrahospitalario, ofreciendo a los pacientes formas de incorporación de normas que conduzcan a su más rápida reintegración.
- Ayudar a canalizar su agresividad y hospitalidad en actividades socialmente aceptables.
- Preparar al paciente para su integración social y ubicación laboral al ser dado de alta.
- Para el personal, ofrecer posibilidades de aprendizaje y empleo de técnicas grupales.
- Lograr aprovechar el tiempo de estancia de los pacientes internos en actividades donde se fomente el aprendizaje y desarrollo de habilidades.

CAPITULO V

PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO.

Se puede decir que en el campo de la salud mental se carece de una teoría integrada o de un marco teórico universalmente aceptado que permita explicar, sin diversos grados de incertidumbre, la problemática dialéctica de diversos factores de índole biológico y social que actúan directamente sobre el proceso de salud mental, para derivar de ello normas o técnicas precisas e inequívocas al ser empleado en el proceso de atención al enfermo mental.

Es posible ofrecer principios o criterios normativos para ser observados en la praxis institucional de la especialidad. Estos programas llegan a constituir normas en términos ideológicos que delimitan de manera general las barreras de la responsabilidad profesional y de los espacios convencionales que se establecen para diferenciar las acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación al realizarse en los distintos niveles de atención que configuran la organización y el funcionamiento del programa de psiquiatría y salud mental.

Uno de los servicios que contribuye a la rehabilitación del paciente es la TERAPIA OCUPACIONAL, descrita como un método activo de tratamiento al mantener al paciente ocupado, evitando un mayor deterioro de su enfermedad.

El programa de terapia ocupacional será visto como un modelo en el que se seleccionará, en razón de lo que se

quiere hacer con él, y en función de encontrar los medios para la consecución de los fines correspondientes. La elección de estos programas determinará el papel que es deseable asumir los profesionales en la salud mental, el paciente y sus familiares, así como la administración que apoyará las acciones que se lleven a cabo.

Se puede decir que hoy en día es cada vez mayor el número de hospitales, clínicas y centros de salud que están poniendo ya en práctica la terapia ocupacional para los enfermos hospitalizados, en donde estas actividades han logrado que el paciente mejore emocionalmente y alcance un grado mayor de socialización.

Por esta razón, voy a referirme a los procedimientos y técnicas ocupacionales que se están utilizando y a los resultados que se están alcanzando, principalmente en el Instituto Mexicano del Seguro Social, en su Unidad Morelos, donde se está trabajando activamente con estos modernos métodos, comprobando que los resultados obtenidos son sumamente satisfactorios, comprobando que la terapia ocupacional ayuda positivamente a la rehabilitación de los pacientes mentales. A continuación se presenta una propuesta de programa que debe seguir un departamento de terapia ocupacional.

PROGRAMA:

Se dice que la Terapia Ocupacional debe ser indicada a todas las personas que presenten alteraciones de tipo neuromuscular causadas por problemas locales o a nivel del sistema nervioso central, logrando un mayor beneficio con un adiestramiento de los procesos motores o cognocitivos a través de acciones repetitivas. En Salud Mental se presupone que cuando un paciente es hospitalizado en una Institución Psiquiátrica puede sufrir deterioro físico y mental si se pasa los días sin ninguna actividad. Por eso, todo paciente que ingresa a un pabellón psiquiátrico le es justificada la terapia ocupacional. (1)

Por lo anterior, el programa que se presenta debe organizarse de acuerdo a las necesidades específicas y a las expectativas de las prácticas y experiencias dadas dentro del Hospital, comparándolo con otros donde se ha demostrado que la terapia ocupacional es de mucho beneficio para la persona recluida.

El paciente puede ser programado para realizar diferentes tipos de actividades que, de acuerdo a sus motivaciones e intereses y con objetivos terapéuticos específicos, logre desempeñar.

1. Gloria M. Bustamante de A. El Trabajo y la Recreación en el Tratamiento de los Enfermos Mentales. Boletín informativo del Hospital. Página. 17.

Con esto pueden utilizarse no sólo los recursos materiales del Servicio de Terapia Ocupacional, sino claro está que también los recursos de otros servicios como pueden ser: lavandería, jardinería, oficinas e inclusive en sus propios pabellones.

Es de destacarse que el Servicio de Terapia Ocupacional debe contar con instalaciones pertinentes, personal seleccionado o adiestrado y material indispensable que, de acuerdo a las limitaciones de cada institución, pueda funcionar adecuadamente y que además lleve un programa ya estructurado y organizado para lograr evaluar al paciente de la mejor manera.

A continuación se dan los lineamientos que podrían constituir las obligaciones de los encargados del Servicio de Terapia Ocupacional, detallando posteriormente las funciones del Servicio.

PASOS QUE DEBEN SEGUIR LOS ENCARGADOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA (T.O.R)

1. Seleccionar con anticipación, el tipo de terapia que se va a impartir. Esto es con el objeto de que si la terapia ya programada no presenta el material disponible, se debe proporcionar aquella terapia con el material necesario.
2. Dar a conocer al equipo multidisciplinario las instrucciones específicas de la terapia a seguir. Por ejemplo, el día que se tenga previsto ofrecer terapia deportiva, proporcionar zapatos o tenis a los pacientes.

3. Tener el material listo y completo antes del inicio de la terapia asignada.
4. Reunir a los pacientes en el área adecuada para dar inicio a la terapia.
5. Dar instrucciones a los pacientes de la terapia asignada.
6. Distribuir a los pacientes en las mesas de trabajo, en el caso de ser necesarias.
7. Lograr que participen todos los pacientes, motivándolos y ayudándolos cuando se les dificulte la actividad proporcionada.
8. Participar en aquellas actividades que se consideren necesarias, a fin de motivar y enseñar a los que lo necesitan por no saberlas o que se les dificulten.
9. Al terminar las actividades correspondientes, indicar a los pacientes que guarden el material y que dejen limpia el área de trabajo.
10. Informar a los pacientes la actividad a seguir.
11. En el tiempo disponible, anotar las observaciones y actividades realizadas por día, número de pacientes y conductas manifestadas.
12. Solicitar el material que se requiera para las terapias del día siguiente o subsecuentes, con la adecuada anticipación.
13. Llevar un control del material utilizado, colocándolo en su lugar una vez utilizado y reportando pérdidas o deterioro del mismo.
14. Basilar los datos obtenidos de la terapia en las hojas de registro correspondientes a cada paciente.

FUNCIONES DEL SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA (T.O.R.)

I. FUNCIONES GENERALES:

El Departamento de Terapia Ocupacional se responsabilizará de proporcionar actividades a los pacientes, conforme a los programas autorizados por el equipo multidisciplinario y a las políticas institucionales.

El Servicio de Terapia Ocupacional tratará de obtener un aumento de toletancia al trabajo, un mayor grado de sociabilización y la adquisición de nuevas habilidades, así como el descubrir el grado de creatividad del paciente, observación de sus reacciones, aislamiento, cooperación y si presenta tendencias destructivas, agresivas, competitivas, etc.

II. FUNCIONES ESPECIFICAS:

- 1.- Suministrar un proceso de flujo de pacientes de acuerdo al programa, planeación y desarrollo de las actividades inherentes al mismo, en coordinación con el equipo multidisciplinario que labora en la institución.
- 2.- Proporcionar apoyo al proyecto de selección y reclutamiento de pacientes en el Servicio de T.O.R.
- 3.- Llevar a cabo un programa de las relaciones laborales entre la institución, personal y pacientes de acuerdo a las siguientes funciones:
 - a) Seleccionar a los pacientes conforme a sus fun-

cionalidades y a las actividades que podrían integrarse.

b) Instruir o entrenar en todas aquellas actividades en las que el paciente pueda desempeñar sus capacidades.

c) Inducir para una mejor integración al Servicio.

d) Realizar de entrevistas individuales de ajuste y periodos de prueba.

e) Aplicar la actividad.

d) Rotar pacientes por medio de un periodo breve en las actividades que proporciona T.O.R.

III. ACTIVIDADES GENERALES:

1.- Todos los pacientes autorizados se integrarán al Servicio de T.O.R., según el criterio del médico tratante para especificar la terapia a seguir.

2.- Los pacientes se integrarán al servicio siguiendo el programa de actividades indicado.

a) Ofrecer actividades recreativas, como son juegos de mesa, juegos creativos, pintura, T.V., cine, música, baile, etc.

b) Actividades deportivas: Ejercicios al aire libre, básquetbol, vóleybol, etc.

c) Actividades laborales: Los pacientes se centrarán en los talleres de terapia ocupacional, específicamente los de nuevo ingreso y a su vez los pacientes que presentan ciertas dificultades para adaptarse o su incapacidad les impida integrarse a otros servicios del hospital.

Los que ya están integrados a sus servicios, se pre-

sentarán directamente en en el servicio asignado, bajo cierta vigilancia.

IV. FORMACION DE LAS RELACIONES LABORALES:

Instrucción para la realización de actividades:

- a) Explicación a los pacientes sobre los objetivos a seguir.
- b) Revisión de su esquema de funcionalidad, actitudes y habilidades, etc.
- c) Control para llevar a cabo el proceso de selección definitivo.

1.- Inducción:

- a) Dinámicas de grupo para facilitar la integración del mismo.
- b) Conferencias por grupos pequeños.
- c) Explicación sobre los objetivos institucionales, estructura organizacional, condiciones laborales, así como reforzadores e incentivos, aportaciones de los mismos, visitas familiares, visitas fuera del hospital, pases de salida ya sea diaria o semanal.
- d) Recorrido por todos los servicios con el fin de integrar a los pacientes ingresados a las actividades de la institución, de conformidad con los servicios aprobados por la dirección.
- e) Confirmación de que los objetivos se hayan entendido, tratando de integrar a los pacientes, lo más rápido posible, a las actividades T.O.R.

V. EVALUACIONES:

Con el fin de atender a los pacientes de acuerdo a las funciones que le agradarían hacer o se negara a participar en cualquiera de las actividades desempeñadas, se efectuarán:

a) Entrevistas con los médicos tratantes, con los reportes correspondientes.

b) Recepción de información a través de todo el equipo multidisciplinario en relación al paciente.

c) Canalización e intercambio de información con los demás servicios para la aplicación del procedimiento que corresponda.

- instrucciones adecuadas para cada paciente

- explicación de dudas

- elaboración de programas de canalización adecuada

- rotación de pacientes por medio de la elaboración de gráficas, así como de sugerencias para aumentar la asistencia al servicio o demás servicios.

d) Apoyo administrativo cuando se requiera.

A los pacientes, de acuerdo a sus capacidades o funcionalidades de sus esferas física, social y mental, se les dará una breve inducción que es el principio del proceso y la consecución total del procedimiento de integración al programa de terapia ocupacional.

El objeto del programa es el de tratar de confirmar, esclareciendo en lo posible, las normas o políticas del hospital, ya que aquí es donde se iniciará su período o no de adaptación al programa referido.

Este programa debe de ser llevado a cabo por personas capacitadas y con las habilidades suficientes para que los objetivos planteados se logren de una manera eficaz, sistemática y dinámica. Es importante señalar que cualquier miembro del personal del hospital que tenga contacto con los pacientes puede ser terapeuta ocupacional, previa capacitación siguiendo los lineamientos que se dan en este servicio.

Para que pueda funcionar adecuadamente el Servicio de Terapia Ocupacional y Recreativa, es importante darle al personal una instrucción sustentada del programa de terapia, mencionando los pasos y servicios con los que cuenta el hospital y donde le gustaría laborar o iniciar su instrucción e irlos rotando de acuerdo a sus capacidades. Para obtener resultados positivos, se les presentarán las diferentes actividades que les sería agradable desempeñar.

Por otro lado, si el paciente llegara a presentar ciertas dificultades en aprender a realizar el trabajo, es necesario darle tiempo para que muestre qué actividades le agrada realizar y solucionar así este problema.

Se le debe explicar al paciente en forma individual o colectiva todo aquello que debe hacer, por qué lo debe hacer y el objetivo a seguir.

El programa de terapia ocupacional y recreativa o el plan a desarrollar, debe estar sujeto a revisiones periódicas en las que se logren introducir innovaciones, nuevas opciones

y se supriman aquellas actividades en las que la experiencia muestre que no son necesarias y que generan problemas.

PROCEDIMIENTOS

ACTIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA:

Se efectuarán en dos aulas o salones, uno de usos múltiples y otro de carpintería, distribuidos de esta manera:

Salón de usos múltiples, se ofrecerán actividades de costura, bordados y tejidos, actividades manuales, pintura, escultura, juegos de mesa, etc. Salón de carpintería, dibujo, pintura y carpintería, entre otros. También se utilizarán el comedor y la sala de proyecciones.

Los pacientes que asistan podrán colaborar en un programa de rehabilitación bajo vigilancia médica y psiquiátrica, ya que toda actividad debe adaptarse minuciosamente a una evaluación clínica.

Se sugiere que el paciente en fase aguda sea ingresado preferiblemente a terapias recreativas y, en la medida de su progreso, se integre a las actividades de terapia ocupacional integral.

METODOLOGIA

En los criterios de selección se incluirán a aquellos pacientes agudos y crónicos de ambos sexos y de cualquier edad que, de acuerdo con su diagnóstico psiquiátrico y la opinión del médico tratante, cuenten con los mayores recursos personales para ingresar al servicio.

En el equipo técnico descansará la responsabilidad del proyecto realizando las funciones que ya hemos mencionado para lograr una mejor organización y supervisión de las actividades. Para su adecuado funcionamiento se llevarán a cabo reuniones periódicas con el objeto de discutir y resolver los conflictos que emerjan agilizando la marcha de las actividades. El equipo técnico estará constituido por el personal médico, de enfermería y de intendencia que labore en el hospital.

La coordinación y asesoría estará a cargo de los miembros del Servicio de Terapia Ocupacional: un médico psiquiatra, un psicólogo, una enfermera, un auxiliar de intendencia y personal capacitado para ser terapeuta. El número de integrantes dependerá del tamaño de la población del hospital.

En la terapia ocupacional y recreativa el horario será de 8 a 12 horas y de 15 a 18 horas de lunes a domingo. Para la evaluación del trabajo se requiere observar un registro de tareas, a fin de clasificar con objetividad el esfuerzo del paciente con base en los siguientes criterios a seguir:

1. Actividades Rutinarias:

Se considerará la asistencia, puntualidad, hábitos higiénicos y autocuidado con el fin de dar más seguridad personal.

2. Actividades Creativas:

Se usarán para incrementar habilidades y estimular el desarrollo de nuevas destrezas y áreas de competencia.

3. Actividades Vocacionales:

Se intentará motivar la realización de actividades que posteriormente puedan servirle para ganarse la vida y puedan utilizarse no sólo los recursos materiales del salón de terapia ocupacional, sino otros recursos como son los servicios dentro del hospital: lavandería, cocina, pabellones, etc.

A cada paciente que ingrese al servicio se le debe explicar, ya sea individual o colectivamente, todo aquello que se debe hacer, por qué lo debe hacer y el objetivo a seguir en cuatro pasos fundamentales:

1. Preparación del Paciente:

Lo primero que se requiere hacer es establecer una corta charla con el paciente, en forma amistosa y cordial, logrando conseguir su interés. Con ésto se le ayudará a disminuir sus ansiedades y a adquirir conciencia de sus propias capacidades de aprendizaje.

2. Presentación de la Actividad:

El personal de terapia ocupacional deberá enseñar y mostrar al paciente cómo realizar la actividad o tarea a desarrollar de manera sencilla, insistiendo en los puntos claves y, en caso de fragmentos complicados, explicárselos por separado. Lo importante en este paso es que si se les explica correctamente la actividad, se evitará el desinterés y la apatía posterior.

3. Realización del Ensayo:

Una vez terminada la explicación, se inducirá al paciente a practicar las actividades corrigiendo los errores, planteándole preguntas sencillas que estimulen su desarrollo del lenguaje y evitando aquellas preguntas que se respondan con monosílabas.

4. Práctica de la Actividad:

Ya realizada la actividad, se le dará al paciente la oportunidad de asignarle su trabajo independientemente, indicándole a quién debe solicitar ayuda en caso necesario.

Esto compromete al paciente a utilizar su propia responsabilidad e interés por asistir regularmente a la actividad o servicio destinado. Debe vigilarse regularmente al paciente para tener plena seguridad de que puede realizar su labor sin más instrucciones y, a medida que éste adquiera más práctica reducirle la vigilancia.

La metodología que se seguirá iniciará en el mismo Servicio de Terapia Ocupacional y posteriormente se reubicará al paciente en cualquier servicio del hospital, seleccionándose de acuerdo a sus propias capacidades e intereses personales y bajo la autorización del médico tratante.

Cabe mencionar que el Servicio de Terapia Ocupacional deberá tener facilidades y una comunicación estrecha con los demás servicios para reubicar a los pacientes en los departamentos o actividades asignados. Todo esto se logrará teniendo el apoyo de la dirección y contando con la ayuda de todo el equipo multidisciplinario que labora en el Hospital Psiquiátrico "Yucatán", en particular.

Haciendo conciencia sobre este punto, cabe destacar el trabajo realizado en el Hospital Psiquiátrico Campestre "Dr. Fernando Ocaranza", en el que se señala que deben existir dos niveles de comunicación:

1. El primer nivel se encuentra entre los miembros del pabellón y un grupo de pacientes, con el objeto de hacer participar a éstos mismos en la reglamentación de su trabajo asignado, la forma de remuneración, las limitaciones de cada paciente y el tipo de labor que desempeñaría. Este nivel dar a conocer la relación interpersonal e informará el cumplimiento de la reglamentación, así como la forma de manejar las finanzas internas.

2. El segundo nivel de comunicación se obtiene a través de una reunión del personal con un grupo de cinco pacientes, aplicando normas mínimas de autocuidado y manejo interno en pacientes con grave deterioro intelectual que se maneja con la comunicación a niveles pre-verbales o de comunicación analógica, cuando ésta es posible, de acuerdo a niveles y programas mínimos que contemplan en el paciente cierta atención, imitación y seguimiento de órdenes.

Finalmente, se aclara que este programa requerirá de grandes y continuos esfuerzos, así como estímulos académicos y de investigación. (1) Sustentando este estudio, se observa que no se margina a ningún paciente enfermo; todos participan y tienen derecho a participar en la medida de sus posibilidades y capacidades.

No cabe duda que sensibilizando a los pacientes para el bien de ellos y de la institución, se esforzarán en emprender un camino más enriquecedor de una formación más amplia para beneficio de todos.

Finalmente, cabe señalar que el programa de terapia ocupacional contendrá un criterio de selección que consistirá en la inclusión de aquellos pacientes que de acuerdo a su diagnóstico y la opinión de su médico tratante, cuente con mayores recursos personales para integrarse al programa experimental.

1. Alvaro Lacayo A. "El Confinamiento Prolongado". Tesis pp. 48-49.

CRITERIOS DE EVALUACION:

Se solicitará que el paciente que ingrese presente una hoja de remisión a dicho servicio de la siguiente manera:

Remisión de Pacientes a Terapia Ocupacional:

NOMBRE COMPLETO: _____ EDAD: _____

ESTADO CIVIL: _____ ESCOLARIDAD: _____

HISTORIA OCUPACIONAL: _____

DAIOS DE REMISION:

NOMBRE DEL MEDICO REMITENTE: _____

DIAGNOSTICO: _____

OBJETIVO DE LA REMISION: _____

OBJETIVO ESPECIFICO: _____

INSTRUCCIONES O TRATAMIENTO DEL PACIENTE: _____

FECHA: _____

FIRMA: _____

Este informe tiene la finalidad de coordinar mejor el trabajo con miras a proporcionar adecuadamente el tratamiento que más beneficie al paciente. Es indispensable que el médico, al remitir al paciente al Servicio de Terapia Ocupacional, comunique claramente las condiciones del paciente y las metas que se propone alcanzar en la tarjeta u hoja a seguir, o bien podría retomarse el esquema de funcionalidad del mismo hospital.

ANALISIS Y DISTRIBUCION DE PACIENTES PSIQUIATRICOS

Con el fin de analizar a cada paciente, se tomará el esquema de Funcionalidad 1, 2 y 3 del programa piloto, para lograr una participación mayor de los médicos psiquiatras de cada pabellón.

Se realizarán juntas periódicas de aproximadamente una hora de duración en cada pabellón con los jefes del servicio, enfermería, médico tratante, asistente de terapia ocupacional y del servicio de trabajo social. A través de éstas se tratará de analizar a cada paciente a efecto de asignarle la terapia ocupacional que más se adecue a sus capacidades o funcionalidades, llevando un flujo o proceso para cada paciente como el que a continuación se presenta.

ESQUEMA DE FUNCIONALIDAD DE PACIENTES

| | | |
|-----------------|-------------|------|
| Nombre | Edad | Sexo |
| Escolaridad | Diagnóstico | |
| Médico Tratante | Pabellón | |
| Ocupación | | |

AREA FISICA:

| | | |
|---------------------------------------|-------------------------|----------------|
| (3) | (2) | (1) |
| Buenas Condiciones Físicas en un 100% | 50% de condición Física | Condición Nula |

AREA MENTAL:

| | | |
|---|----------------|--------------------------|
| (3) | (2) | (1) |
| Afectiva, intelectual y contacto con la realidad. | 2 áreas domina | 1 área domina o ninguna. |

AREA SOCIAL:

| | |
|---------------------|-------------------|
| (2) | (1) |
| Integración global. | No se identifica. |

SUMA TOTAL:

8 a 7 FUNCIONAL 1
6 a 4 FUNCIONAL 2
3 a 1 FUNCIONAL 3

HOSPITAL PSIQUIATRICO "YUCATAN"
 CALLE 116 X 59 APDO. POSTAL 398
 MERIDA, YUC.

ANEXO

CUESTONARIO PARA EL AREA SOCIAL.

El Sr. Sra. o Srta. _____

- | | | |
|--|-----------|------------|
| 1.- Está por lo general | 0 solo | 0 en grupo |
| 2.- Hace amistades o tiene preferencia hacia alguna o algunas personas | 0 No | 0 Sí |
| 3.- Se comporta por lo general | 0 Cordial | 0 Agresivo |
| 4.- Realiza algún tipo de labor en el Hospital | 0 No | 0 Sí |
| 5.- Respeta las normas establecidas en el Hospital | 0 No | 0 Sí |
| 6.- Tiene por lo general una aptitud de respeto hacia sus compañeros | 0 No | 0 Sí |
| 7.- Es capaz de organizar algún tipo de actividades de interés grupal por él mismo | 0 No | 0 Sí |
| 8.- Participa en actividades recreativas | 0 No | 0 Sí |
| 9.- Manifiesta interés en ayudar a sus compañeros (Ayuda y protección) | 0 No | 0 Sí |
| 10.- Manifiesta interés por lo que ocurre dentro y fuera del Hospital. | 0 No | 0 Sí |

Solicitamos cualquier tipo de comentarios que nos ayuden a proporcionarles a las personas interesadas en este Hospital una mejor atención integrada.

EVALUACION DEL PACIENTE:

Para poder evaluar globalmente al paciente, mencionaremos que la primer fuente de información es el paciente mismo, o su familia en caso de no contar con una historia clínica previa, conociendo antecedentes laborales, metas futuras, prejuicios acerca del trabajo y posibilidades laborales.

Otra forma de evaluación la observación directa, ofreciéndole actividades a desarrollar que nos permitan analizar sus habilidades, iniciativas, creatividad, resistencia y niveles de interacción grupal, así como destrezas y tolerancia.

Para evaluar al paciente, se observará un registro de tareas o actividades a desempeñar de acuerdo al programa, a efecto de canalizar con objetividad su esfuerzo a través del trabajo, traducido en puntualidad, asistencia, conductas o repertorio de conductas.

Todas las actividades realizadas por los pacientes se anotarán en una hoja de registro bajo las siguientes denominaciones:

NIVEL 1 BAJO

NIVEL 2 PROMEDIO

NIVEL 3 ALTO

Es importante destacar que, generalmente, el enfermo agudo presenta un mayor número de anotaciones que el enfermo crónico.

La valoración subjetiva de la marcha del programa se hará a través de la asamblea y las observaciones colaterales del médico tratante.

Las compensaciones que se ofrezcan al paciente podrán ser artículos de consumo diario que lo gratifiquen, así como contactos con el mundo exterior, tales como visitas a lugares de interés, paseos, etc.

Asimismo, las actividades ocupacionales, recreativas y deportivas se evaluarán tomando en consideración lo antes mencionado.

INFORME DE PACIENTES

El informe que se proporcione en la hoja de registro por paciente en la terapia ocupacional, recreativa y deportiva será de gran importancia para el médico, pues es una de las formas más viables de valorar la capacidad del enfermo en todos sus aspectos: la evolución global de la ocupación del enfermo durante su permanencia en el hospital, la forma en que ha trabajado en el tratamiento, cómo ha reaccionado, la necesidad de valorar el progreso de su tratamiento, además de las observaciones que se presenten en dicho servicio.

El terapeuta ocupacional debe considerar todo lo que el paciente haga durante su tratamiento, señalando con exactitud y honestidad todas aquellas conductas realizadas en el programa, expresando en forma correcta todo lo observado.

El informe por paciente se realizará día a día, vaciando la información posteriormente en la hoja de registro mensual, correspondiente a cada terapia.

Al dar al paciente de alta, se anexarán las hojas de registro a su historia clínica, condensando la evolución de su permanencia en el Servicio de Terapia Ocupacional y Recreativa en forma global. Lo anterior tiene como finalidad su posterior utilización en actividades de consulta e investigación.

Las hojas de registro de las actividades por paciente, estarán de acuerdo a las actividades ocupacionales, deportivas y recreativas que a continuación se anexan, así como las hojas de registro de cada terapia específica.

HOJA DE REGISTRO DE TERAPIA DE

NOMBRE DEL PACIENTE _____ NUMERO DE CASO _____ FECHA DE INGRESO _____

DIAGNOSTICO _____ TRABAJO A DESEMPEÑAR _____

FECHA: MES DEL _____ AL DE _____ DE 19 _____

| TRABAJO DESCRIPCION DE LO REALIZADO | OBSERVACIONES | LUNES | MARTES | MIERC | JUEVES | VIERNES | SAB. | DOM |
|--|---------------|-------------|--------|-------|--------|---------|------|-----|
| | | ACTIVIDADES | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

CLAVE: LOGRADO. L
NO LOGRADO. NL

HOJA DE REGISTRO DE TERAPIA DE

NOMBRE DEL PACIENTE

NUMERO DE CAMA

FECHA DE INGRESO

FECHA:

MES DEL

AL

DE

DE 19

| TRABAJO REALIZADO | OBSERVACIONES CLINICAS | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES |
|-------------------|------------------------|-------------|--------|-----------|--------|---------|
| | | ACTIVIDADES | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

CAPITULO VI

RESULTADOS

ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS

El paciente psiquiátrico puede ser programado para realizar diferentes tipos de actividades de acuerdo a su diagnóstico, edad, sexo, tiempo de estancia e intelecto, aunado a sus motivaciones y capacidades. Con los objetivos terapéuticos antes mencionados, estas actividades pueden ser:

1. **ACTIVIDADES RUTINARIAS**, en las que se les ayudará a los pacientes al reforzamiento de hábitos positivos para el trabajo que perdió por varias semanas, meses o años sin laborar. Estos hábitos positivos de trabajo son: puntualidad, obediencia, compañerismo, productividad, limpieza, autocuidado, etc., logrando con esto una mejor seguridad personal y sociabilización.
2. **ACTIVIDADES CREATIVAS**. A través de éstas se pretende lograr incrementar sus habilidades y estimular el desarrollo de nuevas destrezas y áreas de competencia.
3. **ACTIVIDADES LABORALES**. Tienen el fin de motivar al paciente para realizar tareas o actividades que posteriormente puedan servirle para ganarse la vida y pueda aumentar su autoestima. Aquí no sólo se utilizarán los recursos materiales del Servicio de Terapia Ocupacional, sino que se facilitarán otros recursos dentro de los servicios del hospital, como son: lavandería, cocina, limpieza de pabellones, pasillos y corredores del hospital y cafetería, entre otros.

4. ACTIVIDADES RECREATIVAS. El juego tiene un papel importante en el enfermo mental, ya que éste es un medio normal de desarrollo que a la vez es reaprendizaje, resocialización e integración a su grupo.

El hospital psiquiátrico moderno no puede limitarse nada más a la administración de medicamentos sin tomar en cuenta la influencia tanto del ambiente físico, como las instalaciones del hospital, ya que de este depende en gran medida el beneficio del internamiento.

La experiencia demuestra que este tipo de hospitales tienen que ser substituidos por centros más abiertos, que se otorguen permisos periódicos y cuya organización permita que las relaciones entre los enfermos y el personal formen parte de los programas terapéuticos.

Es fundamental que tanto los miembros del personal como los pacientes se den cuenta de sus limitaciones y responsabilidades, conozcan su situación y estén concientes de lo que se espera de ellos.

Haciendo hincapie en la responsabilidad que los pacientes tienen en su propio tratamiento, se deben aprovechar al máximo los aspectos más sanos de éstos, dejando de verlo como enfermo con el objeto de alterar positivamente los aspectos rescatables de su personalidad.

Las funciones del Servicio de Terapia Ocupacional son de singular importancia, puesto que mediante éstas se lleva a

cabo el tratamiento que seguirá cada paciente aplicando actividades que podrán ser modificadas e inclusive tomar las más convenientes para ofrecerlas como terapia conforme a la autorización médica.

Los diferentes tipos de terapia se suministran de acuerdo a los objetivos organizados que más convengan al paciente y a la institución, resaltando la importancia de la manera de llevarlas a cabo siguiendo una metodología específica, que de preferencia ya haya sido practicada en otras instituciones, retomando de éstas los mecanismos de registro para cada paciente durante su permanencia en dichas terapias o bien en la estancia hospitalaria.

PLANTEAMIENTO EN LOS DIVERSOS TIPOS DE TERAPIA

Los diversos tipos de terapia, ocupacional o laboral, recreativa, deportiva, musical, etc., tienen una serie de características diferentes entre las aplicables a los pacientes psiquiátricos en general, y a las que lo son a las personas sin trastorno, esto hace que se obligue a implementar técnicas más progresivas y seleccionadas.

La manera más recomendable para diferenciar a los tipos de terapia sería su clasificación de acuerdo a:

1. TERAPIA OCUPACIONAL
2. TERAPIA RECREATIVA

En virtud de que la terapia recreativa constituye una gama de actividades sumamente amplia, deben seleccionarse ante todo de acuerdo a las necesidades y recursos disponibles en la institución, iniciativas, preferencias del grupo asignado al que se le ofrece la terapia, y las necesidades inmediatas.

Para facilitar los diferentes tipos de actividades recreativas, se enumerarán aquellas que son más frecuentes en hospitales e instituciones. Dependiendo, claro está, de que cada técnica tiene indicaciones y requisitos indispensables para su realización.

- a) Juegos y eventos deportivos.
- b) Artes plásticas, empleando diferentes técnicas de pintura, crayolas, desmanchado, modelado de arcilla, etc.
- c) Actividades culturales: visitas culturales a museos, lectura, asistencia a exposiciones, etc.
- d) Actividades sociales: cine, paseos, fiestas, concursos, campeonatos, etc.

Tanto la terapia ocupacional, como la recreativa observan las actividades de:

- Expresión creativa, en la que se trabaja con material de desecho, por ejemplo.
- Dinámicas de grupo, buscando la integración de los pacientes a un grupo asignado.

Por lo antes mencionado, se seguirán los lineamientos que a continuación se citan, correspondientes a cada terapia específica, con su objetivo y organización dada para facilitar su adecuado manejo.

GUIA PARA LA REALIZACION DE LA TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA:

1. Tanto la terapia ocupacional como la recreativa debe satisfacer las necesidades individuales y de grupo.
2. Las actividades a desempeñar deben ser diversas y balanceadas, mismas que podrán ser diarias, semanales o mensuales de acuerdo a su grado de posibilidad.
3. Las actividades de ambas terapias deben proporcionar oportunidades iguales para todos.
4. Ambas terapias deben proporcionar actividades en las cuales persista el interés del paciente, satisfacer necesidades y promover los valores de cada paciente.
5. Los programas deberán ser planeados mediante el uso eficiente de la imaginación y de todos los recursos disponibles en la institución.
6. Los programas o actividades deben incluir formas activas y pasivas, tanto para una como para otra terapia.

ACTIVIDADES RECREATIVAS:

- Expresión de música y baile.
- Lectura y discusión de periódicos
- Televisión
- Escultura en barro
- Cine.
- Expresión de arte, pintura.
- Juegos de mesa.
- Deportes.
- Visita familiar.
- Terapia grupal.

EXPRESION DE MUSICA Y BAILE:

Lograr que el paciente, por medio del baile y la música, refleje su expresión emocional, fortaleciendo su espíritu y contribuyendo adecuadamente a la canalización de impulsos que le son difíciles de exteriorizar.

En determinados grupos de enfermos, la música tiene un efecto sedante. Para pacientes agitados e inestables se recomienda la música suave, melódica y sin vocalización. Para pacientes retraídos o catatónicos se usan los ritmos fuertes. En esta terapia se pueden formar grupos pequeños de orquestas con instrumentos de percusión o también organizar conjuntos corales.

OBJETIVOS: Lograr mejorar su capacidad de expresión y comunicación a través de la música, fomentando las capacidades artísticas y de relación grupal.

ORGANIZACION: Recursos Humanos:

Enfermera, psicólogo, terapeuta, asistente encargado de baile y pacientes autorizados por su médico.

Físico:

Salón de usos múltiples o bien en el comedor para evitar el ruido. Órgano, maracas, claves, guitarra, etc.

Límite:

Dos horas, dos veces por semana.

Personal:

Equipo multidisciplinario, debidamente capacitado.

Paciente:

De quince a veinte pacientes por terapeuta.

LECTURA Y DISCUSION DE PERIODICOS:

Por medio de la lectura de libros y principalmente de periódicos, se refleja la expresión emocional al incrementar la capacidad de comunicación entre los pacientes para que éstos puedan expresar con precisión y claridad sus pensamientos, ayudando a la tendencia de no perder el contacto con la realidad, ya que al mantenerlo con la realidad noticiable, se observa un incremento en la comunicación creando un sentido de grupo y un punto de discusión, afinidad ó divergencia, logrando formar grupos de información con las siguientes características:

- 1.- Discutir noticias.
- 2.- Elegir un tema de interés.
- 3.- Sacar información representativa dividida por temas elegidos.
- 4.- Encargarse de la confección del periódico mural de la semana.
- 5.- Lograr que se de una continuidad a la labor y acostumbrar al paciente a una respuesta y responsabilidad propia.

OBJETIVOS: Desarrollar el sentido del diálogo, la convivencia y a la relación verbal entre los pacientes, así como fomentar la comunicación e información intra y extra hospitalaria.

ORGANIZACION: Recursos Humanos:

Enfermera, psicólogo, médico, terapeuta y pacientes que sean autorizados por su médico.

Físico:

Area cerrada ó salón de usos múltiples del hospital, libros, revistas, periódicos, tijeras, cartulinas, pegamento y chinchas.

Límite:

Dos horas una vez a la semana.

Personal:

Equipo multidisciplinario.

Paciente:

De cinco a diez pacientes por terapeuta.

TELEVISION:

Los mensajes de la televisión son un auxiliar que al llegar a un gran número de personas, brinda la oportunidad de proporcionar conocimientos a quienes de otro modo les hubiera sido difícil adquirirlos, amplía objetivos, aclara procesos, demuestra procedimientos costosos y peligrosos, aunque su desventaja es que no permite que el paciente participe directamente.

OBJETIVO: Brindar conocimientos a través de la televisión.

ORGANIZACION: Recursos Humanos:

Enfermera, asistente de T.O.R., médico, psicólogo y pacientes autorizados.

Físico:

Salón de usos múltiples donde se encuentre la televisión o en las salas de cada pabellón.

Límite:

Una hora tres veces a la semana.

Personal:

Equipo multidisciplinario.

Pacientes:

De quince a veinte pacientes por terapeuta.

LA ESCULTURA EN BARRO:

La escultura en barro es una expresión artística que de alguna manera ha trascendido al paso del tiempo y es herencia de la cultura maya. La práctica de la producción en barro es considerada actualmente como una actividad de algunas comunidades del Estado de Yucatán. La actividad manual de un lugar dado donde se practica. Debe darse según la materia prima que se tenga al alcance, siendo esta actividad ideal para mejorar sus habilidades manuales.

OBJETIVOS: Lograr una mejor habilidad manual y sensibilidad creadora donde se pueda ofrecer expresión artística, a través de diferentes tipos de material (barro, arcilla, plastilina, etc.).

ORGANIZACION: Recursos Humanos:

Enfermera, psicólogo, médico, terapeuta y pacientes autorizados.

Físico:

Area cerrada o salón de usos múltiples, plastilina, barro, arcilla, lodo, etc.

Límite:

Dos horas dos veces por semana.

Personal:

Equipo multidisciplinario.

Pacientes:

De diez a quince pacientes por terapeuta.

CINE:

Los mensajes de este vehiculo de comunicaci3n colectiva reune sonido, imagen y movimiento, ayudando a crear im3genes 3tiles en el proceso de ense1anza-aprendizaje al ofrecer pel3culas seleccionadas previamente y en donde se pueda, al final de cada proyecci3n, tener una breve din3mica grupal.

OBJETIVOS: Ofrecer un tiempo de esparcimiento brindando la oportunidad de aprender a trav3s de proyecciones.

Se tiene la ventaja que en esta actividad se pueden seleccionar los temas m3s apropiados al mensaje que se quiera dar.

ORGANIZACION: Recursos Humanos:

Psic3logo, m3dico, enfermera, terapeuta y pacientes previamente seleccionados.

Fisicos:

Area cerrada o sal3n de proyecciones.

L3mite:

Dos horas dos veces por semana.

Personal:

Equipo multidisciplinario debidamente capacitado.

Pacientes:

De veinte a treinta pacientes.

EXPRESION DE ARTE, PINTURA:

Lograr que el paciente, a través de la pintura, refleje su expresión emocional detectando el estado actual y evaluación de su cuadro clínico.

La pintura constituye recursos que permiten la expresión de la subjetividad del ser humano y estimula la capacidad creativa y la imaginación, así como el desarrollo del sentido de la estética, fortaleciendo el espíritu y contribuyendo a la canalización de impulsos o sentimientos difíciles de exteriorizar.

OBJETIVOS: Lograr aplicar su capacidad de expresión donde obtenga gratificación a través del reconocimiento de su trabajo.

ORGANIZACION: Recursos Humanos:

Enfermera, psicólogo, médico, terapeuta, así como los pacientes del propio hospital que sean autorizados por su médico tratante.

Físicos:

Area abierta en el propio hospital, hojas, cartulinas, pinturas vinilicas de varios colores, pinceles de tamaño mediano, franela.

Límite:

Una hora dos veces por semana.

Personal:

Equipo multidisciplinario debidamente capacitado.

Pacientes:

De uno a quince pacientes por terapeuta.

JUEGOS DE MESA:

Dar la oportunidad de desarrollar el potencial orgánico a los enfermos para su mejor desarrollo mental y social. En un ambiente adecuado y armonioso, propiciar la participación entre ellos mismos para mejorar las relaciones sociales.

OBJETIVOS: Proporcionar la oportunidad de brindar la continuidad de su vida social activa, reforzando y canalizando su estado anímico, manteniendo su desarrollo mental y social a través del juego.

ORGANIZACION: Recursos Humanos:

Enfermera, médico, psicólogo, terapeuta, así como los pacientes autorizados por el médico tratante.

Físico:

Salón de usos múltiples o el mismo comedor del hospital, lotería, dominó, ajedrez, memoria, juegos educativos de madera o plástico, etc.

Límite:

Dos horas tres veces a la semana.

Personal:

Equipo multidisciplinario.

Pacientes:

Pequeños grupos de pacientes de cuatro a cinco por mesa.

TERAPIA RECREATIVA:

DEPORTES

Consiste en dar la oportunidad a los pacientes de salir a espacios abiertos e instalaciones especiales como canchas o albercas donde tengan la oportunidad de desarrollar su potencia orgánica para el mejor desarrollo de su salud físico-mental. Se incluyen competencias y actividades coordinadas, individuales y de grupo, favoreciendo su sentido de sociabilidad y adaptación ambiental.

En esta actividad se cuenta con participación del equipo multidisciplinario que, con previo entrenamiento, pasarán a ser terapistas auxiliares.

OBJETIVO: Proporcionar la oportunidad de establecer la continuidad de su vida social activa, esforzando su estado anímico, manteniendo su desarrollo físico y social dentro del trabajo productivo.

ORGANIZACION: Recursos Humanos:

Enfermera, psicólogo, médico, terapeuta, así como los pacientes del hospital autorizados por el médico.

Físico:

Area abierta en el propio hospital o canchas destinadas al ejercicio libre. Pelotas para vóleybol, básquetbol, etc., destinadas al ejercicio libre, ejercicio gimnástico, juegos de mesa: dominó, ajedrez, memoria, etc.

Límite:

Dos hora tres veces a la semana.

Personal:

Equipo multidisciplinario capacitado para este fin.

Pacientes:

De diez a quince pacientes por terapeuta.

NOTA: Los pacientes se clasificarán de acuerdo a la actividad seleccionada.

VISITA FAMILIAR:

Los familiares del enfermo hospitalizado tienen gran importancia en los programas de rehabilitación, ya que se les pide que colaboren para obtener más rápidamente el restablecimiento del paciente. Asimismo, se trata de responsabilizar a los familiares para que no abandonen al paciente en la institución, por lo que se les permite realizar visitas a sus pacientes cuando el personal responsable lo considere conveniente.

OBJETIVO: Lograr por medio de la visita familiar un acercamiento afectivo y contar con la cooperación con la familia para la mejor rehabilitación del paciente.

ORGANIZACION: Recursos Humanos:

Enfermera, médico, psicólogo, asistente de terapia social y pacientes autorizados.

Físicos:

Comedor.

Límites:

Tres horas dos veces a la semana.

Personal:

Equipo multidisciplinario.

Pacientes:

De cinco a quince pacientes por terapeuta.

TERAPIA GRUPAL:

En este tipo de terapia es de fundamental importancia que, tanto los miembros del personal como el paciente, se den cuenta de sus papeles, limitaciones y responsabilidad, y que el paciente conozca bien su situación y sepa lo que se espera de él, al hacer que se sienta respetado como individuo, con el reconocimiento de sus derechos, necesidades y opiniones. Estas juntas pretenden discutir conflictos personales y el funcionamiento de la Terapia Ocupacional en el pabellón correspondiente. Para estimular la comunicación, se pueden agrupar pacientes en base a diagnósticos, grupos de edades, estancia hospitalaria o cualquier otra forma con tal que se consiga formar grupos más o menos homogéneos en donde puedan tratarse problemas generales que interesen a la mayoría de los pacientes.

OBJETIVOS:

Ofrecer la oportunidad de expresar todas sus incomodidades libremente y proponer, entre ellos, cambios y soluciones.

Reestructurar al paciente realidad, tiempo, espacio y persona.

ORGANIZACION: Recursos Humanos:

Enfermera, asistente de T.O.R., médico, psicólogo y pacientes autorizados.

Físicos:

Salón de usos múltiples o comedor.

Limite:

1 hora una vez a la semana.

Personal:

Equipo multidisciplinario.

Pacientes:

De quince a veinte pacientes.

ACTIVIDADES OCUPACIONALES:

- Actividades de carpintería.
- Actividades manuales como costura, tejido y bordados.
- Actividades de campo.

TERAPIA OCUPACIONAL:**CARPINTERIA:**

Consiste en darles oportunidades a los pacientes al proporcionarles trabajos sencillos de carpintería para desarrollar su potencial orgánico, logrando un mejor desarrollo mental y social al ir paulatinamente recuperando sus movimientos musculares finos y gruesos, alentando en ellos la capacidad creadora e inventiva sobre trabajos manuales de carpintería.

OBJETIVOS: Lograr la recuperación funcional de movimientos musculares finos y gruesos.

ORGANIZACION: Recursos Humanos:

Enfermera, psicólogo, médico, asistente del taller de carpintería, terapeuta y pacientes autorizados.

Físico:

Area cerrada donde se encuentre un pequeño taller, li-mas, serruchos, sierras, martillos, clavos, taladro, cepillo, alicates, etc.

Límite:

Dos horas tres veces a la semana.

Personal:

Equipo multidisciplinario.

Pacientes:

De diez a quince pacientes por terapeuta o auxiliar.

COSTURA:**ORGANIZACION: Recursos Humanos:**

El mismo que el de carpintería.

Físicos:

Salón de usos múltiples, 1 máquina de coser, tijeras agujas, hilos, botones, tela o ropa del mismo hospital, estambre, ganchos de tejer, reglas de corte y confección, etc.

Límite:

Dos horas tres veces a la semana.

Personal:

Equipo multidisciplinario.

Pacientes:

Igual que el anterior.

ACTIVIDAD DE CAMPO:

La terapia ocupacional gira en torno a actividades propias del campo, considerando que la mayoría de la población de pacientes es de extracción campesina, y para ello se propuso su participación directa en el cultivo de hortalizas, frutas, así como también tareas de desyerbe y limpieza de terreno.

Se considera esta actividad importante por ser una de las primeras desde el inicio de la terapia ocupacional en el Hospital Psiquiátrico "Yucatán".

OBJETIVOS: Crear un espacio y dotarlo de infraestructura de riego por goteo o asperción para la siembra de cítricos y hortalizas para el consumo del hospital, lo que permitiría disminuir los costos de alimentación.

- Lograr expresar o canalizar la hospitalidad o agresividad a los pacientes de una manera constructiva, pudiendo hacer uso de movimientos agresivos, especialmente de campo o de jardinería.

Ofrecer actividades útiles donde sirva de catarsis o canalización de sus tendencias destructivas para un mejor ajuste de su personalidad.

ORGANIZACION: Recursos Humanos:

Enfermera, psicólogo, médico, asistente de terapia o de la huerta y pacientes autorizados.

Físicos:

Áreas verdes y huerta, herramienta destinada para el

desyerbe y limpieza de áreas verdes.

Límite:

Dos horas tres veces a la semana.

Personal:

Equipo multidisciplinario.

Pacientes:

De diez a quince pacientes por terapeuta.

CRONOGRAMA DEL DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA

El presente cronograma contiene una descripción de las actividades y material necesario para el desarrollo y eficiencia del mismo que se deberán desarrollar para cubrir el trabajo del programa en el Servicio de Terapia Ocupacional y Recreativa.

Con éste se pretende dar un panorama general de los puntos relevantes mencionados anteriormente y de algunas actividades utilizadas en otras instituciones, permitiendo de esta forma visualizar la formación del paciente en cuanto a la asimilación de normas, valores, costumbres y conceptos de cada institución.

De igual forma, que el personal de terapia o los terapeutas auxiliares se ubiquen dentro de las realidades teóricas y prácticas que subyacen a los marcos teóricos y se proporcionan además otras alternativas fundamentales requeridas en este programa, asumiendo a éste como una guía para enfocarlo a las necesidades propias de cada institución.

A continuación se anexa el cronograma de actividades para llevar a cabo todas las funciones del Servicio de Terapia Ocupacional y Recreativa.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

| HORARIO | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SABADO | DOMINGO |
|---------|-----------------|--------------|-------------------------|---------------------------|-------------------|-----------------------|--------------------|
| 8 A 9 | DESAYUNO | | | | | | |
| 9 A 10 | PERIÓDICO | ACTIVIDADES | CINE | TERAPIA | TERAPIA GRUPAL | JUEGOS | JUEGOS |
| 10 A 11 | TERAPIA | ARTÍSTICAS | | OCCUPACIONAL | TERAPIA | | DE MESA |
| 11 A 12 | RECREATIVA | JUEGOS | TERAPIA RECREATIVA | ACTIVIDADES ARTÍSTICAS | RECREATIVA | T.O | T.V |
| 12 A 14 | COMIDA | | | | | | |
| 14 A 15 | RECESO | | | | | | |
| 15 A 16 | CINE | T.V | | | | | |
| 16 A 17 | JUEGOS | TERAPIA | TERAPIA OCCUPACIONAL | VISITA FAMILIAR | JUEGOS DE MESA | TERAPIA RECREATIVA | VISITA FAMILIAR |
| 17 A 18 | DE MESA | OCCUPACIONAL | | | | | |
| 18 A 19 | CENA | | | | | | |

CRITERIOS DE ACTIVIDADES:

Dichas actividades se clasificarán de la siguiente manera:

Actividades ocupacionales: carpintería, costura, decoración, belleza, bordados y de campo.

Actividades recreativas: baile, vóleibol, fútbol, básquetbol, etc.

Actividades artísticas: música, canto, instrumentos musicales, pintura.

Actividades de juegos de mesa: son aquellas actividades que se incluyen dentro de las recreativas, pero se diferencian en que éstas se dan en espacios cerrados, tales como dominó, memoria, cartas, garabatos.

Estas actividades se deben ofrecer dependiendo del material disponible, por ejemplo carpintería en vez de costura. Se ofrecerían de lunes a domingo para llevar una secuencia permanente de cada paciente y de 8 de la mañana a las 18 horas, llevando consigo un registro de conductas y de actividades a desempeñar por cada paciente, partiendo de los siguientes criterios observables:

Dentro de las actividades de la terapia ocupacional se darán:

Coordinación manual

Reproducción del modelo

Atención
Persistencia
Tranquilidad
Disposición
Interés
Ayuda a los demás
Comunicación
Creatividad

En las actividades de terapia recreativa, así como en las de juegos de mesa se darán:

Atención
Memoria
Integración del o al juego
Comunicación
Animación

Todas estas actividades se calificarán en una hoja de registro bajo la siguiente denominación:

NIVEL 1 BAJO

NIVEL 2 PROMEDIO

NIVEL 3 ALTO

Con lo anterior se permitirá, mediante la gráfica u hoja de registro de cada una de las actividades a desempeñar por los pacientes, observar su grado de funcionalidad o nivel de deterioro.

A continuación se anexan los diferentes tipos de registros para evaluar las actividades de cada terapia a desarrollar.

HOJA DE REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES

NOMBRE DEL PACIENTE

No. DE CAMA

FECHA DE INGRESO

DIAGNOSTICO

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD

FECHA: MES DEL AL DE DE 19

| FECHA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | |
|------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| Repertorio de con- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Coordinación Manual | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reproducción del mode. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atención. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Persistencia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tranquilidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Interés | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Disposición | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ayuda a los demás | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Comunicación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Creatividad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

NIVEL:

OBSERVACIONES:

- 1.- BAJO
- 2.- PROMEDIO
- 3.- ALTO

1
111
B

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

CONCLUSIONES:

La importancia de la Terapia Ocupacional en el tratamiento de los enfermos mentales es una realidad necesaria para cada persona, al irse esclareciendo el beneficio que ofrece como parte de su tratamiento y como miembro de la sociedad.

Toda persona tiene derecho a que se le re-educue funcionalmente sirviéndose del trabajo para mejorar su vida personal con el medio social. No se encuentra justificación para hablar de personas no re-educables. A toda persona enferma se le debe ofrecer la oportunidad, ayuda y curación que más corresponda a sus capacidades.

De lo anteriormente expuesto, destaca que no sólo la psicoterapia y el tratamiento farmacológico pueden conducir al mejoramiento del paciente. También la Terapia Ocupacional y Recreativa puede hacerlo al producir cambios tangibles y duraderos en la conducta de toda persona enferma, y más todavía en aquellos que se encuentran en instituciones sin tener derecho de salir de éstas.

Por más profundo que sea un trastorno, se requiere de un tratamiento activo en el que se ofrezca una serie de posibilidades médicas, fisioterapéuticas, pedagógicas y laborales.

Ofrecer al hombre la oportunidad de mantenerse activo y ocupado, es una necesidad fundamental del ser humano, toda

vez que al usar su cuerpo y su mente en algo constructivo, logra adquirir habilidades que le ayudan a aumentar su autoestima y el poder de controlar adecuadamente su medio ambiente.

APROXIMACION A PROBLEMAS Y PROPUESTAS:

Los estudios efectuados en el Hospital Psiquiátrico "Yucatán" arrojaron los siguientes problemas:

1. Aproximadamente una cuarta parte de la población total del Hospital no eran pacientes psiquiátricos, sino que pertenecían a otras instituciones como asilos de ancianos, para deficientes mentales, instituciones jurídicas y hospitales de psiquiatría.

2. Como consecuencia de lo anterior, se debería apoyar a los recursos físicos y humanos que deberían estar orientados exclusivamente a la atención del paciente psiquiátrico agudo y crónico.

3. La población de todos aquellos pacientes crónicos requerían de un trabajo prolongado hacia afuera.

4. La necesidad de formar un equipo multidisciplinario en salud mental, que al irse planteando las diversas formas de trabajo logren complementar la terapéutica medicamentosa e inicien la búsqueda de una verdadera rehabilitación, tanto de pacientes crónicos como de agudos.

Como consecuencia de lo anterior y para lograr una eficacia en esta actividad, se requiere que el Hospital mismo trabaje en perfecta labor de equipo y en donde cada miembro tenga bajo su responsabilidad una misión específica, y nos referimos al psiquiatra, al trabajador social, enfermería y auxiliares, intendencia, mantenimiento, encargados de la Terapia Ocupacional y Recreativa, etc., donde cada servicio cumpla con funciones específicas, permitiendo coordinar y, a la vez mejorar el trabajo interdisciplinario, ayudando a proporcionar adecuadamente el tratamiento que más concuerde y beneficie al paciente.

Por último, vimos como la administración del personal es compleja por sus propias características y por el gran flujo de personas que éstos tienen que atender. Esta administración debe marcar la actualización de métodos y técnicas más adecuadas respondiendo al impacto del crecimiento demográfico, haciendo necesaria la instrumentación de metodologías que respondan a los requerimientos de cada lugar.

En este sentido, el presente estudio contiene diversas alternativas tendientes a minimizar los problemas que la demanda de asistencia médica psiquiátrica al considerarse como un instrumento terapéutico.

DISCUSION CON OTROS TRABAJOS O PROGRAMAS SIMILARES:

Se puede afirmar que se carece de investigaciones respecto a la Terapia Ocupacional en los hospitales psiquiátricos. Dichas carencias pueden deberse a varias razones, entre las que destacan:

1. Exceso de trabajo, ya que muchas veces no se dispone de tiempo necesario para una investigación adecuada sobre Terapia Ocupacional pues al verla en su conjunto, cada paciente requiere de una atención específica.

2. No se sabe como conducir a la Terapia Ocupacional. Muchas de las investigaciones respecto a la Terapia Ocupacional han sido realizadas por otros profesionales. En este aspecto es donde se debe mejorar el equipo de Terapia Ocupacional bajo la supervisión y ayuda de psiquiatras para realizar un mejor estudio en equipo.

3. La Terapia Ocupacional debe ser vista como un trabajo multidisciplinario y no como un servicio aislado.

Se debe rendir un informe ocupacional que considere todo lo que el paciente haga durante el tratamiento para que el psiquiatra tratante lo valore mejor a través del trabajo. Mediante este informe el médico podrá auxiliarse en la integración del paciente desde el punto de vista clínico al ocupacional.

BIBLIOGRAFIA INICIAL

González Llaca, Edmundo. Alternativas del Ocio. Archivo del Fondo de Cultura Económica. 37. 1a. Ed. Universidad de México, D. F.

Willard S., Helen y Spackman S., Clare. Terapéutica Ocupacional. Ed. Jim is. Barcelona, España. 1973, pp. 43 - 50.

Lawenfeld, Victor. Desarrollo de la Capacidad Creadora. 5a. ed. Editorial Kapeluz, 1970.

Siegel, Laurence. Psicología Industrial. Productividad en la Influencia Social. Ed. C.E.C.S.A., 1972, pp. 333 338.

Rodríguez Reyes, José. Psiquiatría. "Terapia Ocupacional". Vol. 2. Madrid. 1972, pp. 264 298.

Reyes Ponce, Agustín. Administración de Personal. 1a. Parte. Ed. LIMUSA, México, pp. 127 141.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Alvaro Lacayo, Arguello. El Confinamiento Prolongado.
Psiquiatría Social. U.N.A.M. 30/X/83.
2. Bustamante de A., Gloria M. El trabajo y la recreación
en el tratamiento de los enfermos mentales.
Boletín Informativo del Hospital Mental de Antioquia. pp. 30 - 37.
3. Smith, Clay y Wakeley, John. Psicología de la Conducta Industrial. McGRAW-HILL de México, S.A.
4. Gómez de D., Eneida. La Recreación en la Farmacodependencia. Boletín Informativo del Hospital Mental de Antioquia. pp.10 37.
5. González Liaca, Edmundo. Alternativas del Ocio. Archivo del Fondo de Cultura Económica. 37 Ed. 1a. Universidad de México, D. F.
6. Willard S., Helen y Spackman S., Clare. Terapéutica Ocupacional. Ed. Jim is. Barcelona, España. 1973, pp. 43 50.
7. Siegel, Laurence. Psicología Industrial. Productividad en la Influencia Social. Ed. C.E.C.S.A. 1972, pp. 333 - 338.
8. Lawenfeld, Victor. Desarrollo de la Capacidad Creadora. 5a. ed. Editorial Kapeluz, 1970.
9. Maier R. F., Norman. Psicología Industrial. 5a. ed. Ediciones RIALP S. A. Madrid. pp. 345 - 348.
10. Rodríguez Reyes, José. Psiquiatría. Terapia Ocupacional. Vol 2. Madrid, 1972, pp. 264 298.

11. Reyes Ponce, Agustín. Administración de Personal. "Parte de la Administración de Personal". 1a. Parte. Ed. LIMUSA, México, pp. 127 - 141.
12. Reyes Ponce, Agustín. Administración de Personal. "Sueldos y Salarios". Ed. LIMUSA, México.