

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS

✓
LAS TERAPIAS
REHABILITATIVAS

TESIS

Presentada para obtener el grado de
MAESTRO EN PSICOLOGIA

Howard Ben Krakaur



Diciembre 1958
México, D. F.



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 esta 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.

INTRODUCCION

El establecimiento del departamento de rehabilitación del Hospital Central Militar, tuvo su principio en el verano de 1954, cuando el autor visitó la Sala de Neuropsiquiatría del referido Hospital.

La posibilidad de estimular y enriquecer la vida de los enfermos mentales, fue el objeto principal del taller experimental de Terapia Ocupacional. Los resultados e intereses de los pacientes hacia este experimento, originó el desarrollo del programa de rehabilitación.

Con la esperanza de que se establezcan programas similares en sanatorios particulares y federales, se publica la presente tesis, que contiene un tratamiento eficaz y humano para ayudar a combatir las enfermedades mentales.

Deseo expresar mi más profunda gratitud al coronel Dr. José González Varela, Director del Hospital Militar, quien con su noble esfuerzo hizo posible la realización del programa. La ayuda de los Mayores Dr. Moreno Corzo y Dr. Jorge Velasco Alzaga, contribuyó grandemente al éxito del mismo.

Finalmente, pero no de menos valor, deseo ofrecer mi más sincero agradecimiento a las enfermeras del servicio por su esfuerzo y ayuda constante en los fines terapéuticos.

Agradezco la intensa colaboración del Prof. J. Peinado Altable, del Sr. Enrique Rady y de la Sra. Guillermina Jiménez de Krakaur.

Ps(1)

INDICE

INTRODUCCION	5
CAPITULO I Vista General de las Terapias Rehabilitativas	11
CAPITULO II Recetando las Terapias Rehabilitativas	25
CAPITULO III El Desarrollo de un Programa Rehabilitativo	35
BIBLIOGRAFIA	45
APENDICE	47

INDICE DE FORMAS Y ESQUEMAS

	Pgs.
Fig. I Gráfica de la organización de las Terapias Rehabilitativas.	27
Fig. II Receta de Terapias Rehabilitativas	32
Fig. III Hoja de Evolución	38

CAPITULO I

Vista General de las Terapias Rehabilitativas

La psiquiatría como rama especializada de la medicina, se basa en los métodos y tradiciones de la medicina general para la orientación terapéutica. Aparte de los procedimientos, puramente médicos, los cuales forman la base para el tratamiento psiquiátrico, se ha encontrado necesario y útil llamar a técnicos de tipo no médico para formar una alianza en el tratamiento de pacientes hospitalizados.

Entre aquellas actividades llevadas a cabo por personal no médico, se realizan programas de recreo, entrenamiento vocacional, gimnasia y otros ejercicios; música, arte y artesanía, mecánica y actividades creativas que pueden asistir al paciente a vencer su enfermedad. Estas actividades están planeadas para desviarlo de su enfermedad y de problemas personales, y ayudarlo a recuperar sus habilidades o a aprender nuevas actividades y a utilizar músculos específicos o partes del cuerpo que han perdido su uso, y también a proporcionar nuevos intereses en el mundo de su alrededor. Dichas actividades llegan a ser terapéuticas y ya dejan de ser únicamente pasatiempos cuando están ordenados por un médico para satisfacer las necesidades específicas del paciente, y son llevadas a cabo por personal entrenado y capacitado.

La hospitalización de los enfermos mentales debe ser muy distinta a la de los pacientes hospitalizados por enfermedades físicas. Primero, porque existe un desconcierto entre el paciente y el medio ambiente y no solamente como en el caso de las enfermedades físicas que están limitadas a ciertas partes de su cuerpo. Y, segundo, porque el paciente psiquiátrico, cuando está hospitalizado, usualmente necesita de una separación completa de su comunidad por periodos de tiempo que pueden extenderse a años.

Sobre este conjunto de terapias cae la responsabilidad de llenar el hueco causado por la separación del enfermo de las actividades normales. Se requiere un programa sistemáticamente planeado para

cada paciente, el cual debe aproximarse, lo más posible, al trabajo, juego y actividades sociales que fueron características de la vida normal del paciente. Para el paciente, con un brazo lisiado, la actividad específica es de valor intrínseco, porque lo ayuda a recobrar la fuerza del miembro lisiado, pero con el paciente psiquiátrico la actividad es secundaria a las relaciones interpersonales que puede formar el paciente con la persona que dirija la actividad, y con los pacientes que se ocupan en actividades similares. Aunque las actividades deben proporcionar una oportunidad de gratificar ciertas necesidades, no se debe perder de vista que el fin mayor es el de restablecer al paciente como un miembro útil a la sociedad. Las actividades que no orientan al paciente hacia este fin, no pueden llamarse terapéuticas, en el sentido psiquiátrico.

Debido al gran número de pacientes psiquiátricos, el número limitado de personal entrenado y el reducido número de tratamientos efectivos, estas terapias ofrecen grandes posibilidades, como los únicos tratamientos que pueden llegar a la mayoría de los pacientes.

De este punto, en adelante, estimo conveniente llamar a estas actividades "terapias de rehabilitación". Estas incluyen las siguientes secciones: terapia ocupacional, terapia recreacional, terapia musical, biblioterapia, terapia industrial, terapia educacional y servicios voluntarios.

Los fines generales de las terapias de rehabilitación son la restauración de los enfermos mentales y físicos al nivel óptimo dentro del menor tiempo conveniente.

Por objetivos específicos podemos hacer cuatro divisiones:

I.—Socialización y re-socialización.

- A. Presentar la realidad al paciente en formas variadas hasta que se le haga más valiosa que la fantasía.
- B. Satisfacer las necesidades de seguridad y aprobación del paciente por el logro de metas inmediatas dentro de las posibilidades del hospital.
- C. Estimular al paciente a fijar y practicar patrones emocionales y conducta aceptable bajo orientación y supervisión.
- D. Reducir al mínimo y prevenir la regresión mental y

deterioro físico que pueda resultar de la inactividad o de las actividades monótonas.

II.—La canalización de tensiones emocionales: la oportunidad de expresar de una manera aceptable sentimientos de culpa, hostilidad, agresión, gratificación narcisista, fantasía, agitación y melancolía.

- A. A través de mecanismos mentales aceptados.
- B. A través de trabajos creativos.
- C. A través de actividades físicas.
- D. A través de reconocimiento social y autosatisfacción.

III.—La ayuda diagnóstica y la valoración personal.

- A. La presentación de material proyectivo para el análisis correspondiente.
- B. La presentación de reacciones significantes a situaciones terapéuticas.

IV.—La exploración pre-vocacional y paravocacional.

- A. Experiencia en el uso de herramienta, materiales y equipo.
- B. El desarrollo de las experiencias sociales dentro del trabajo y la importancia de la responsabilidad y la disciplina.
- C. Enriquecimiento de la vida del paciente por la estimulación de intereses especiales.

MÉTODOS Y RESPONSABILIDAD: Todo personal que tenga contacto con los pacientes participa en estos programas en las salas, los pabellones, los patios, en áreas de actividades situadas céntricamente, y en ocasiones especiales fuera del hospital.

Muchas actividades deben ser ajustadas al paciente individual, a fin de satisfacer sus necesidades personales. No obstante, las actividades de grupo son igualmente importantes para que el paciente conozca a otras personas, y además, porque ofrecen práctica en trabajos hacia metas comunes. La actividad en grupo permite ejercicio

en la adaptación social y la influencia estimulante del ejemplo.

I.—Las Responsabilidades del Terapeuta:

- A. Llevar a cabo las instrucciones específicas del médico encargado de la sala, estudiando la historia clínica y traduciendo recomendaciones y recetas en actividades terapéuticas.
- B. Aceptar la mayor responsabilidad en el planeamiento de actividades dentro de la capacidad del paciente, a base de una apreciación de la lesión o las limitaciones del paciente, mental y físicamente.
- C. Observar y reportar las reacciones de los pacientes a las situaciones terapéuticas o interpretar tales reacciones al médico.
- D. Participar en juntas de personal, cuando se requiere un conocimiento específico de música, oficios y recreación. Valoración del tratamiento del paciente.
- E. Ayudar al personal de la sala a llevar a cabo programas de actividades, interpretando las necesidades de los pacientes de dicho personal, enseñándole habilidades y su aplicación a las necesidades de los pacientes, con consultas, frecuentes, especialmente, en cuanto a casos difíciles o complejos, y formulando una corta bibliografía, de la literatura disponible sobre la rehabilitación.
- F. Mantener y distribuir un surtido adecuado de materiales y equipo a las salas para que se pueda llevar a cabo el programa.

II.—Las Responsabilidades del Personal de la Sala:

- A. Llevar a cabo los programas de actividades para los pacientes.
- B. Entregar informes útiles concernientes a los pacientes a los terapeutas.
- C. Motivar y generar entusiasmo entre los pacientes y estimular su participación en las actividades.
- D. Participar, activamente, en las actividades con los pa-

cientes.

- E. Pedir la información instructiva necesaria de los terapeutas. (1).

TERAPIA OCUPACIONAL: Consiste en varios proyectos creativos en los cuales el paciente puede satisfacerse en trabajos que muestren sus habilidades y le dé cierto conocimiento y orgullo: jardinería, carpintería, pintura, cerámica y tejidos son algunas de las formas comunes de la terapia ocupacional para pacientes mentales. La terapia ocupacional es, y debe, ser algo más que pasatiempo; debe tener un dinamismo que conduzca al paciente a fines definidos:

- 1.—Argumentación de la psicoterapia: ofrece al paciente una experiencia terapéutica por la expresión o sublimación de necesidades emocionales.
- 2.—La restauración de funciones, la reactivación de nervios y fibras, crea resistencia a la fatiga y desarrolla la coordinación mental y física.
- 3.—Identificación con el grupo: instrucción y coordinación de proyectos de grupo, tales como murales y construcciones del taller.

La terapia ocupacional es el instrumento más agudo y personal de las terapias auxiliares que se tratan en el presente estudio. Ofrece una variedad de síntomas y actitudes que se utilizan para la transformación en productos reales y beneficios emocionales. La lista siguiente está formada por algunas de las más prominentes e importantes entre los síntomas de conducta que se utilizan en la actualidad:

Hostilidad, reprimido o expresado: El paciente agresivo tiene la oportunidad de expresar su hostilidad y agresión de una manera constructiva en lugar de destructiva. La relación entre el terapeuta y el paciente debe ser manipulada de manera que facilite la expresión de la hostilidad. El terapeuta debe permitir una temporal dominación personal por parte del paciente. La actividad debe consistir en movimientos agresivos y el material debe ser resistente.

Características —Obsesivos— Compulsivos: Actividades que permiten la utilización constructiva de la repetición, rutina, organiza-

(1) Davis J. Principles & Practice of Rehabilitation.

ción, y tendencias perfeccionistas con los fines de la aprobación y la productividad. Es necesario calcular la inseguridad y ansiedad que crean entre estos pacientes las situaciones y pensamientos creativos. La actividad y el rapport deben ser completamente libres de situaciones indecisas e impedimentos, o autoafirmación.

Hiperactividad y Expansibilidad: En terapia al paciente expansivo se le ofrece la oportunidad de expresar sus necesidades en un nivel inmaduro a propósito de impresionar a los demás. El paciente necesita de cierta libertad de conducta, donde las expectativas y normas sean mínimas. La situación debe ser controlada y las decisiones deben ser escasas, y dentro de las posibilidades del enfermo. Las relaciones interpersonales y actividades deben ofrecer un mínimo de desafío y estimulación. Al paciente debe permitírsele actuar de manera inmadura e hiperactiva, siempre y cuando no se arriesgue la seguridad y bienestar de los demás. Cuando una experiencia terapéutica se ha obtenido y el rapport entre el terapeuta y el paciente está establecida, se deben aplicar ciertos límites de conducta para permitir el tratamiento de otros síntomas.

Inseguridad y dependencia: Para el individuo que se encuentra inseguro y necesita establecer una relación de dependencia, debe proporcionársele una situación donde reciba aprobación inmediata y dirección constante. Para esta actividad debe usarse material no resistente que no necesita movimientos agresivos. El terapeuta debe proporcionar apoyo, confianza y aprobación. Gradualmente, la situación debe progresar, de manera que el paciente forme sus propias decisiones.

La necesidad de sobresalir: El paciente competitivo, que siempre tiene que sobrepasar a los demás, puede encontrar una salida aceptable y constructiva para su necesidad. Es conveniente sugerir una actividad poco usual, o una en la que nadie esté trabajando; de este modo, el paciente, puede compararse con otros en actividades similares en las que él es superior. La relación interpersonal debe ser libre de comparaciones entre el paciente y el terapeuta.

La necesidad de manejar la situación: Aquí el paciente debe tener la oportunidad de controlar la situación y dominar al terapeuta. La actividad debe ser una que requiera poca dirección, en la que el paciente pueda trabajar sin la intervención del terapeuta. Sugestio-

nes y direcciones deben ocurrir con la menor frecuencia posible y, siempre, propuesta en forma de preguntas. La aprobación y apreciación sinceras deben ser verbalizadas. Las situaciones reales deben ser creadas de manera que los conocimientos y opiniones del paciente puedan ser utilizadas ventajosamente.

Ego Desprecio: El paciente que se siente culpable, sin valor, y cuya agresión se manifiesta contra sí mismo, puede ganar la satisfacción necesaria haciendo tareas que son monótonas para otros. Usualmente proyectos para uso del hospital son muy satisfactorios para estos pacientes. Los sentimientos de desvaloración, aumentan cuando el paciente hace proyectos para sí mismo, o acepta favores.

Identificaciones masculinas o femeninas: Ciertas actividades, en nuestra cultura y sociedad, llevan connotaciones masculinas o femeninas. Por ejemplo, las agresivas, expansivas, resistentes, son actividades asociadas con características masculinas, mientras que las actividades pasivas, delicadas o intrínsecas, tienen un papel femenino. Esta separación, cuando es reconocida por el paciente, puede ser utilizada ventajosamente.

Destructibilidad: Algunas actividades de naturaleza destructiva pueden utilizarse para proyectos constructivos, tales como: rajar, cerrar, cepillar y tallar, dado que la destrucción, últimamente, resulta en un proyecto aceptable; el esfuerzo destructivo llega a ser una experiencia terapéutica.

Si la situación está planeada, cuidadosamente, al paciente se le puede dar la oportunidad de expresar sus necesidades, esfuerzos, actitudes y emociones de una manera significativa y constructiva. Estas expresiones ocurren simbólicamente en pintura, dibujo y martilleo. La ansiedad y la tensión quedan disminuidas. Lo que toma lugar en una expresión inconsciente a la que se llama catarsis terapéutica. El proceso es uno de "expresión constructiva o sublimación: a terapéutica disminución de necesidades y esfuerzos: a finalmente, una adaptación emocional".

El personal de enfermeras contribuye grandemente al programa de terapia ocupacional, con la iniciación, motivación y supervisión de pacientes, en el desempeño de proyectos en el pabellón.

Los tipos de actividades de terapia ocupacional en que el personal de enfermeras puede ayudar dentro del pabellón son:

Tejido en telares pequeños.
Modelado en barro.
Pintura con dedos o pinceles.
Tejido de tapetes con gancho
Pintura de cerámica de molde.

Dibujo y croquis.
Labores en tela. Trenzado.
Litografía y reproducción de
diseños (stenciling).
Marionetas y títeres.

TERAPIA DE RECREACION: Actividades encaminadas hacia lo social, físico, cultural y áreas prevocacionales. Estas actividades funcionan individualmente o en varios niveles de grupos. Esta terapia requiere de un numeroso personal con gran variedad de actividades que se extiende desde el deporte hasta el drama. El personal del pabellón o sala tiene la responsabilidad de estimular a los pacientes y a participar en las mismas. Estas actividades están divididas en juegos de grupo y juegos personales, y subdivididas según la fijación e integración necesarias. La siguiente lista de deportes está arreglada de acuerdo con las necesidades de fijación e integración del grupo:

Basketball.
Carreras de relevos.
Baseball.
Football.
Volleyball.
Juego de Pelota Medicinal.

Los deportes personales están divididos, según coordinación y fijación:

Box.
Ejercicios con pera, pera loca o saco de arena.
Ejercicios con aparatos de gimnasia: barras horizontales, verticales o paralelas.
Natación.
Ejercicios con pesas o poleas.
Saltos longitudinales, de altura o maromas.
Calistenia.

Hay un grupo de juegos semipersonales que requiere un número reducido de participantes o solamente un paciente y el terapeuta.

Tenis, golf, ping-pong, herraduras, shuffleboard.

Aparte de los deportes, es necesario tener gran número de juegos de mesa, tales como: ajedrez, damas, damas chinas, barajas, lotería, y otros que sólo requieren lápiz y papel. Las funciones sociales de drama, cine, bailes, fiestas y exhibiciones, están también a cargo del terapeuta recreacional.

TERAPIA MUSICAL: La música tiene un efecto emocional sobre los pacientes psiquiátricos, que puede ser utilizada por razones terapéuticas: Ritmos fuertes, diferentes melodías y variaciones en el volumen son capaces de producir reacciones fisiológicas en el individuo. La música ofrece una salida para la expresión armónica. La música ofrece, además, una fuerte liga emocional por medio de asociaciones de acontecimientos o eventos agradables o desagradables.

El programa debe estar formado alrededor del equipo y posibilidades del personal. Los instrumentos para este objeto son: Televisión, (con selección de programas bien controlados), radio-tocadisco y algunos instrumentos musicales como: guitarra, armónica, piano, etc.

Por razones prácticas la música puede ser dividida en dos grupos: Ritmos fuertes de vals, polkas, marchas y canciones folklóricas, y música suave melódica con ritmos débiles, tipo orquestal, preferible sin vocalización. El primer grupo es aplicable a enfermos retraídos y catatónicos, mientras que el segundo grupo es aplicable a grupos excitables o turbados. Hay una precaución en contra del Jass, Boogie, be-bop y chachacha, ya que no debe haber demasiado escape de la realidad.

Actividades centralizadas, como coros u orquestas, están organizadas a un nivel más complejo que la mayoría de las actividades de la sala, porque sirven a las necesidades de los pacientes que ya están funcionando bastante bien para salir acompañados o solos.

Cuando la situación lo permite, es útil formar una banda u orquesta que funcione para las actividades del hospital.

Todas las participaciones musicales, pueden ser agrupadas dentro de estas tres divisiones generales:

- 1.—Intervención activa.
- 2.—Participación pasiva.
- 3.—Recepción auditiva.

La intervención activa, es aquella en la cual el paciente, o el grupo de pacientes, cantan o tocan algún instrumento.

Participación pasiva, es aquella en la cual el paciente o grupo de pacientes no producen música, pero la escuchan con propósito determinado: por ejemplo, discutir acerca de las bandas y orquestas que escucharon, valorizando los méritos de las obras o el de los artistas interpretes.

Recepción auditiva es aquella en la cual, el paciente, simplemente escucha la ejecución de las obras musicales.

Los objetivos que en cada caso se persiguen son:

En la participación activa:

- 1). —Ayudarles a la reintegración social de los pacientes; esta finalidad tiene definido efecto psicológico, pues ayuda a reconstruirles su moral.
- 2). —Proveerles de motivos de ocupación; por ejemplo hacerles más soportables los ejercicios físicos que se les prescriban, al acompañarseles con música rítmica; este procedimiento se puede usar para la reeducación de los movimientos de su cuerpo, y se puede ayudar aún más, haciéndoles tocar ciertos instrumentos musicales.
- 3). —Canalizar su energía y aumentar su interés.

El objeto de la participación pasiva, es el de ayudar al ajuste mental y social del paciente, aumentándole su interés por las actividades musicales. Utilizando la música en provecho de la afición del individuo, tiene aplicación mayor que la simple participación circunstancial, puesto que cualquier paciente, posea o no aptitudes musicales, puede ser educado en ella, y esto le traerá beneficio indiscutible.

El objetivo de la recepción auditiva es:

- 1). —Proporcionarles a los pacientes la música que ellos desean escuchar, por ser a la que ellos están acostumbrados; este es el objetivo básico de la audiorecepción.
- 2). —Influir en su estado de ánimo.
- 3). —Suplementar sus actividades educativas con varios aspectos de

la música. Algunas conferencias, que por sí solas no serían interesantes, lo vienen a ser con la ayuda de la música.

4).—Proveer a los pacientes de entretenimiento mental apropiado (5).

BIBLIOTERAPIA O BIBLIOTECA DE PACIENTES: El fin de esta agencia es el préstamo de libros, revistas y publicaciones educativas y recreativas a todos los enfermos, con el objeto de contribuir a su rehabilitación. La biblioteca debe tener una gran selección de libros y revistas de diversos tipos, con el objeto de satisfacer los distintos niveles de intereses.

El personal de enfermeras ayuda a transmitir los deseos de los pacientes al bibliotecario, anima a los pacientes a que lean, cooperan en la selección de libros destinados al uso de los pacientes, y observa su lectura, en cuanto a tipo de material y hábitos. El personal debe encargarse de que haya material de lectura disponible para todos los pacientes, a pesar de que algunos libros, etc., sean rotos o destruidos por los pacientes.

TERAPIA INDUSTRIAL: Una parte importante del tratamiento del paciente es su aceptación de responsabilidad en las tareas de trabajos, dentro y fuera de la sala. Dichas tareas deben crear una tolerancia de trabajo, un sentimiento de utilidad, y una oportunidad de lograr éxito. Las tareas de terapia industrial deben estar de acuerdo con la capacidad, necesidad y los deseos del paciente. Los trabajos deben ser revisados periódicamente y tareas de más dificultad prescritas de acuerdo con el progreso del paciente. El cuerpo de enfermeras toma un papel muy importante en esta sección, ya que tiene a su cargo la supervisión de las tareas y animar a los pacientes para que acepten el puesto y sus responsabilidades. Las enfermeras tienen que percibir el progreso y referirlo al coordinador de terapia para nuevos recetarios.

TERAPIA EDUCATIVA: Este programa de educación progresiva tiene como fin satisfacer las necesidades del paciente como individuo. Las clases sirven para equipar al paciente para su retorno a la comunidad, con una mejor adaptación. Un paciente que tiene un defecto de lenguaje y no puede expresarse, puede ser ayudado

(5) Klachky de Meckler, S. La Música y sus Aplicaciones Extramusicales en Relación con la Psicología Normal y Anormal.

a corregirlo durante su estancia en el hospital, haciendo su regreso a la sociedad más fácil y con mayor confianza. Las clases de terapia educacional, generalmente, se ofrecen en las siguientes materias: lectura básica, escritura, matemáticas, gramática, estudios sociales, contabilidad, artes domésticas, música, arte, actividades sociales y desarrollo de la personalidad.

Por lo general, a los pacientes, no les es permitido inscribirse a las clases educativas, sino hasta la última parte de su tratamiento.

SERVICIOS VOLUNTARIOS: Estos servicios son una parte importante del programa de terapia de rehabilitación. Por medio de visitas amables y programas metódicos, los voluntarios ofrecen un sentimiento de contacto con la comunidad, el cual le da al paciente la convicción de que la comunidad lo considera y se interesa por él como un ser humano y que tiene su importancia en términos de la dignidad humana. El voluntario también ayuda a destruir la idea del paciente de que será rechazado por la comunidad por haber estado enfermo mentalmente, y le indica que será bienvenido a la sociedad.

Los voluntarios ofrecen ayuda de muchas clases, sin competir con el personal. Ofrecen habilidades especializadas, tales como la redacción de cartas, danza moderna, visitas, etc. Artículos para la comodidad del paciente, sin familia, material y equipo, para programas suplementarios, son donados a veces por voluntarios.

Por servicios voluntarios, los pacientes pueden asistir a funciones de teatro, cine, deportes, programas musicales, fiestas, ferias, festividades, etc.

El voluntario, además de su contribución al hospital, interpreta el hospital y su programa a la comunidad. Ayuda a vencer los estigmas relacionados con las enfermedades mentales y educa al público en nuevos conceptos de salud e higiene mental.

CAPITULO II

Recetando las Terapias Rehabilitativas

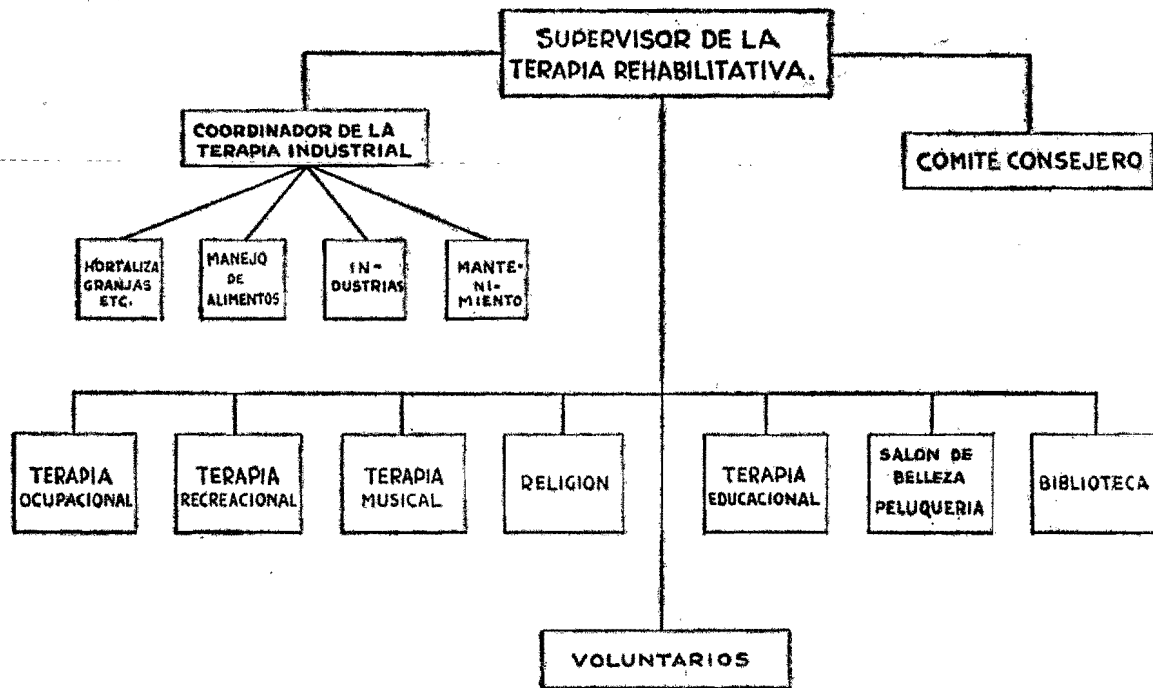


FIG. 1

Gráfica de la organización de las Terapias rehabilitativas.

La figura No. 1 muestra la organización del servicio de Terapia Rehabilitativa, la cual es dirigida por un supervisor, que coordina las terapias distintas y hace contacto con el comité consejero formado por médicos y psiquiatras.

El supervisor tiene el papel de asignar las horas de trabajo y determinar el número de terapéutas que se emplean, según las necesidades y recursos del hospital. Con la ayuda del médico, el supervisor hace el programa del paciente, fijando el número de horas de terapia ocupacional, terapia recreativa, musical, etc., para cada paciente.

El médico, por su parte, tiene que recetar, de acuerdo con las necesidades de su paciente, y no, sencillamente, indicando terapia ocupacional, recreativa, o musical. Para ayudarse en esta tarea, el médico puede utilizar un esqueleto, como la forma No. 2 para estandarizar los informes necesarios. Esta forma hace uso de la guía, que sigue, la cual permite cierta flexibilidad para poder precisar las características y necesidades del paciente.

1. Información General del paciente:

Educación, relaciones familiares, ocupación e historia de trabajo, intereses y aptitudes especiales.

2. Síntomas y Diagnóstico:

Alucinaciones visuales o auditivas, delirios, retraído, deprimido, suspicaz, etc.

3. Limitaciones o precauciones:

- a) Físicos, cantidad y tipo de actividad determinada por el estado físico del paciente.

Limitaciones cardíacas, auditivas, visuales, epilepsia, etc.

- b) Psicológicos — cualquier área de peligro debe ser citada: Suicidio, homicidio, fugas. Temas que se deben evitar en pláticas de familia, raza, religión; susceptible a cambios de personalidad repentinos; se lleva bien con ambos sexos; cantidad de supervisión necesaria.

4. Actividades recetadas.

- a) En el pabellón para pacientes que no pueden salir del pabellón por limitaciones físicas o psicológicas. Juegos de sala, música, terapia ocupacional y otras actividades, que se pueden organizar dentro del pabellón.
- b) Fuera del pabellón para pacientes que pueden salir del pabellón para participar con pacientes de otros pabellones.

Actividades de mayor integración que satisfacen las necesidades de un grupo seleccionado.

- c) Industrias Hospitalarias trabajos que satisfacen las necesidades del enfermo y que pueden ayudarle a alcanzar un nivel mayor de ajuste o mantener su nivel actual.

5. Qué es lo que se desea que el paciente gane con la terapia?

Indicar los fines de la terapia. Expresión de hostilidad y agresión, ayudar al paciente a disminuir sentimientos de culpa o inutilidad, etc.

6. Actitudes especiales del terapeuta hacia el paciente.

Permitir dominación por el paciente. Ignorar sus solicitudes para atenciones, etc.

7. Otras cosas que el terapeuta debe saber del paciente.

Informes adicionales no incluidos en el anterior que el terapeuta debe saber:

En hospitales pequeños, donde hay buena orientación y coordinación, entre los médicos y los terapeutas, no es necesario el uso de formas tan extensas; basta con llenar los cuatro requisitos que se citan a continuación:



1. Describir la conducta presente y la naturaleza de la enfermedad del paciente. Esto incluye síntomas sobresalientes.
2. Descripción de la personalidad básica del paciente. Incluye las necesidades emocionales del mismo.
3. Valorización y descripción de las relaciones interpersonales actuales y previas.
4. Fines deseados de la terapia. (3).

Las recetas, mientras no son infalibles, evitan la necesidad de métodos de ensayo y error y largas entrevistas antes de empezar la terapia. Además, dado que la relación interpersonal es uno de los factores más importantes en el tratamiento, es menester la habilidad y el conocimiento de los papeles que tienen que ser desarrollados por el terapeuta.

Con el tiempo y tratamiento, la receta puede necesitar revisión, según las nuevas necesidades del paciente. Pero el informe original es el punto de partida, y, a menudo, la parte más crítica de la terapia. De aquí, en adelante la mayor responsabilidad, queda con el terapeuta.

(3) Fidler, Gail S.
Fidler, Jay W. Introduction to Psychiatric Occupational Therapy.

RECETAS DE TERAPIA REHABILITATIVAS.

SECCION Nombre

SALA Fecha EDAD

1. Información general del paciente:
.....
.....
2. Síntomas y Diagnóstico:
.....
.....
3. Limitaciones o precauciones:
 - a. Físico:
 - b. Psicológico:
4. Actividades recetadas:
 - a. En el pabellón:
.....
 - b. Fuera del pabellón:
.....
 - c. Industrias hospitalarias:
.....
5. Qué es lo que se desea que el paciente gane con la terapia?
.....
6. Actitudes especiales del terapeuta hacia el paciente:
.....
7. Otras cosas que el terapeuta debe saber del paciente:
.....

Firma:

Doctor...

CAPITULO III

El Desarrollo de Un Programa Rehabilitativo

En agosto de 1954, el autor sugirió al Hospital Central Militar la fundación de una sección rehabilitativa, anexa a la sala de neuropsiquiatría. En este consultorio, de exploración, se determina si un enfermo puede ser rehabilitado para el servicio del ejército. La estancia de los pacientes, en esta sala, rara vez excede a seis meses d tratamiento, después de la cual quedan asignados al servicio de consulta externa.

Para probar el valor de un programa de rehabilitación se hizo necesario establecer un taller de terapia ocupacional, con capacidad, para el tratamiento, de seis enfermos. Actividades, que requerían un mínimo de herramienta, fueron escogidas para iniciar el programa y al mismo tiempo, se hizo una cuidadosa selección de los enfermos que obtendrían mayor éxito y aprovechamiento.

Los factores que tenían que tomarse en cuenta fueron:

1. El hospital no tenía ninguna partida para el establecimiento de un departamento de esta naturaleza.
2. No había personal entrenado disponible para ayudar en el programa.
3. El tiempo del autor fué limitado a dos horas cada tercer día.
4. El corto tiempo de tratamiento y la limitación a seis meses, hizo defícil realizar un tratamiento terapéutico.

Sin embargo, a pesar de estos problemas, la mayoría de los 17 enfermos tratados en los primeros seis meses, demostraron una mejora apreciable que pudo ser ligado al tratamiento.

A principios del año de 1955 se extendió el programa a cuatro horas diarias, añadiéndose un departamento de recreo, basado en juegos al aire libre. Se consiguió permiso para que los pacientes pudieran

hacer uso del gimnasio del personal residente durante el tiempo de lluvias. Entonces, un pequeño intervalo del día fué puesto bajo un régimen que los pacientes esperaban.

Se decidió dedicar 1 hora 45 minutos a los deportes; 10 minutos a caminatas por los jardines, alrededor del hospital, después de los juegos, y 5 minutos para regresar a la sala. Esta fase de la terapia fué dirigida de las 11 horas hasta las 13 horas. Al regresar a la sala los enfermos se dirigen a los baños para estar listos, a las 13:30 horas, para la comida. Este tiempo lo dedica el terapeuta para entrevistar a los enfermos recién llegados a la sala, o platicar con los pacientes que demostraron resistencia a la terapia.

El método de iniciar y mantener los juegos entre enfermos distraídos o alucinados no es una técnica fácil; se necesita de terapeutas con gran paciencia y energías. Seguimos un proceso que ha dado resultados moderados: Primero se cita el juego para el día, nombrándose a dos o tres capitanes, según el juego y número de enfermos, que seleccionan sus equipos. A cada grupo esta añadido un vigilante que participa en el juego para estabilizar los equipos y mantenerlos en un estado de mayor competencia. El terapeuta inicia el juego y administra ánimo a los pacientes retraídos y tímidos, que entran en el juego. Cuando el juego anda bien el terapeuta tiene que dirigir sus atenciones a los enfermos negativistas, alucinados o, por otras razones, incapaces de entrar en el juego central. Este grupo usualmente, está formado de una cuarta a una tercera parte de los enfermos en total, cuando se pasa el límite de 10 pacientes por cada terapeuta. Bajo una poca de presión e insistencia la mayor parte de este grupo puede ser interesado en un juego de poco esfuerzo e integración. Una vez que el juego secundario ha empezado, el terapeuta debe atender a los individuos que no entran en los juegos. Si un juego individual no es factible, se trata de establecer una plática social, llevando a los enfermos de una actividad a otra.

Es necesario supervisar los juegos constantemente o se deteriorarán, y es difícil empezarlos de nuevo. También por el estado de competencia, lo cual, a menudo, crea conflictos, siendo necesaria una supervisión cuidadosa. El terapeuta debe saber la manera de resolver los conflictos antes de que se inician, si es posible, y con mayor razón resolverlos cuando se presentan.

Mayor tiempo fué asignado a la terapia recreacional, ya que con

la ayuda de dos vigilantes, se hizo posible llevar entre 10 y 20 enfermos a los deportes. Esto no es siempre lo más aconsejable, puesto que debe haber un terapeuta por cada 8 ó 10 pacientes. También las ganancias terapéuticas empiezan a bajar rápidamente con grupos grandes, debido a las tendencias de ser espectador en lugar de jugador, cuando la competencia empieza a ser mayor. Sin embargo, en este caso, por falta de más personal, es mejor tener pacientes espectadores que encamados.

Una variedad de juegos, con distintos niveles de integración y fijación, fueron usados, aunque los enfermos mostraron preferencia por los juegos de baja integración.

El gimnasio, usado en días lluviosos, es bastante chico y no es posible llevar a más de ocho enfermos activos. Una selección especial se hace en estos días para aprovechar el número reducido de enfermos. Los pacientes, que no entran bien en las actividades por ser retraídos, son los candidatos usuales. Así se puede controlar las tendencias espectadoras de los otros días. El gimnasio cuenta con el equipo siguiente: guantes de box, pera, costal, paralelas, pesas, poleas y una pelota medicinal.

Para poder valorizar las actitudes de los enfermos, en las distintas actividades, se utiliza una forma estándar, en la cual el terapeuta anota las características que se pueden identificar por medio de las actitudes hacia la actividad y hacia el grupo y el terapeuta. La fig. 3 muestra un ejemplo de dicha forma; las actitudes anotadas están traducidas, según la siguiente interpretación:

HOJA DE EVOLUCION

Cama

Nombre

Fecha

Exp. No.

Escala

- 0. Ninguno.
- 1. Mínimo.
- 2. Moderado.
- 3. Extensivo.

Actitudes Hacia Grupo y Terapeuta Ene Feb Mar Abr May Jun Jul Ago Sep Oct Nov Dic

- 1. Hiperactividad
- 2. Hostilidad
- 3. Agresión
- 4. Resistencia
- 5. Negativismo
- 6. Dependencia
- 7. Sociabilidad
- 8. Tendencia de mando en el grupo.
- 9. Tendencia a seguir el grupo
- 10. Reticencia
- 11. Cooperación
- 12. Responsabilidad
- 13. Accesibilidad

Actitudes Hacia Las Actividades

1. Comprensión a Instrucciones
2. Ejecución de Instrucciones
3. Retención de Instrucciones
4. Industria
5. Iniciativa
6. Productividad
7. Cuidado Personal
8. Cuidado Operacional
9. Intereses por la Actividad
10. Interés en el Producto Final
11. Coordinación
12. Concentración
13. Normas de Ejecución
14. Habilidades Manuales
15. Decisión

.....
Terapeuta.

1. *Hiperactividad*: Aceleración de pensamiento y comportamiento. El paciente trata de hacer muchas cosas a la vez. Dificultad para sostener interés debido a la aceleración de pensamiento y sensibilidad al medio ambiente.
2. *Hostilidad*: Manifestación de actitud no amigable. En acciones o palabras refleja animosidad o enemistad.
3. *Agresión*: Manifestación de certeza, confianza en sí, empuje, inventiva, iniciativa. Verbalizaciones o acciones motivado por la hostilidad, para superar o vencer al medio ambiente.
4. *Resistencia*: Oposición a instrucciones, sugerencias, rechazo de ciertas direcciones, cuando están dentro del alcance de sus capacidades mentales y emocionales.
5. *Negativismo*: Hacer lo contrario de lo que se le dice. Cuando pide informes y después sigue en sentido opuesto.
6. *Dependencia*: Cuando el paciente se apoya en las decisiones y direcciones del terapeuta. Cuando el paciente necesita la aprobación y guía del terapeuta para hacer sus decisiones.
7. *Sociabilidad*: Participación en las actividades del grupo. Es amable, amigable, accesible con sus compañeros de grupo.
8. *Tendencia de mando en el grupo*: El paciente toma el mando en las actividades del grupo. Acepta las obligaciones de líder. Organiza el grupo.
9. *Tendencia a seguir el grupo*: Participación en las actividades del grupo sin ser líder. Sigue conforme con la organización del grupo.
10. *Reticencia*: Inaccesible, retraído, tímido, inseguro, paciente que requiere adulación, estímulo antes de participar en las actividades del grupo o individuales.
11. *Cooperación*: Paciente que cumple con las reglas generales y se refrena de no hacer demandas del terapeuta u otros.
12. *Responsabilidad*: El paciente está capacitado para aceptar

la responsabilidad de su comportamiento y actividad en el grupo. Capaz de aceptar sus obligaciones.

13. *Accesibilidad*: El paciente que responde a la razón e influencia.
14. *Confiabilidad*: El paciente en quien se puede confiar para actuar de una manera aceptable.
15. *Competencia*: El paciente muestra en conversaciones, o guir atención del grupo o de algunos individuos. Trata de comportamiento, el deseo de igualar o superar para sobresalir en actividades o rendimiento.

Actitudes hacia las actividades:

1. *Comprensión a instrucciones*: El paciente entiende fácilmente las instrucciones verbales. Intenta entender el significado de las instrucciones.
2. *Ejecución de instrucciones*: El paciente puede seguir las instrucciones una vez que se le han dado. Puede proceder según instrucciones, sin ayuda excesiva o nuevas explicaciones.
3. *Retención de instrucciones*: El paciente puede recordar las instrucciones una vez de que se le han dado.
4. *Industria*: El paciente enérgico, asiduo, y buen participante.
5. *Iniciativa*: El paciente confiado, emprendedor. Inicia ideas constructivas y planes.
6. *Productividad*: Capacidad de ejecutar eficientemente. Los productos finales adecuados en términos de energía gastada.
7. *Cuidado personal*: El paciente limpio y ordenado en su persona. Se fija en su presentación personal. Posee hábitos sociales y personales aceptables.
8. *Cuidado operacional*: El paciente cuidadoso, limpio y ordenado en la ejecución de actividades. Regresa la herramienta o equipo a su lugar.
9. *Interés por la actividad*: Manifestaciones de algún interés en lo que se hace.

10. *Interés en el producto final*: El paciente muestra interés y orgullo en la realización de sus productos.
11. *Coordinación*: Los movimientos del paciente son dirigidos y controlados. Puede sincronizar sus pensamientos con finalidad y eficiencia. Tiene ritmo quínestésico durante la participación en la actividad.
12. *Concentración*: Puede acomodarse a una tarea sin perder rápidamente el interés. Mantiene su interés y esfuerzo. Puede llevar a cabo un problema.
13. *Normas de ejecución*: El paciente mantiene normas altas en artesanía y ejecución. Tendencias a buscar la perfección. Crítica su propia ejecución.
14. *Habilidades Manuales*: Posee habilidad y destreza en trabajos manuales. Posee habilidad para ejecutar una actividad con eficacia, con conocimiento y facilidad.
15. *Decisión*: Paciente capaz de seleccionar y decidir razonablemente. Llega a conclusiones lógicas. Es persistente y constante. (3).

Las caminatas después de los juegos tienen dos funciones: primero, para dejar enfriar emocional y físicamente a los enfermos antes de regresar a la sala, y, segundo, para dar un mínimo de ejercicio a los enfermos que no pueden o no quieren entrar en los juegos.

La terapia ocupacional tiene lugar después de la comida, de las 14 hs. a las 15 hs. El taller todavía acomoda de 5 a 6 pacientes, no obstante que el número de actividades ha sido aumentado. Para acomodar a más enfermos se han creado actividades que se pueden desarrollar fuera del cuarto de terapia. Estas actividades tienen que ser de naturaleza sencilla, con poca o ninguna herramienta. En la actualidad, las actividades que se practican en la sala, sin supervisión, son el dibujo, pintura, tejidos de hilaza y modelado en plastilina.

Con la extensión de las actividades, fuera del cuarto de terapia, fué posible que los enfermos trabajaran, a su propio impulso,

(3) Fidler, Gail S. Introduction to Psychiatric Occupational Therapy.
Fidler, Jay W.

durante su tiempo libre. Se ha hecho conveniente establecer un expendio para la venta de estos productos, la cual proporciona las siguientes ganancias:

1. El enfermo puede ver que sus trabajos tienen un valor monetario, además del valor personal.
2. El enfermo recibe una ayuda económica realizada con sus propios esfuerzos.
3. El dinero que se adquiere de sus ventas permite al enfermo la compra de material nuevo, librando el dinero del departamento para otros gastos.
4. El expendio de estos productos despierta interés y admiración del público hacia los enfermos mentales.

Con el Departamento de Terapia Ocupacional, y el plan de deportes funcionando, se dirigió la atención hacia servicios complementarios que pudieran trabajar en armonía con las terapias existentes. La posibilidad de conseguir voluntarios fué estudiada, detenidamente, pero debido al reducido número de organizaciones sociales que prestan estos servicios, se solicitó ayuda de la escuela de enfermeras, quien aceptó con gusto cooperar en estas actividades, enviando a enfermeras estudiantes a la sala para ayudar en la ampliación del programa. Se estableció un horario, de las 9 hs. a las 11hs. de la mañana, para conducir los juegos de sala. También el servicio de trabajadores sociales contribuyó en este propósito, llevando a los enfermos al cine-semanal. Se formó un proyecto en el que tomaron parte los enfermos y otra vez la escuela de enfermeras nos ayudó a establecer una función de una hora a la semana.

Así, en menos de un año, el programa de terapias rehabilitativas se extendió, de seis horas a la semana, a treinta y ocho. El promedio de enfermos tratados es de quince por hora. Mientras el programa se ha venido realizando bajo un plan provisional, se ha mostrado su mérito y la administración del hospital ha planeado dos centros nuevos y la ampliación del centro existente.

En conclusión, se puede decir que las terapias rehabilitativas son una realidad, útiles en el tratamiento de los enfermos mentales en México, y que en ella se encuentra un refuerzo al equipo médico.

BIBLIOGRAFIA

1. —DAVIS, E.—Principles and Practice of Rehabilitation. A. S. Barnes and Company Inc. N. Y. 1943.
2. —DUNTON, Wm. RUSH Jr.—Prescribing Occupational Therapy. Charles C. Thomas. Springfield III. 1945.
3. —FIDLER, GAIL S.—Introduction to Psychiatric Occupational Therapy. The Macmillan Company. N. Y. 1954.
4. —HAWORTH, NORAH A.; MACDONALD, E. MARY.—Theory of Occupational Therapy. The Williams & Wilkins Company. Baltimore 1946.
5. —KLACHKY DE MECKLER, SARA.—La Música y sus Aplicaciones Extramusicales en Relación con la Psicología Normal y Anormal. México, D. F. 1950.
6. —ROGERS, CARL R.—Counseling and Psychotherapy. Houghton Mifflin Company. Boston 1952.

APENDICE

EJEMPLOS DE ALGUNOS CLINICOS DE LA SALA
DE NEUROSIQUIATRIA EN EL HOSPITAL
CENTRAL MILITAR

CASO NUM. 1 "MS"

El paciente "MS" fue enviado a este Plantel desde la Penitenciaría del Estado de Coahuila, por haber atacado a otro prisionero con una arma blanca. Este fue su segundo atentado. El primero dió lugar a la muerte de un enfermero en el Sanatorio donde se encontraba su hermana bajo un tratamiento.

"MS", de 27 años de edad, de corta estatura, es sumamente nervioso y excitable, su tono de voz es fuerte y habla en forma excesivamente rápida; a veces murmura entre dientes y a veces grita. Su expresión denota tristeza y angustia. Trata de expresar cómo llegó al hospital, a toda persona que encuentra. Su cuento es el siguiente:

"Mi hermanita se encontraba en un sanatorio, en la ciudad de Monterrey, recibiendo un tratamiento médico. Fuí informado que un enfermero de ese lugar trató de abusar de ella. Entonces decidí verla, pero el enfermero no me permitió entrar, por lo que en la pelea lo maté y por ello me enviaron a la Peni. Usted haría lo mismo doctor".

Trata de convencer a todas las personas que es muy bravo, de mucha influencia entre gente de mala reputación y que por lo mismo debe tener el respeto de los demás.

Proviene de un matrimonio compuesto de cinco hijos, ocupando el cuarto lugar. Su hermana menor de 22 años es esquizofrénica. Sus padres son árabes. La madre es dominante y el padre excesivamente pasivo. Admite que fuma mariguana, pero niega tener alucinaciones. Tuvo dos infecciones sifílicas, pero los exámenes de laboratorio son negativos.

El paciente denota buen estado de salud; come con voracidad, pidiendo siempre doble ración de comida. Es aficionado al boxeo y se encuentra en buen estado físico. En su actuación se notan estados de excitabilidad, precedida de una reacción depresiva de corta duración. Requiere de vigilancia casi constante del personal de la sala, ya que trata de ser el centro de atención, riñendo con otros pacientes.

Sus pruebas clínicas lo revelan como una persona de inteligencia inferior, con fuerte angustia causada por su inhabilidad de superarse. El diagnóstico es: una personalidad psicopática con elementos paranoides. Se le sometió a una serie de choques electroconvulsivos, sin cambio apreciable de comportamiento. Esta fue seguida de 26 comas insulínicas. El paciente abandonó sus cuentos de delirio, persistiendo en sus estados de angustia y comportamiento bizarro.

TERAPIA OCUPACIONAL: Al terminar la serie de electrochoques se le envió al taller de Terapia Ocupacional, en donde su comportamiento fue molesto para los demás pacientes, pues los amenazaba levantando herramientas. En realidad no tuvo intención de agredirlos, sino simplemente de llamar la atención de ellos. Debido a ello se decidió darle atención individual, antes de someterlo a las sesiones de grupo.

Su primer trabajo consistió en el recorte de latas, sacando los extremos de las mismas con un abrelatas, haciendo un corte vertical y por último dos cortes a lo largo de la lámina, quitando la soldura vertical. Como el trabajo es rápido y no requiere experiencia en el manejo de la herramienta, el paciente en poco tiempo logró acumular gran cantidad de ellas y de esta manera había suficiente material para distribuirlo entre los demás pacientes. Esta actividad es fatigosa, ya que requiere el manejo de tijeras pesadas con una mano, mientras con la otra se sujeta la lámina. En este tipo de trabajo el paciente encontró satisfacción, por considerar a sus demás compañeros incapaces de realizarlo, contando además con el agradecimiento de sus compañeros en la distribución de las láminas. Un error en este trabajo no constituía un fracaso, lo cual hubiera sido perjudicial en este caso.

Después de tres sesiones terminó con todas las latas, pidiendo permiso para reunirse con el grupo en las sesiones regulares, habiéndosele informado que no había lugar para él, pero que en el momento oportuno se le tomaría en cuenta, a lo que accedió de mala gana. Se decidió ponerlo a trabajar en compañía de otro enfermo, para probar

su comportamiento, siendo la persona elegida un anciano, a quien "MS" apreciaba y que necesitaba de la ayuda de otros en el corte de piezas grandes. "MS" respondió favorablemente ayudando al anciano y completando su propio trabajo. Fuera del taller su comportamiento seguía igual; logró hacer algunas amistades, limitando sus riñas a ciertos pacientes con quienes no se acomodaba. Se cambiaron sus actividades a una que requería más agresividad; siendo esta la formación de anillos, en la que se utilizan monedas de plata. Hizo varios anillos, de los cuales regaló uno a una enfermera y vendió otro a un enfermo.

Después de dos meses se le admitió en las sesiones generales en donde actuó con mejor comportamiento, a pesar de que siempre estuvo tratando de ser el líder de las actividades.

TERAPIA RECREATIVA: Una semana después de ingresar al taller de Terapia Ocupacional, fue inscrito en Terapia Recreativa de deportes, en donde tuvo mayor facilidad para emplear su agresión. Jugaba con ánimo gritando a los demás jugadores, fijándose poco en los reglamentos del juego.

Después de sufrir castigos por no observar los reglamentos, perdió su interés en juegos de grupo. Prefería deportes de baja integración, que no entrañaban competencia personal. Hacía ejercicios o jugaba con enfermos incapaces de entrar en juegos de mayor integración o actividad.

Por las numerosas riñas que tenía se decidió permitirle que arreglara sus peleas dentro del reglamento de Box (las cuales fueron especialmente planeadas por el Departamento de Terapia Recreativa). Y aunque el número de pleitos aumentaba, se ajustaban al reglamento y siempre terminaban sin represalias o rencor.

En el caso de "MS", la terapia tenía como fin disminuir su energía inactiva, que estaba empleando en forma destructiva dentro de la sala. Sin embargo, el enfermo seguía con un comportamiento individualista, tratando de atraer la atención de todo el mundo, pero ya con su energía menguada era más fácil su manejo.

TERAPIA DE MUSICA: La música tenía un mayor efecto sobre este enfermo, que cualquiera de las demás terapias. Originalmente "MS" fue atraído por sus deseos de recibir mayores atenciones del terapeuta. Música suave y melódica calmó al paciente y siempre ob-

servó mejor comportamiento durante estas sesiones, aunque su duración solamente se limitaba al tiempo de la terapia.

Posteriormente el enfermo fue sometido a una lobotomía para disminuir su ansiedad, terminando con ésto su período de terapia y trasladado a Rehabilitación.

CASO NUM. 2 "ME".

El paciente "ME" fue trasladado de la Sala de Observación a Neuropsiquiatría después del examen general, el cual reveló la siguiente sintomología: disnea, taquicardia, palpitaciones, hiperhidromia, aerofagia, eructos, sensación de repleción gástrica, sensación de sequedad, obstrucción nasal y sobre todo "tengo un miedo muy grande de morirme". Sus preocupaciones no le permiten descansar durante el día y dice que sólo puede dormir dos o tres horas por la noche. Desde adolescente se ha venido quejando de diversos síntomas, los que han aumentado últimamente después de un cambio de corporación de Colima a Chilpancingo.

El examen físico revela una persona mestiza de 36 años de edad, delgada, con falta de piezas dentales, pero sin mayor anomalías. En la esfera mental se encuentra bien orientado; no presenta ilusiones, alucinaciones, ni despersonalización. Su ajuste social ha sido pobre. El paciente huye de amistades o de grupos sociales numerosos. En el ajuste ocupacional se presenta francamente angustiado ante la sola presencia de los edificios que ocupa su guarnición. Su historia marital es de desajuste debido a intensos celos, viendo en las actitudes de su esposa interés por otros hombres. Han procreado tres hijos, de los cuales los dos mayores presentan sintomatología patológica, caracterizada por lloriqueos durante el sueño y cambios de carácter. El paciente es el último hijo de una familia compuesta de varios medio-hermanos, con quienes no se relaciona en forma adecuada.

El estudio de Rorschach revela que el contenido de pensamiento es obsesivo, con ideas fijas relacionadas con su salud y su temor a enfermarse. Existe una autocrítica severa, una proyección de agresividad hacia el medio, celos traductores de su inseguridad sexual y de constantes deseos de ser atendido, vigilado y aun retención interés por su malestar.

El diagnóstico fue de histeria conversiva con predominio de características hipocondriacas. Ante la presencia de una agresividad fuer-

temente reprimida, fue señalada una psicoterapia ventilatoria y el uso de terapia recreativa para sociabilizarlo, así como bases de una mejor autoevaluación para anular, en parte, la fijación de ideas relacionadas con su salud.

En la entrevista, antes de iniciar las terapias rehabilitativas, el paciente manifestó no tener práctica en artes plásticas y que antes de enfermarse gustaba de los deportes, pero que ahora se sentía incapaz de jugar. En general, se negó pasivamente a participar en todas las actividades, afirmando no encontrarse en condiciones de cumplir con ellas.

TERAPIA RECREATIVA: Se llevó al paciente al campo de deportes donde se jugaba volleyball. Se sentó y rehusó entrar en el juego a pesar de la insistencia de los demás enfermos; no obstante, le impresionó el interés que mostraron por él los demás pacientes. Finalmente accedió a intervenir como referee, informando a los demás enfermos que entraría en los deportes tan pronto como se sintiera un poco mejor. Regresó de la primera sesión más animado pero quejándose de la fatiga que le causaba salir al campo. El terapeuta no hizo intentos de convencerlo de que debería entrar activamente en los deportes, sino que se limitó a platicarle de los enfermos que se presentaron durante el día. Continuó asistiendo a las sesiones deportivas en forma pasiva, hasta que se le invitó a hacerse cargo de tres nuevos enfermos que aun no podían coordinarse bastante bien para entrar en los juegos regulares. Se le dieron instrucciones y un balón de basketball para que pusiera a los enfermos en un medio círculo y permitirles tratar de "poner canastas". Su función consistió en instruirlos sobre la manera de tomar la pelota con las manos, cómo tirarla y sobre otras maniobras sencillas. Después de cada sesión se le preguntaba acerca de sus impresiones de los enfermos bajo su cargo. Cuando los nuevos enfermos no lograban hacer una canasta, ni tocar el tablero, el encargado se veía forzado a hacer bastante ejercicio físico y mental, pues tenía que correr a recoger la pelota.

Después de tres semanas de terapia se pudieron apreciar buenos resultados. Se alimentó mejor, subió de peso y su carácter mejoró. La tensión nerviosa de antes se hizo menos notable y con el prestigio de ser maestro empezó a relacionarse con los pacientes dentro y fuera de la sala. Con el alivio de estos bloqueos logró unirse al grupo y entrar en los juegos regulares.

TERAPIA OCUPACIONAL: Después de los primeros días en terapia recreativa se le invitó a visitar el taller de terapia ocupacional. Se interesó en los distintos tipos de trabajo, pero negó las posibilidades de poder realizarlos. Se le sugirió que pusiera sus iniciales sobre papel cuadriculado en tal forma que pudiera hacerse un diseño. Dos horas después hizo entrega de un diseño con sus iniciales, con buenas dimensiones y estilo; no obstante se mostró poco satisfecho con su creación y se le dejó para que lo revisara y lo mejorara a su gusto. Al iniciarse la siguiente sesión entregó su diseño, el que salvo de ligeras modificaciones, era esencialmente el mismo.

El segundo paso consistió en trazar el mismo diseño sobre una lámina delgada de cobre, repujando las iniciales en relieve. El cobre es muy maleable y ofrece grandes ventajas en la elaboración de detalles. Al terminar los diseños se montaron en madera para portapapeles.

El primer proyecto fue de tanto éxito y satisfacción, que el paciente solicitó dos pedazos grandes de cobre en los que trazó los diseños de dos mayas antiguos. Este trabajo era bastante laborioso, pues tenía bastantes detalles pequeños. Aunque trabajaba tiempo adicional entre sesiones, tardó casi un mes para lograr el efecto que deseaba. El producto ya terminado fue una obra que le brindó la atención y admiración de los demás pacientes, visitantes y aun de los médicos de la sección.

Una vez que logró restablecer confianza en sí mismo, dejó de manifestar síntomas de angustia. Pudo tomar un puesto en una oficina dentro del Distrito Federal, asistiendo a sesiones de psicoterapia en la consulta externa.

CASO NUM. 3 "SJ"

El enfermo llegó a la Sala de Neuropsiquiatría en estado desorientado, expresando ideas persecutorias y de homosexualidad. Fue recomendado para un estudio psiquiátrico por un doctor pariente de la familia, quien le trató de un síndrome icterico.

Hijo único, nacido antes de matrimonio. Ha sido el enfoque de los disgustos en un ambiente tormentoso. La madre ha sido rechazante desde el embarazo. El padre ha sido descrito como un libertino (bebedor en exceso, promiscuo sexualmente, con valores morales inconsistentes). Sin embargo ha sido un buen proveedor desde el punto de vista económico.

Durante la niñez y la adolescencia el enfermo actuó en forma adecuada hasta el momento en que el padre llevó a la casa materna a dos hijos naturales, menores que el enfermo. Desde entonces el paciente empezó a mostrar trastornos de la personalidad, actuando con ambivalencia ante sus hermanas. Su ajuste escolar empezó a deteriorarse, finalizando por interrumpir sus estudios, después de lo cual pasó de un trabajo a otro sin poder equilibrarse. Un año antes de entrar en el hospital, se vió envuelto en un acto delictuoso al entrar en una estación de radio y provocar un escándalo, produciendo destrozos materiales.

El examen físico funcional revela un adolescente que representa su edad y condiciones físicas dentro de los límites normales. El curso de su pensamiento es incoherente, fragmentado, con numerosos bloques. Se expresa usando lenguaje simbólico, murmurando constantemente y con gestos sugestivos de llanto. Su realidad tiene un valor enteramente personal y distorsionado, desde el punto de vista de las personas que están en contacto con él.

El diagnóstico señalado fue de reacción esquizofrénica tipo simple. Al iniciar la psicoterapia, se nota que las ideas homosexuales causan mayor angustia estando solo con el psicoterapeuta, produciendo una inhibición total. Se decidió visitarlo diariamente en la sala general hasta que su condición mejorara lo suficientemente para tratarlo en un despacho privado.

TERAPIA RECREACIONAL: El paciente manifestó mucho interés en los deportes antes de estar encamado en el hospital. Al iniciarse la enfermedad el paciente buscó refugio en la vida de su pandilla, los mismos con quienes jugaba deportes durante su vida estudiantil. Además, el enfermo se sintió más seguro al encontrarse rodeado por muchas personas, y por estas razones se pensó en iniciar su terapia con actividades deportivas.

A llegar al campo de football y escoger los equipos, el paciente mostró interés en las actividades a su alrededor, pero al tratar de asignarle a un equipo, empezó a murmurar y hacer gestos como si fuera a llorar. No fue posible entender a todo lo que decía, excepto que iban a matarle. Se decidió estudiarle más, antes de tratar de convencerle a entrar en el juego. Cuando vió que iban a jugar sin él se calmó y se sentó a observar el juego. Su interés fue constante y se movía ligeramente como si fuera siguiendo el curso de la pelota. Cuando uno

de los participantes indicó que estaba cansado y quería salir del juego, se ordenó al paciente a entrar a relevarlo. Empezó a murmurar y a hacer gestos como queriendo llorar, pero el terapeuta lo condujo al sitio donde estaban llevando la pelota. Al reanudarse el juego parecía indeciso, pero cuando la pelota rodó cerca de él, movió la pierna para pararla y llevarla en la dirección del campo contrario. Lo hizo con buena precisión. Jugaba en silencio llevando la pelota parsimoniosamente, sin tomar en cuenta los gritos de sus compañeros. Parecía muy seguro de su capacidad en este deporte, pero no se coordinó con el equipo. No pedía que le pasaran la pelota, ni la pasaba a otros, cuando ganaba él la poseía. Más bien jugaba solo en contra de los dos equipos. Al terminarse el juego volvió a su estado nervioso. El terapeuta trató de platicarle del mismo, no obstante, aunque el paciente intentó hablar no pudo hacerlo y empezó a llorar. Conocía bastante bien una variedad de juegos. Después del primer día ya no tuvo dificultad para entrar en el juego, pero siguió jugando de manera solitaria. Su orientación hacia los marcos fue buena y siempre se dirigió hacia el gol señalado para su equipo, pero no coordinaba con sus compañeros.

En psicoterapia fue platicando de sus actividades y finalmente empezó a hablar de los juegos. Unas sesiones después, en la sexta semana de terapia, comenzó a hablar y a gritar en el juego. Su expresión todavía era confusa, pero estaba expresando su deseo de jugar con el equipo. Desde este punto y en adelante, participó tanto socialmente como deportivamente en los juegos. Su progreso fue rápido y llegó a ser uno de los más entusiastas del grupo.

LABOROTERAPIA: La dificultad de emprender actividades nuevas para el paciente hizo aconsejable asignarle a terapia de trabajo, en lugar de terapia ocupacional. Mientras los fines de estas terapias son similares, hay diferencias en el manejo y orientación. El trabajo se lleva a cabo mediante la supervisión de las enfermeras de la sala. Es posible dar mayor supervisión que la proporcionada en las sesiones generales de terapia ocupacional. Las actividades son sencillas y comunes a la vida ordinaria de casi cualquier persona.

En el caso de "SJ" las tareas seleccionadas fueron de las más inferiores, para satisfacer sentimientos de minusvalía y autoagresión. Empezó limpiando pisos y baños y ayudó en la entrega de la ropa sucia a la lavandería. Cuando su condición mejoró suficientemente, se

le preguntó sobre qué trabajo prefería desempeñar y contestó que el de mensajero, visitando los distintos departamentos del hospital. Se le envió para los pedidos de la sala en compañía del guardia que usualmente desempeñaba este trabajo. Su comprensión y comportamiento fueron adecuados para el desempeño de este trabajo y después de una semana de cumplir eficazmente con sus tareas, pasó al departamento de terapia ocupacional.

TERAPIA OCUPACIONAL: Los síntomas principales de conducta se trataron en las terapias anteriores y la terapia ocupacional fue señalada con el fin de ofrecer mayor seguridad sobre sus capacidades, un acondicionamiento de sus pensamientos ante problemas de trabajo y enseñarle algunos procedimientos con los cuales podría empezar a trabajar.

De acuerdo con los deseos del sujeto y sus posibilidades de conseguir un trabajo inmediatamente al salir del hospital, se decidió que trabajara en la sección de carpintería. Se le ofrecieron proyectos consistentes en trabajos sencillos, que se podrían desarrollar en corto tiempo, pero que requerían planeación para integrar varias etapas o partes movibles. Al paciente se le mostró un objeto que tenía que duplicar, elaborando sus propios planes y patrones. Después de que podía señalar todos sus detalles y ponerse de acuerdo con su forma final, se le permitió empezar a trabajar con materiales. Hizo varios juguetes animados.

Habiendo cumplido con la primera etapa de la terapia y teniendo adecuados conocimientos sobre el manejo de la herramienta, se le permitió desarrollar proyectos originales, siguiendo una planeación similar a aquella que usaba para los objetos copiados.

Después de dos meses de terapia ocupacional se le dió de alta, bajo la custodia de sus parientes, siguiendo con un tratamiento particular.

CASO NUM. 4 "RV"

El teniente "RV" piloto de la Fuerza Aérea fue trasladado de la Sala de Neuropsiquiatría, después de un tratamiento en Ortopedia. El paciente se encuentra sin poder mover los miembros lisiados a causa de un accidente aéreo. Los exámenes de Rayos X revelan que los huesos fracturados han calcificado normalmente. Durante dos meses recibió hidroterapia, sin ninguna mejoría notable.

En el examen físico el paciente se presentó en ropa y bata particular, ambulatorio, caminando con excesivo esfuerzo y rigidez. Al parecer no se equilibraba normalmente. Habla en voz baja sin mover la mandíbula. El examen de los huesos lisiados demuestra irregularidades en la formación de los huesos a punto de fractura, unos 10 cms. superior al tobillo derecho y cierta desalineación en la fractura del codo derecho. Las heridas causadas por los huesos están en buen estado de cicatrización. El examen neurológico no revela causas que impida movimiento en las áreas afectadas.

El paciente tiene 27 años, soltero. Estuvo en la Fuerza Aérea 6 años. Durante el último año tuvo dos accidentes. El primero sin importancia; el segundo accidente le originó las heridas del brazo y la pierna. Su orientación en tiempo y espacio son adecuadas. Tiene dificultad en la expresión de sus ideas debido a tartamudeo y su manera de hablar entre dientes. Se observa excesiva rigidez en todo su cuerpo. No mueve la cabeza ni los ojos para ver objetos fuera de la línea de visión, sino todo el cuerpo. Parece estar en estado de excesiva tensión.

El paciente es hijo único de una familia de buen nivel económico. Sus padres se separaron antes de que el paciente entrara en estado de adolescencia. El padre radica en una ciudad distante y ha tenido poco contacto con el paciente. La madre es una persona de apariencia juvenil, sociable, cariñosa y sobre-protectora de su hijo.

El estudio psicodiagnóstico afirma el cuadro de histeria conversión de tipo paralítico, con pronunciado estado de ansiedad.

Se recomendó una terapia exploratoria para ampliar los conocimientos sobre el mecanismo de conversión y al mismo tiempo terapias al aire libre y juegos de sala.

TERAPIA RECREATIVA: El paciente se adaptó rápidamente a los juegos de sala, los cuales le proporcionaron la atención y admiración por parte de las enfermeras y de los demás pacientes. Debido a su inteligencia superior aprendió con facilidad los juegos de sala, ganándoles a los demás pacientes. Esto le proporcionó sentimientos de seguridad y superioridad en sus relaciones sociales. Una vez que estableció buenas relaciones con varios pacientes del grupo, quienes estaban asistiendo a los juegos de deportes, se invitó al piloto "RV" a ir con ellos.

El paciente no podía entrar en los juegos rutinarios por falta de rapidez en locomoción, así como por cambios de dirección. Se formó

un grupo pequeño (con el paciente y el terapeuta y dos enfermos más que no entraron en los juegos ordinarios) que se colocó en un círculo reducido y los componentes pasaron rápidamente entre sí una pelota de basket. Cada uno de los pacientes trataba de pasar la pelota a otro lo más rápidamente posible y tendiendo a cambiar la dirección sin avisar a los demás. Si no se presta atención, o se reacciona demasiado lento se recibe un golpe en un lado con la pelota. Esto no ocasiona daño pero usualmente provoca la risa de los demás jugadores. "RV" recibió varios golpes por no reaccionar rápidamente, pero instintivamente volteó la cabeza en la dirección de la pelota.

En los días que esiguieron se substituyó una pelota médica de mayor peso que el de la pelota de basket y se incluyeron más participantes. Esta pelota es un poco más difícil de manejar debido a su peso y obliga a que el juego siga en forma más lenta. Al mismo tiempo uno siente el golpe con mayor fuerza. El paciente reaccionó con reticencia al entrar en el juego pero bajo la seguridad de que no jugarían fuerte, accedió. Se puso más atento que en los juegos anteriores y reaccionó con mayor rapidez, poniéndose listo para recibir la pelota, pero temiendo a cualquier momento. Los movimientos en el lado lisiado todavía fueron torpes, pero la tensión general que se notaba anteriormente, desapareció casi por completo. Reía y bromeaba con los demás enfermos sin tartamudeos.

En los días sucesivos entró en los juegos generales. Jugó como portero en football soccer y se sintió capaz de jugar volleyball a cualquier momento. Se le citó para sesiones especiales de gimnasia, a fin de reforzar los miembros lisiados. Para que pudiera lograr mayor equilibrio y coordinación se le prestó una bicicleta en varias sesiones. Una vez que hubo recuperado el uso de los movimientos bruscos se le citó para sesiones de terapia ocupacional.

TERAPIA OCUPACIONAL: La aplicación de esta terapia tenía como objeto introducir al paciente en el uso de los movimientos más finos de mano y brazo. Se eligió un proyecto de carpintería que requería el uso de un proceso repetitivo, donde el enfermo podría perfeccionar sus movimientos. Tenía que cortar tiras delgadas de una tabla larga y después emparejarlas con un cepillo. Este proyecto y otros, mientras no requieran de una planeación amplia, le proporcionó medios eficaces para adquirir un mayor control motor.

Al cumplir con esta fase, se le dió de alta para que siguiérase con un tratamiento de psicoterapia en la consulta externa.

CASO NUM. 5 "SU"

La presentación de este último caso tiene como fin ilustrar la utilidad de las terapias rehabilitativas en contribuir material adicional para el diagnóstico de la enfermedad.

El paciente "SU" fue traído a la Sala de Neuropsiquiatría bajo la custodia de dos policías. Su hermano mayor lo sometió a un tratamiento psiquiátrico, debido al desarrollo de ideas de persecución en el sujeto.

Seis meses antes de que se le encamara, el sujeto empezó a acusar a sus familiares por actos de mala fe, de intentos de despojarlo de una herencia y por disgustos que no ocurrían antes.

Aparte de cefalea ligera, el sujeto se encuentra en buenas condiciones de salud. Durante su estancia en el hospital se presentó aseado, en pijamas y bata particular, ambulatorio. Su conversación es un poco afectada y su expresión verbal es correcta, tanto en español como en inglés. Su comportamiento fue en forma sarcástico, burlándose de los médicos, sin llegar a excitarse. Rehusó proporcionar datos o contestar a las preguntas que se le hacían, diciendo que podrían utilizarlas en su contra. Dedicó buena parte de su tiempo llamando a su abogado, escribiendo cartas extensas y relacionándose con los demás pacientes.

El examen neurológico no reveló síntomas generales, ni locales. Se practicó Pneumografía que indicó un tumor en el lóbulo temporal del lado izquierdo. El diagnóstico fue de: estado paranoide.

TERAPIA OCUPACIONAL: El paciente entró en el taller con la idea de formar un curso de inglés para los enfermos de la sala (él fue maestro de inglés). El paciente trató de aislar al terapeuta de los pacientes, hablándole en inglés y traduciéndole la conversación de los pacientes. El terapeuta aceptó sus servicios como necesarios.

El paciente pidió algunos lápices y papel para dibujar; su primer dibujo fue de un árbol grande y un hombre de espaldas con los brazos extendidos. Los siguientes consistieron en personas en posiciones similares, o sea de espaldas.

Después de la segunda sesión el paciente invitó al terapeuta a su a su cuarto, a fin de que escuchara los aparatos de radar que, según él, se estaban utilizando para seguir sus movimientos; al mismo tiempo le hizo entrega de una carta compuesta de 9 páginas, para que se la

diera al Sr. Presidente de la República. En esta carta el paciente reveló en forma detallada los delirios que rehusó proporcionar a los médicos y a las demás personas.

Al paciente se le sometió a una lobectomía para contrarrestar el crecimiento del tumor. Dos semanas después fue llevado a su casa por sus parientes.