

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
COLEGIO DE PSICOLOGIA

**Estudio Psicológico de la Terapia Ocupacional en
Hospitales Psiquiátricos**

T E S I S

Que para obtener el título profesional de

P S I C O L O G O

P r e s e n t a

JUANA LETICIA GARCIA BOLAÑOS

MEXICO, D. F.

1967



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.

Con amor a mis queridos padres:

Profr. CARLOS L. GARCIA G.
LUCIFINA B. DE GARCIA.

A mi esposo:

Lic. ROBERTO SAENZ Q.

A mi hermano

CARLOS

A mis tres hijos:

LETICIA, ROBERTO y MONICA

*Con profundo agradecimiento
a todos mis maestros.*

*Al Colegio de Psicología de la
Facultad de Filosofía y Letras.*

*Con especial agradecimiento a mi maestro
Sr. Dr. HECTOR PRADO HUANTE
paciente guía y director de mi tesis.*

*Mi sincero reconocimiento a todas las Instituciones
Públicas, médicos psiquiatras. y compañeros que
cooperaron en mi trabajo de investigación.*

INDICE DE CAPITULOS

INTRODUCCION.

1.—BREVE BOSQUEJO HISTORICO.

2.—LA TERAPIA OCUPACIONAL.

a) Diagnóstico

b) Tratamiento

c) Habilidad o Rehabilitación.

3.—MECANISMOS DE ADAPTACION. COMO UTILES DE TRABAJO DEL TERAPISTA.

4.—HOSPITALES PSIQUIATRICOS Y GRANJAS PARA ENFERMOS MENTALES EN MEXICO.

5.—CONCLUSIONES FINALES.

6.—FOTOGRAFIAS DE GRANJAS E INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS TALLERES DE T. O.

7.—REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

INTRODUCCION

Durante siglos, el enfermo mental fue considerado como un ser antisocial, inadaptado y tratado con una categoría infrahumana. Con el progreso de la Medicina y más adelante con el de la Psicología, se ha venido luchando para que se le reivindicue dentro de la sociedad, y hacerlo, en cuanto fuere posible, una persona útil a ésta, valiéndose de nuevas técnicas psicoterapéuticas.

Hoy en día, es cada vez mayor el número de clínicas, hospitales, centros de salud mental etc., que están poniendo en práctica la Terapia Ocupacional para los enfermos hospitalizados, con cuyas actividades se ha logrado que el paciente mejore emocionalmente y alcance un mayor grado de socialización.

Gracias al avance de la Fármaco-Química se han venido descubriendo nuevos medicamentos tranquilizadores para diversos padecimientos mentales, y se ha logrado incorporar a los grupos de Terapia Ocupacional a pacientes que antiguamente se consideraron inútiles para este tipo de tratamiento.

Así pues, voy a referirme a los procedimientos y técnicas ocupacionales que se están utilizando actualmente, y a los resultados que se han estado obteniendo, principalmente en nuestro país, donde se está trabajando activamente con estos modernos métodos de Psicoterapia.

CAPITULO I

BREVE BOSQUEJO HISTORICO

Los estudios antropológicos acerca del hombre primitivo nos dicen que éste fue capaz de pensamiento lógico y de razonamiento objetivo, pero que en su medio cultural, su mente funcionaba en forma diferente a la del hombre civilizado, en ciertos aspectos semejante a la del niño o a la del enfermo psicótico, y así podía aceptar al mismo tiempo cosas contradictorias, teniendo para él el mismo valor su realidad y su fantasía.

Las teorías acerca de los enfermos mentales tenían un concepto mágico, adjudicándolas a espíritus malignos y a seres sobrenaturales, y atribuían al demonio la posesión del cuerpo del enfermo. En la época del hombre primitivo existe una íntima conexión entre magia, religión y enfermedad mental.

La medicina se comienza a conocer propiamente entre los griegos y los hebreos y se destinó a una casta especial que eran los sacerdotes. En los tiempos de Grecia y Roma los sacerdotes curaban en los templos de Esculapio, mediante métodos sobrenaturales: sugestión, provocación de sueños, etc.

Hipócrates (460-370 A. C.), pensaba que era el cerebro el órgano del pensamiento, y que la enfermedad mental, como cualquier otra, era provocada por causas naturales. Las

clasificó en tres categorías: Manía, Melancolía y Frenitis. Prescribiendo a los enfermos melancólicos una vida tranquila.

Areteo de Capadocia (80 A. C.), llamado el Hipócrates de la Psiquiatría, se dedicó al estudio de las enfermedades mentales y recomendaba el empleo de la música y las frases bellas para curar a los enfermos. Describió la melancolía y la manía diciendo que eran dos etapas distintas de la misma enfermedad (ahora conocida como psicosis maniaco-depresiva).

Con la aparición de Jesucristo nace la curación por la fé. Se sabe que desde esta época se inicia también la fundación de hospitales y hospicios que perduraron hasta la Edad Media en que se asilaban los enfermos mentales en monasterios. De ahí el origen del hospital, que se inicia en establecimientos religiosos destinados a enfermos necesitados.

Celius Aurelianus (80 D. C.), médico africano, empleaba la dulzura en el trato de los enfermos mentales

En la época del oscurantismo (del S. II al S. XV), Europa cae en los métodos de la curación por la fé, y aparecen las brujas que decían tener poderes curativos. Se vuelve a la idea del demonio y se practicaban los exorcismos con los cuales se creía que el demonio salía del cuerpo del enfermo; si éste no curaba por este medio, se le quemaba como si fuera leproso para que no se propagara su enfermedad.

En el siglo XIII se inicia la Primera Revolución Psiquiátrica, y alcanza su mayor auge en el siglo XVI. Se pretende que el enfermo sea tratado como tal, y no por monjes ni sacerdotes, sino por un médico. Se combate la demonología y las prácticas brutales para curar el enfermo mental. En Londres hubo un gran movimiento de fundación de hospitales y en el siglo XIX aparecen ahí los primeros hospitales especializados.

Juan Luis Vives (S. XV), inició el método de las asociaciones de ideas y recomendaba el empleo de ternura y comprensión en el trato de los enfermos mentales.

Cornelio Agripa (S. XVI), hizo un estudio sistemático de las enfermedades mentales y dió las primeras normas para su curación mediante procedimientos psicoterápicos.

Con Pinel se inicia la Segunda Revolución Psiquiátrica que va a tener por objeto buscar la curación del enfermo por métodos más humanos. Comienza la época humanística de la psiquiatría y se libera a los enfermos encadenados en la Salpêtrière.

Se empiezan a disponer asilos y a separarlos en lugar de mezclarlos con toda clase de indeseables en casas de reclusión o de caridad. Se les protegió contra los malos tratos y la promiscuidad y se establecieron nuevos postulados clínicos.

Con todo, los alienados siguieron siendo considerados como esencialmente peligrosos e incurables. A finales del siglo XIX la psiquiatría sigue siendo descriptiva, poco conectada con la medicina general, casi desprovista de recursos terapéuticos y con un porcentaje mínimo de posibilidades de recuperación. Las únicas medidas terapéuticas adoptadas consistían en simples clasificaciones que se hacían de los enfermos, dividiéndolos en categorías: agitados, tranquilos, laboriosos, etc. y para controlar al enfermo agitado se recurría a las duchas frías, baños prolongados o la camisa de fuerza.

Por ese tiempo se empezó a tratar de darles una ocupación en diversos trabajos. 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 regular.

Pinel quedó asombrado en su primera visita al asilo de Zaragoza, al observar que los enfermos indigentes se curaban en menos tiempo que los enfermos que pagaban su asistencia; la razón era que aquéllos 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 de que el trabajo en sí, constituía un remedio útil.

William Tuke estableció en Inglaterra una institución campestre donde los enfermos mentales vivían y trabajaban en un medio de comprensión y tranquilidad.

Dorotea Dix, contribuyó notablemente en Norteamérica, en el mejoramiento de las condiciones de los enfermos mentales interviniendo en la creación de treinta y dos hospitales mentales, logrando reformas legislativas orientadas hacia la protección del mismo.

Los psiquiatras del siglo pasado se habían dado cuenta del valor de lo que ellos denominaban "tratamiento moral de la locura", que ha dado lugar a las técnicas socioterápicas y ergoterápicas.

Pero el interés por estos métodos sufrió después un largo eclipse, pues el desarrollo de la medicina moderna desvió su atención de los aspectos funcionales de la patología y la terapéutica para fijarse solamente en las lesiones orgánicas y en las enfermedades tóxico-infecciosas. Esa era la situación de la psiquiatría a fines de la Primera Guerra Mundial.

La tercera Revolución Psiquiátrica se inició debido a tres causas principales a saber:

1.—Un movimiento de opinión iniciado diez años antes en América por Clifford Beers, creador de los principios de Higiene Mental. Con ello aparecen los servicios abiertos en psiquiatría.

2.—Surge el movimiento psicoanalítico con la personalidad de Sigmund Freud, que introdujo las nociones de psicopatología dinámica y colocó en lugar prominente a la psicoterapia.

3.—El nacimiento de técnicas biológicas empíricas, pero eficaces, tales como los métodos de shock, que hicieron de la psiquiatría una de las ciencias más eficaces en los métodos de curación del enfermo mental.

Es en la Tercera Revolución Psiquiátrica donde se separa en forma definitiva la Psicología como ciencia independiente de la Psiquiatría.

Aparece un nuevo concepto de inconsciente como instancia psíquica de gran importancia en la vida de los hombres.

Se tiene una nueva concepción del psiquismo como fuerza energética, y nacen así la psicología profunda y la escuela psicodinámica.

CAPITULO II

LA TERAPIA OCUPACIONAL

La Terapia Ocupacional es un nuevo conocimiento dentro del campo de la psicología, hasta hace poco tiempo desconocida y no entendida, aunque tiene gran importancia en cuanto a su potencialidad dentro de la psicoterapia para servir tanto a enfermos mentales como rehabilitados, hospitalizados en general, etc.

La terapia ocupacional se usa como vía curativa en los pacientes mentales, por medio de actividades artísticas (pintura, escultura, música, teatro, etc.), y de trabajo, tratando de lograr una catarsis de sus sentimientos y emociones por ese medio.

Los principios de la terapia ocupacional no son nuevos, ya que las actividades manuales, recreativas, educacionales, se usaron desde hace siglos atrás en el manejo y cuidado de los pacientes, pero su valor fue reconocido a partir de la Primera Guerra Mundial, en que los programas de terapia ocupacional se fueron diversificando en la rehabilitación de los soldados.

Después de la Guerra la empezaron a utilizar algunos hospitales civiles, pocos, debido a las limitaciones económicas, a la falta de personal especializado y al desconocimiento de su valor como procedimiento psicoterapéutico.

La terapia ocupacional tuvo su mayor auge durante la

Segunda Guerra Mundial. Se inicia como profesión en los Estados Unidos de Norteamérica, en donde se empezaron a autorizar y organizar los programas dinámicos de rehabilitación para la Armada y la Marina, más tarde en los hospitales de Veteranos y después fue de suma importancia en gran parte de los hospitales civiles.

Este tipo de terapia en sí, no es un fin, sino un medio auxiliar de la psicoterapia, pues dentro del tratamiento, el enfermo es considerado como persona normal, y se espera que se comporte como tal. Con los trabajos de Terapia Ocupacional se ha comprobado que se acorta el tiempo de convalecencia de un enfermo, ya que en cuanto lo permite su enfermedad se le asigna una actividad u ocupación para que no permanezca ocioso, tomando en cuenta que el enfermo mental es capaz de expresarse y que el estar ocupado le proporciona un medio de distracción.

Podemos hacer una selección de enfermos a quienes se les asignarán diversas actividades de acuerdo con sus capacidades físicas y psíquicas. Sin embargo en la práctica la distribución de los pacientes presenta ciertos problemas. Hay enfermos más sociales que favorecen la comunicación y evitan actitudes de rechazo o de agresividad, pero es perjudicial agrupar a enfermos cuyas identificaciones caracterológicas consoliden las mismas deficiencias o trastornos del comportamiento. Hay que equilibrar al grupo de terapia ocupacional buscando los niveles de tolerancia al trabajo y la sociabilidad.

A los enfermos inquietos, superactivos, se les pone en situaciones que requieran concentración. A pacientes obsesivos compulsivos, actividades que le permitan la repetición, la organización y los afanes perfeccionistas con fines de utilidad y de producción.

A los pacientes depresivos se les asigna actividades con un mínimo de rutina o de monotomía, faenas estimulantes y que le activen, por ejemplo en la cocina del hospital, en el salón de belleza, en el taller de cerámica, etc.

A los pacientes agresivos pueden dárseles trabajos en que expresen o canalicen su hostilidad o agresividad de una manera constructiva. El material de trabajo debe ser resistente en donde pueda hacer uso de movimientos agresivos, por ejemplo trabajos de jardinería, segando la alfalfa, o en el taller de carpintería cepillando o rajando las maderas, o en el taller de zapatería clavando las suelas de zapato, en fin, darles un medio en que además de producir una cosa útil les sirva de catarsis o de canalización de sus tendencias destructivas para un mejor ajuste de su personalidad.

Dentro de las actividades recreativas se pueden organizar juegos deportivos para los hombres tales como partidos de basket-ball, futbol, voliball, ejercicios gimnásticos, etc.

Para las mujeres, clases de danza, en las que además adquieren fineza en sus movimientos y en su coordinación muscular.

En la clase de pintura se les enseña a trabajar la acuarela, el pastel, la pintura de aceite, el dibujo a lápiz, pintura con los dedos etc. y los enfermos aprenden a distinguir los colores, a mezclarlos y aplicarlos debidamente.

En determinado grupo de enfermos, la música tiene un efecto sedante. En pacientes retraídos o catatónicos, se usan los ritmos fuertes (vals, marchas, canciones folklóricas, etc.). En grupos de agitados o inestables, conviene la música suave, melódica, sin vocalización. Dentro de las clases de educación musical se pueden formar pequeñas orquestas con instrumentos de percusión, tales como triángulos, tamborcillos, maracas, xilófonos, etc. También se pueden organizar conjuntos corales en los que participen mayor número de enfermos.

Con un buen director de grupo puede crearse un grupo de teatro que también ofrece posibilidades curativas por su efecto catártico. Además, el sujeto logra mayor seguridad en sí mismo.

Dentro de las labores que se desarrollan en una granja

o un hospital campestre están las referentes al cuidado y la cría de animales como pollos, vacas, becerros, borregos, conejos, puercos etc. Los enfermos participan desde las labores de limpieza hasta en las del uso de las pieles en el taller de talabartería.

El terapeuta debe analizar el grado de creatividad del paciente en todo momento porque esto nos da el índice de recuperación que gradualmente vaya alcanzando un enfermo. Al mismo tiempo hay que seguir un buen tratamiento médico ya que estos dos requisitos nos encauzan al progreso de la salud mental del paciente.

Los atarácicos, tranquilizantes, antialucinógenos o energizantes, forman la moderna farmacopea que administrada convenientemente, ayudará al enfermo a su rápida reincorporación a las labores ocupacionales correspondientes.

En la práctica de la terapia ocupacional hay tres pasos a seguir: Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación o rehabilitación.

DIAGNOSTICO

Someramente podemos decir que el diagnóstico clínico es un término que designa sistemáticamente la amplia categoría general a que pertenecen las reacciones del paciente, tales como la parálisis, la esquizofrenia, la histeria, delirio, etc.

En la categoría de diagnóstico clínico se incluye el diagnóstico de cualquier trastorno físico o incapacidad corporal que puedan ser advertidos por el clínico, especificando si el enfermo necesitará al mismo tiempo determinado tratamiento somático y los medicamentos que deberán de administrársele.

El diagnóstico debe basarse en investigaciones tanto somáticas como psicológicas, ya que de esa manera se orientará mejor el tratamiento. En general es más conveniente que los estudios físicos, exámenes de laboratorio etc. se hagan antes de comenzar el tratamiento o durante el período de exploración.

Al terapeuta ocupacional, le será dado de antemano dicho diagnóstico, para que de acuerdo con el clínico se le designen al enfermo las actividades que pueda realizar y su propio tratamiento específico.

Dentro de la terapia ocupacional se utiliza una batería de tests que ayuda al diagnóstico clínico psiquiátrico elaborada por el doctor H. Azima, que sirve para determinar el tipo de terapia ocupacional apropiada a cada paciente.

TRATAMIENTO

La terapia ocupacional es un auxiliar de la psicoterapia, considerando a ésta como un proceso educativo o reeducativo entre dos o más personas, en un tiempo y lugar específicos, con metas específicas.

Una vez que el enfermo ha tenido varias sesiones con el clínico, éste de acuerdo con la terapeuta ocupacional, podrá planear las técnicas específicas del tratamiento a seguir y los procedimientos que serán utilizados.

El tratamiento varía según la enfermedad del paciente de acuerdo con sus capacidades físicas y su grado de capacidad intelectual.

Entre paciente y terapeuta debe haber una relación afectuosa que provoque la comunicación que es la base de un buen tratamiento, porque además estimula la introspección del enfermo. La comunicación debe ser idealmente continua y sistemática. Puede ser estructurada (verbal o escrita), o inestructurada, este tipo de comunicación pueda ser muy útil y ofrece resultados rápidos, por ejemplo un diario del enfermo, una conversación telefónica, comentarios a la hora de la comida, o en el cuarto de trabajo, etc. Ello nos dará detalles informativos acerca de los gustos, aficiones, hostilidades, o progresos del paciente.

El terapeuta deberá conocer objetos o pertenencias que tengan un significado simbólico para el enfermo, pues muchas veces establece ligas afectivas con algunos objetos inanimados a los que conecta o asocia su problemática inconsciente. Todo esto nos ayudará a facilitar la comunicación.

El material inconsciente a menudo es comunicado con significados no verbales y los mecanismos defensivos deberán romperse gradualmente.

En ocasiones el paciente no se comunica verbalmente con su terapeuta, pero por medio de sus actitudes deja ver muchos de sus procesos mentales. Hay personas que no siem-

pre pueden expresar con palabras sus verdaderos sentimientos y el terapeuta será quien le ayude a expresarse más claramente. El saberse comprendido por alguien o sentir que puede compartir su sufrimiento con otra persona que se interesa por él, ayuda muchísimo al enfermo y le da sentimientos nuevos de autoseguridad. El terapeuta deberá responder con una actitud adecuada a los mecanismos defensivos del enfermo, que no sea la de un juez sino la de una persona tolerante y comprensiva. Sin embargo un tratamiento demasiado tierno y cariñoso no siempre es recomendable en todos los casos, ya que algunos requieren de cierta firmeza, decisión o autoridad racional para mejorar en su problema.

El tratamiento lo dividiremos en dos grandes partes:

- 1.—Psicoterapia de apoyo.
- 2.—Psicoterapia dinámica.

En ambos casos se tratará de ejercer sobre el enfermo una influencia capaz de estimularle reacciones conducentes a su salud mental.

PSICOTERAPIA DE APOYO.—Esta terapia de soporte emplea la conducción firme, afectiva y amistosa del paciente, como un componente del apoyo y reafirmación que éste necesita. Fomenta el desarrollo de sus aficiones y le ayuda a sobrellevar la hospitalización, proporcionándole un período de dependencia necesaria, de guía y consejo para sus decisiones prácticas.

La terapia de apoyo utiliza las técnicas que harán que el paciente se sienta más seguro, aceptado, protegido, menos angustiado y menos sólo. Puede hacerse individual o grupal aunque sus metas se limitan a un período transitorio durante la enfermedad del paciente. Con ésto se vigorizan las defensas y capacidades integradoras que se hallan temporalmente debilitadas por la enfermedad.

Con la expresión verbal que el paciente nos haga de su

problema se aliviará en algo su tensión emocional. El terapeuta sin embargo debe tener en cuenta el peligro de crear una dependencia inadecuada y tratará que el enfermo reasuma su propia iniciativa.

Es evidente que el tratamiento tendrá mayores posibilidades de éxito si el mecanismo de contratransferencia es mínimo y no perturba. De este modo, los errores de diagnóstico y de terapéutica podrán reducirse y el paciente irá ajustándose mejor al trabajo que se le haya asignado.

PSICOTERAPIA DINAMICA.—El terapeuta ocupacional podrá usar los procedimientos siguientes tanto en el cuarto de trabajo, como en las labores recreativas o de juego:

A.—Psicoterapia indirecta.—En este tipo de terapia se emplean procedimientos que influyen indirectamente en el paciente al producir un efecto directo sobre lo que le rodea.

Esto lo han estado poniendo en práctica casi todos los hospitales psiquiátricos principalmente en las granjas para enfermos mentales tanto de agudos como de enfermos con probabilidades de recuperación, haciendo que el medio ambiente que los rodea sea un factor que influya beneficiosamente sobre las presiones externas que sufra el enfermo. La apariencia del hospital debe ser agradable y la vigilancia debe hacerse de un modo discreto.

Otra manera de aplicar este tipo de psicoterapia es influyendo directamente sobre los familiares para que a su vez ellos cooperen en la rehabilitación del paciente.

B.—Psicoterapia directa.—Se procede a influir directamente sobre el enfermo, puede usarse la psicoterapia de supresión, la cual emplea técnicas tales como la firmeza, la ignorancia de síntomas y quejas, los placebos, la sugestión y la persuasión. El terapeuta actúa como un dictador, como un auxiliar de las fuerzas de represión, como un padre autoritario que espera ser obedecido. Tal aproximación tiene en parte a la supresión o represión del material incons-

ciente que amenaza irrumpir, y a reforzar las defensas habituales. Con ésto se intenta contrarestar los beneficios secundarios en la enfermedad neurótica, tales como atraer la atención y la simpatía o emplear síntomas para controlar el ambiente.

C.—Psicoterapia expresiva.—La psicoterapia expresiva más superficial es una franca discusión de problemas personales, impulsos, situaciones vitales y conflictos que son completamente conscientes para el paciente pero que ordinariamente no discutiría con otros. El paciente comenta sus problemas familiares, sus dudas, sus angustias conscientes, sus sentimientos de culpa, su vida pasada, etc. Dichas discusiones requieren por supuesto de una buena actitud terapéutica por parte del terapeuta, quien encauzará los efectos constructivos esperados de una terapia de relación. Se intentará explicar al enfermo sus problemas conscientes y la conexión de sus sentimientos con sus síntomas que hasta entonces el enfermo no había sido capaz de observar por sí mismo. Con ello se logrará que el paciente disminuya su angustia y adquiera un grado mayor de objetividad.

Por otra parte, la verbalización de sus preocupaciones puede tener cierto efecto terapéutico ya que sus problemas se presentan más precisos al ser explicados por el terapeuta.

D.—Psicoterapia en relación.—Se presenta en la relación terapeuta-paciente. El contacto y la relación interpersonal se suscitan durante las series de entrevistas en las cuales el terapeuta deberá tomar en cuenta la personalidad del paciente, sus emociones, sus conflictos, y tratándose de su terapia ocupacional, su cooperación para el trabajo voluntario. Una interacción dinámica con el enfermo, le servirá a éste de apoyo emocional y de satisfacción en algunas de sus necesidades de aceptación.

Durante esta relación se comentan los problemas de la vida pasada y presente del sujeto y se tratará de contrarrestar sus frustraciones, sus sentimientos de culpa y su angus-

tia. Una actitud paternal o maternal de parte del terapeuta alienta al paciente a contar su problemática lo cual nos va dando ciertas pautas terapéuticas a seguir. Sin embargo, debe evitarse tomar una actitud de protección ilimitada porque se corre el riesgo de infantilizar al paciente. En ocasiones el terapeuta actuará con firmeza, con realismo, señalando errores sin hostilizar, ayudando a decidir sin disminuir los sentimientos de independencia del enfermo, aumentando sus sentimientos de seguridad en sí mismo, su capacidad integradora, y suprimiendo sus defensas menos sanas.

Una terapia de relación en sí, es apta para muchas variedades de enfermedades psicógenas; en especial cuando el enfermo muestre demasiada resistencia a aceptar una actividad, a iniciar una psicoterapia expresiva, o cuando es considerado demasiado enfermo para este tipo de tratamiento.

HABILITACION O REHABILITACION

Consiste en el período de tiempo que se le designa a cada paciente para ser habilitado o rehabilitado en diversos tipos de actividades o trabajos específicos para que éste pueda readaptarse a su medio social.

Una evaluación prevocacional puede ayudar a encontrar la potencialidad del sujeto, el entrenamiento que pueda recibir, o el trabajo que se le podrá enseñar. En la evaluación prevocacional pueden usarse tests mentales ya que las observaciones pueden ser estandarizadas. Se toma en cuenta el trabajo anterior del enfermo y sus capacidades físicas, mentales y manuales.

A continuación anoto los siguientes puntos que sirven de base para iniciar una evaluación prevocacional:

A.—Información general:

- 1.—Ocupación anterior.
- 2.—Cociente intelectual.
- 3.—Edad.
- 4.—Objetivos.
- 5.—Número de horas diarias de trabajo.

B.—Aptitudes:

- 1.—Destreza manual (fina o gruesa).
- 2.—Velocidad de movimiento, (cualidad, eficiencia).

- 3.—Limitaciones físicas que presente.
- 4.—Habilidad para usar herramienta.
- 5.—Talento para actividades específicas.
- 6.—Eficiencia en el trabajo.
- 7.—Originalidad, iniciativa.

C.—Intereses:

- 1.—Le gusta trabajar con las manos?
- 2.—Actividades específicas.
- 3.—Tiempo de resistencia para el trabajo.
- 4.—Motivación.
- 5.—Puntualidad para sus actividades.
- 6.—Buen comportamiento en el período de trabajo.
- 7.—Obtención de satisfacciones en su actividad.

D.—Actividades sociales:

- 1.—Separado o mezclado con gentes.
- 2.—Cooperativo-negativo.
- 3.—Asistencia con limpieza.
- 4.—Simpatiza con otros pacientes?
- 5.—Se espera su constancia?
- 6.—Delator de culpas o culpables.
- 7.—Si tiene consideraciones para otros enfermos.

E.—Características personales:

- 1.—Pulcritud y limpieza.
- 2.—Limpieza en su área de trabajo.
- 3.—Si acepta sugerencias.
- 4.—Si toma con orgullo su trabajo.
- 5.—Si sigue las precauciones de seguridad.

F.—Habilidad de aprendizaje:

- 1.—Puede seguir instrucciones verbales?
- 2.—Entender y seguir instrucciones escritas?
- 3.—Requiere demostración también?

- 4.—Retención de las instrucciones.
- 5.—Capaz de resolver problemas simples.
- 6.—Flexible capaz de adaptarse fácilmente.
- 7.—Beneficio de sus experiencias.
- 8.—Concentración. Alerta, vigilante.
- 9.—Razonamientos mecánicos.
- 10.—Grado de mejoramiento por su tratamiento.

→El paciente puede trabajar sólo o en grupos, pero siempre se buscará que se mantengan ocupados, a gusto, entretenidos para evitarles el ocio y el aburrimiento.

El departamento de terapia ocupacional tratará de obtener un aumento de tolerancia al trabajo, un mayor grado de socialización y la adquisición de nuevas habilidades. Al terapeuta le corresponde descubrir el grado de creatividad del paciente, observar sus reacciones, observar si busca y coopera con el grupo o si tiende a aislarse, si tiene tendencias destructivas, agresivas, compulsivas, competitivas, etc.

Durante el tiempo de la rehabilitación se busca el máximo de ajuste del enfermo porque con las actividades aprendidas en el hospital, éste retorna a su hogar ya no como una carga inútil sino apto para desempeñar oficios que a su vez le proporcionan una mayor seguridad en sí mismo y le hacen sentirse una persona productiva dentro del seno familiar.

En el hospital se enseña a los pacientes a observar su aseo personal porque una buena apariencia les hace sentirse mejor. Las mujeres por ejemplo estarán bien peinadas, los hombres bien afeitados, en fin, hábitos de higiene que le servirán en su futuro próximo.

Cuando por su nivel de rehabilitación alcanzado se considera que un enfermo está en posibilidad de regresar a su hogar ya habrá mejorado en el adiestramiento de sus habilidades y destrezas, en su trato social y en el desarrollo de su propia iniciativa.

La familia deberá cooperar aceptándolo, respetando su personalidad y considerándolo una persona con sentimientos, capaz de realizar un trabajo, de ayudar en las labores cotidianas, etc. y además participar con el terapeuta ocupacional en la rehabilitación del enfermo, dándole afecto, confianza y animándole en su hogar a proseguir con los hábitos y habilidades en que se le adiestró en la Institución.

El paciente rehabilitado habrá aprendido a tolerar la rutina diaria del trabajo, y tendrá un buen entrenamiento para aceptar responsabilidades en las labores que desempeña.

En la educación o reeducación del enfermo mental juega un papel muy importante la enseñanza de habilidades de tipo mecánico o artístico, pues todo aquello que aprende a realizar con las manos tiene un gran valor formativo y creador, que además de producirle satisfacción contribuye al desarrollo de su iniciativa y aumenta su capacidad de concentración.

En el cuarto de trabajo ocupacional se debe crear una atmósfera de libertad y comprensión. Un ambiente de seguridad es indispensable en todo proceso de aprendizaje. Hay que procurar que trabajen a puertas abiertas, aceptar las obras espontáneas y estimular verbalmente la actividad del enfermo o del grupo.

El valor de un grupo depende del espíritu de cooperación que lo anime, cosa que puede ser favorecida por su líder o jefe de grupo. Además, tratándose de trabajos de equipo éste debe ser lo suficientemente numeroso para responder a las necesidades, pero lo bastante reducido para conservar su homogeneidad y cohesión.

El trabajo del enfermo mental, su obra, es como un puente entre su consciente y su inconsciente. Por ello el terapeuta deberá tener conocimientos suficientes de psicodinámica para poder planear y designar adecuadamente el programa de trabajo de cada enfermo o grupos de enfermos.

El proyecto para la remuneración del enfermo mental dentro de las instituciones psiquiátricas, es a mi parecer muy novedoso y puede ser utilizado tanto para el beneficio mental del sujeto como para su mejor rehabilitación en algún trabajo.

En algunos hospitales psiquiátricos de E.E.U.U. hacen intentos por enfocar en forma específica el uso del trabajo del paciente psiquiátrico hospitalizado, hecho que rompe con las bases tradicionales, y que consiste en el uso de la economía que surge del trabajo del paciente dentro de la Institución.

Este proyecto se conoce con varios nombres, por ejemplo: Proyectos de trabajos compensados, subcontrato de trabajo, trabajo de apoyo, etc.

En Inglaterra y otros países europeos se ha dado mucho impulso a los proyectos de trabajo dentro del hospital mental. En América apenas comenzamos, y lo conocemos como trabajo industrial. En Alemania, por ejemplo se considera al enfermo mental como un trabajador y si su grado de enfermedad se lo permite, se emplea en alguna factoría donde desempeñe trabajos simples que se le remuneran y le sirven de sostén económico.

Dentro de los hospitales que cuentan con enfermos de estancia prolongada y se puso en práctica este método, se criticó muchísimo porque los familiares de los pacientes consideraban que se les estaba explotando en beneficio de la Institución. En años recientes, sin embargo, muchos hospitales han introducido nuevos procedimientos tales como: Análisis de trabajo, niveles graduados de trabajo, terapia para entrenar al paciente al trabajo industrial, etc.

Los resultados han sido que el paciente se siente mejor y más útil dentro de su comunidad y además obtiene alguna compensación económica que le da mayor seguridad en sí mismo.

En las labores de cocina, lavandería, jardinería, etc. el paciente rehabilitado puede contribuir con bastante eficacia.

El terapeuta ocupacional reporta periódicamente el progreso del paciente y si se están obteniendo o no los resultados que se esperan en la terapia ocupacional. Podemos basar nuestro reporte en el siguiente plan:

A.—Información general:

- 1.—Nombre del enfermo.
- 2.—Fecha de admisión al grupo de Terapia Ocupacional.
- 3.—Área o grupo de T. O. que se le asignó.

B.—Conducta del paciente:

- 1.—Apariencia general.
- 2.—Expresiones faciales.
- 3.—Expresiones verbales.
- 4.—Datos físicos.
- 5.—Reacción al terapeuta.
- 6.—Reacción a sus compañeros.
- 7.—Participación social.

C.—Procesos del paciente en la Terapia Ocupacional.

- 1.—Actividad designada y por qué se le asignó.
- 2.—Reacciones del paciente hacia su programa de trabajo:
 - a) Interés o iniciativa demostrada o expresada.
 - b) Satisfacciones obtenidas.
 - c) Verbalización.
 - d) Ejecución de su trabajo en general.
 - e) Participación social.
 - f) Cantidad de instrucción o supervisión que necesita.
 - g) Creatividad demostrada.
 - h) Sus confidencias.
 - i) Comprobar si cumple con el trabajo.
 - j) Si tiene conducta impropia.
 - k) Si reduce su sintomatología.

Además se reporta si el paciente deberá ser transferi-

do a otra área de trabajo, y por qué, y las observaciones si hay cambios de conducta debidas a descargas emocionales, por la terminación de la terapia, o porque el paciente sea transferido a otra área ocupacional.

RESPONSABILIDADES PROFESIONALES DEL TERAPISTA OCUPACIONAL.

1.—El terapeuta ocupacional es responsable del paciente, cuyo bienestar debe ser su primer objetivo. Deberá respetar la información confidencial y mantener un interés constante en el paciente.

2.—Con el médico psiquiatra también es responsable, de tal manera que las prescripciones que aquél ordene para el paciente tendrá que respetarlas el terapeuta. Cualquier cambio en el tratamiento deberá consultárselo previamente. Las confidencias del paciente también deberá comentarlas para que el psiquiatra las emplee en el mejor tratamiento del enfermo.

3.—El terapeuta ocupacional tiene responsabilidades con la Institución en que esta empleado, aceptando las reglas de la administración, la puntualidad, y observando en general una buena conducta.

4.—Dentro de su trabajo específicamente, debe promover las metas y funciones de la terapia ocupacional y mantener buenas relaciones públicas. Respetar a sus colaboradores y evitar las críticas destructivas delante de los pacientes. Mantener en buen estado el equipo y accesorios de los talleres de terapia.

5.—Es responsable con su profesión y con su organización profesional. Debe considerarse como un miembro que contribuye a la rehabilitación del enfermo mental, y que por lo tanto siempre debe estudiar, investigar y servir a su profesión. Esforzarse por superar los métodos y mejorar las técnicas de la terapia ocupacional.

CAPITULO III

MECANISMOS DE ADAPTACION COMO UTILES DE TRABAJO DEL TERAPISTA

Dado que el título de este trabajo lo presenta como un estudio psicológico de la terapia ocupacional, me referiré a los mecanismos adaptativos que generalmente se presentan en los pacientes que se inician en una situación de trabajo dentro de una institución psiquiátrica. Estos mecanismos vienen a constituir los útiles de trabajo del terapeuta ocupacional porque los procesos psicicos adaptativos siempre los estarán poniendo en juego, y será el terapeuta quien conociendo y manejando acertadamente los mecanismos de defensa propios de cada enfermo, pueda determinar la conducta que deberá seguirse durante el tratamiento.

Toda reorganización de la personalidad entraña un proceso regresivo previo, un retorno a etapas indiferenciadas antes de volver de nuevo a una autonomía personal. La adquisición de modos de comportamiento adaptados, exige una atmósfera de seguridad emocional que debe ser transitoria mientras que el sujeto no haya asegurado por sí mismo su propia estabilidad emocional.

La readaptación a la vida social y profesional tal como trata de hacerse a través de la terapia ocupacional, se inicia por una relación transferencial entre terapeuta y paciente. Esta actitud lleva al enfermo a una regresión funcional, pero la curación se efectúa cuando el sujeto recupera

tonomía y resuelve la transferencia. Por ésto llama Fidler acertadamente a la terapia ocupacional "un laboratorio viviente".

Tomando en cuenta que el centro de la organización psicológica de la personalidad es el yo, y que es ahí donde se reciben los impactos del medio ambiente, analizaremos ésto brevemente a fin de comprender mejor la dinámica de los fenómenos psíquicos, que con su interacción constante, nos dan como resultado la conducta humana.

El yo es la organización coherente de los procesos mentales del individuo. Procede selectivamente tanto en su función de recepción de las percepciones como en la de permitir que los impulsos alcancen motilidad, es decir, domina el acceso a la motilidad permitiendo o no la descarga de excitaciones al mundo externo. El yo tiene la facultad de observar seleccionar, y organizar los estímulos y los impulsos, controlando las tendencias instintivas de ello y sabe si les concede o no su satisfacción en forma de actos. Por lo anterior, el yo obedece al principio de la realidad.

Siguiendo con esta explicación topográfica de la personalidad, cuyo creador fue Sigmund Freud, tenemos otra instancia psíquica que es el ello, el cual, en contraposición del yo obedece al principio del placer. Aquí encontramos la suma de fuerzas y tendencias instintivas primitivas que piden su satisfacción inmediata. La energía del ello se deriva de los deseos instintivos y emocionales, incluyendo los agresivos y los sexuales. En un principio sólo existen las pulsiones del ello pero al irse poniendo en contacto con el mundo exterior, con la realidad, se va formando el yo, el cual tiene por lo tanto una buena parte inconsciente y otra consciente.

Más tarde, con la introyección de las figuras paternas, con las prohibiciones del mundo externo del tipo ético, religioso, de normas y de costumbres culturales, se forma el super-yo, también llamado conciencia moral. El super-yo juzga y censura desde el punto de vista de las exigencias

sociales, crítica y frena impulsos socialmente reprobables. Obedece a un tipo de moralidad no consciente.

De tal manera que el yo tiene una tarea difícil de realizar: Por una parte satisfacer las exigencias del ello, respetar al mismo tiempo las exigencias del mundo externo y satisfacer sus propias necesidades conforme al principio de la realidad, y además, hacer frente a las críticas del super-yo.

Cuando estas tres instancias psíquicas trabajan armoniosamente el sujeto tiene un equilibrio mental que le permite adaptarse al medio ambiente. Para conservar este equilibrio, el yo pone en juego mecanismos defensivos para reducir el choque con la realidad. Normalmente todos nosotros usamos mecanismos de defensa que nos son útiles en determinado momento, pero cuando los conflictos internos provocan ansiedad y no pueden resolver su conflictiva, los mecanismos resultan insuficientes o se exageran y sobreviene un desequilibrio de la personalidad.

Cuando estos mecanismos se aumentan, si no logran su objeto o si lo sobrepasan, se presenta la formación de síntomas morbosos, reduciendo el campo consciente del individuo y procurándole una imagen distorsionada de sí mismo, del mundo que lo rodea, y le impiden actuar adecuadamente.

Una pérdida repentina sobre el control de una situación, externa o interna, causa daño duradero a la capacidad de adaptación de una persona.

Cuando los problemas internos de un individuo le provocan angustia éste pone en juego sus propios mecanismos defensivos. El grado cómo los utilice nos harán comprender si su conducta es normal, neurótica o psicótica.

REPRESION.—Freud lo define como el proceso que relega a lo inconsciente aquéllo que angustia pero que no quita a lo reprimido su fuerza dinámica. Por este mecanismo, uno de los más comunes, excluimos del campo conscien-

te los impulsos, tendencias y contenidos psicológicos que son incompatibles con otras tendencias o inaceptables para la moralidad de la persona que al hacerlos conscientes, le provocarían angustia culpabilidad o vergüenza.

Cuando un impulso se reprime, no desaparece, sino que pugna por salir al consciente, a su expresión, y su paso se lo impide la resistencia que emplea fuerzas poderosas que se oponen para que estos contenidos pasen al campo consciente del individuo.

La represión propiamente dicha, es el mecanismo principal de la histeria. Expresa una actitud en la cual la cosa censurable es tratada como si no existiera.

RESISTENCIA.—Freud denominó resistencia a la serie de bloqueos, turbaciones, silencios, olvidos, etc. mostrados por los pacientes. Como antes dije, la resistencia es un mecanismo ligado a la represión. Actúa como una fuerza poderosa que impide el paso a ciertos deseos inconscientes que pretenden salir a la conciencia. Analizando las resistencias de un paciente e interpretándoselas a su debido tiempo, pueden esclarecerle por qué las utiliza.

RACIONALIZACION.—Por este mecanismo el sujeto se convence razonado consigo mismo, de los motivos que tuvo para actuar de una manera determinada, o para explicarse frustraciones provenientes del mundo externo. En ambos casos, al darse la razón elimina la angustia. “el racionalizador suele defenderse con gran vehemencia cuando los motivos de su conducta son puestos en duda por los demás” (Ramón de la Fuente). Por medio de este mecanismo nos damos explicaciones racionales e intelectuales de nuestra conducta, que en realidad ha sido motivada por procesos inconscientes.

PROYECCION.—La proyección consiste en atribuir a otras personas lo que el individuo experimenta. Es el mecanismo esencial de las ideas delirantes de persecución, en los paranoicos.

Los impulsos indeseables son reprimidos y pasan al

inconsciente en donde se transforman las cualidades o los motivos que uno no puede o no quiere aceptar como propios y se proyectan en otras personas. Impide que un individuo se vea tal cual es y de este modo elimina su angustia.

IDENTIFICACION E INTROYECCION.—Viene a ser lo inverso de la proyección, o sea una interiorización. Por el mecanismo de la identificación, no rechazamos o negamos algunas cualidades o deseos de nuestra personalidad atribuyéndola a otros, sino que nos apropiamos o absorberemos las cualidades o características de otras personas.

El super-yo se forma por el mecanismo de la introyección. Se introyectan las figuras paternas, las costumbres y las prohibiciones de la sociedad.

NEGACION.—Por medio de este mecanismo se niegan especialmente las percepciones internas o ideas intolerables que el sujeto no quiere hacer consciente. Las experiencias o los recuerdos dolorosos del sujeto son negados y se reprimen.

REGRESION.—Es el retroceso a etapas anteriores al desarrollo se presenta sobre todo cuando los problemas presentes son peligrosos y el medio ambiente resulta hostil. El sujeto se refugia en un nivel inferior de integración, puede perder algunos adelantos ya logrados y vuelve a etapas de fijación anteriores que le proporcionaban placer y seguridad. La regresión tiene como fin la adaptación.

Dentro del terreno de la terapia ocupacional, se trata de reducir al mínimo la regresión y prevenir el deterioro físico que pueda resultar de la inactividad o de las actividades monótonas. Podemos observar estos mecanismos en enfermos esquizofrénicos.

ANULACION.—Consiste en hacer lo contrario de lo que se hizo anteriormente para anular su significado. Este mecanismo se presenta principalmente en las neurosis obsesivo-compulsivas. El enfermo que la padece se ve compelido a ejecutar rituales compulsivos que se repiten y que están vinculados a una satisfacción o reparación simbólica de

hechos. Por la anulación se trata de desaparecer la angustia y los sentimientos de culpa.

FORMACION REACTIVA.—Aquí se adopta una actitud opuesta a la original. Es un tipo de represión en la cual se obtiene una modificación definitiva de la personalidad. Es una máscara o disfraz inconsciente. Por ejemplo los sentimientos de repulsión u hostilidad se cambian por expresiones efusivas de gratitud. A menudo los rasgos de carácter muy estrictos, son formas reactivas contra las tendencias, anhelos o deseos prohibidos; (vienen a ser el reverso de la medalla).

SIMBOLIZACION.—El símbolo puede representar una experiencia mental muy cargada de significado. Un objeto o una idea nos presentan otra idea u otro objeto. Hay un desplazamiento de la carga emocionalmente activa, y el material reprimido puede expresarse como simbolismo. Este mecanismo de defensa se observa en enfermos esquizofrénicos, cuyo pensamiento es simbólico y con una regresión a la etapa prelógica.

SUBLIMACION.—A veces la represión se canaliza parcialmente, y así, los impulsos reprimidos salen disfrazados en forma de síntomas, o bien esa energía es transformada y dirigida a metas socialmente aceptables y favorables. Esto se conoce como sublimación. Consiste en la modificación de una tendencia inaceptable por otras socialmente valiosas. Esta es la única defensa exitosa que alivia la tensión emocional original proporcionando al individuo satisfacciones aceptadas por la sociedad y la moral.

CAPITULO IV

LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS Y LAS GRANJAS PARA ENFERMOS MENTALES EN MEXICO

Para llegar a nuestra actual situación respecto de los hospitales psiquiátricos, haremos una breve historia del curso que tomó esta realización en México.

Durante la época de la Colonia, en el siglo XVI, el día 2 de Noviembre de 1556, fue fundado el Hospital de Sn. Hipólito para alojar a enfermos mentales gracias a los esfuerzos del capitán español Bernardino Alvarez. Dicha institución fue la primera en México y la primera en América, destinada al cuidado de este tipo de enfermos.

Más tarde, varios eclesiásticos se unieron a la labor de Bernardino Alvarez y constituyeron la Congregación de los Hermanos de la Caridad y posteriormente la de los Hipólitos, quienes por mucho tiempo se encargaron de atender a los enfermos de ese hospital.

José Sáyo, humilde y humanitario carpintero, un siglo más tarde (1690), se dio a la labor de alojar en su propio hogar a enfermas dementes, y ayudado después por el arzobispo de México Aguilar y Seijas, se instaló un pequeño manicomio de 60 mujeres en una casa frente a la Iglesia de Sn. Pedro y Sn. Pablo, hasta que en el año 1700 la Congregación del Divino Salvador, compró la casa de la calle de la Canoa, para albergar a enfermas dementes. Se conocía con el nombre de Hospital de la Canoa.

En el siglo XVIII, México sigue siendo de los primeros países de América que cuenta con hospitales psiquiátricos. Le siguieron el de Williamsburg en Virginia, y el de Quito, en Ecuador.

Después del período de Independencia, los hospitales de Sn. Hipólito y de la Canoa continuaban funcionando, hasta que más adelante se inauguran en Guadalajara dos establecimientos psiquiátricos, uno para hombres, otro para mujeres, y en Monterrey N. L. se funda el Hospital Civil dentro del cual se organiza un departamento para enfermos mentales.

El día 10. de Septiembre de 1910, el entonces presidente de México, General Porfirio Díaz, inaugura el Manicomio General, construido en los antiguos terrenos de la Castañeda, para un cupo de enfermos que se calculó no pasarían de 800 a 1000. La construcción incluía pabellones aislados, y de acuerdo con la época fue creada para proteger a la sociedad del enfermo mental manteniéndolo a éste separado de aquella. En el Manicomio se recibía a enfermos tanto del D. F. como de provincia, y siempre atendió a las necesidades de las clases más débiles económicamente.

Pero como el número de ingresos iba sobrepasando en mucho el límite de capacidad de enfermos calculados originalmente, se hizo necesario crear nuevas instituciones que además adoptaran las nuevas concepciones hospitalarias y terapéuticas psiquiátricas.

En el año de 1944, se fundó la primera granja de recuperación para enfermos mentales en Sn. Pedro del Monte, en León, Gto. en donde se modifica totalmente el sistema de tipo carcelario usado en el Manicomio para dar paso a un hospital abierto, sin candados, rejas o control coercitivo, con nuevas ideas y técnicas dentro de las cuales se da especial importancia a la terapia ocupacional, por la que se trata de adaptar al individuo a la convivencia social pacífica, a la responsabilidad personal, al aprendizaje de nuevas destrezas de tipo manual y a la adquisición de hábitos de trabajo.

La Sría. de Salubridad y Asistencia Pública, viendo el éxito obtenido por este tipo de hospital-granja, fue creando y poniendo en marcha nuevas instituciones que resolvieran la asistencia psiquiátrica en México.

En 1960, se inauguró el hospital-granja Bernardino Alvarez, en Tlalpan, D. F. Más tarde, en 1961, se inauguró en Zoquiápan Edo. de México, el hospital-granja "La Salud" para hombres, primero de una serie de nuevas y funcionales construcciones, con procedimientos terapéuticos bien definidos para formar una comunidad en la que el enfermo se desenvuelve en condiciones similares a las que puede vivir fuera de la institución.

Más tarde se inauguró el hospital-granja José Sáyago, en Tepexpan Edo. de México, exclusivamente para mujeres. La construcción en general es armoniosa y funcional. Su aspecto da la impresión de limpieza y libertad. Cuenta con un amplio y bien equipado departamento de terapia ocupacional y recreativa, en donde las enfermas tienen clases de dibujo, pintura, salón de belleza, tejidos, etc. En el auditorio se imparten las clases de danza o teatro.

Siguieron el hospital-granja "Villahermosa" en Villahermosa, Tab., el "Cruz del Sur" en Oaxaca, el "Cruz del Norte" en Hermosillo, Sonora, el "Rafael Serrano" en el Batán, Pue. el "Dr. Samuel Ramírez Moreno" en Tláhuac, D. F. etc.

En Guadalajara y Morelia se crearon establecimientos similares por parte de sus respectivas entidades federativas, y en el D. F. en 1964 se terminó en Tlalpan el Instituto Nacional de Neurología, para enfermedades nerviosas e investigaciones cerebrales, que cuenta con modernos recursos para la atención de enfermos agudos, neurológicos, neuroquirúrgicos y neuropsiquiátricos.

La organización de los hospitales psiquiátricos, tiene el propósito fundamental de lograr la incorporación del paciente rehabilitado a su familia y a la sociedad en las condiciones óptimas que los actuales recursos lo permitan

ciendo el tiempo de hospitalización del paciente al mínimo que requiera para su tratamiento y rehabilitación.

El equipo básico de trabajo en todos estos lugares está integrado por : psiquiatra, psicólogo, trabajador social, enfermera y terapeuta ocupacional.

En el presente año, el día 9 de Mayo se puso en servicio el moderno hospital Fray Bernardino Alvarez, en Tlalpan, que es el centro de todas las unidades especializadas. Se ha comprobado que con una estancia promedio de 8 semanas, los pacientes agudos que recibe este hospital podrán continuar su atención en el hospital de día (van a dormir a sus hogares y regresan por la mañana), o en la consulta externa. Si su enfermedad requiere un internamiento más prolongado, los pacientes son enviados a hospitales campestres.

A los familiares se les educa también, para persuadirlos de que una vez rehabilitados, acepten a los enfermos en sus respectivos hogares.

Se pretende que en los hospitales granjas todos los elementos, desde geográficos hasta humanos, tiendan a restaurar la salud. En un ambiente sencillo y tranquilo, el paciente puede adaptarse a la vida en comunidad en donde colabore y comparta responsabilidades. No sólo se aísla al enfermo, sino que en realidad se le alienta y anima en actividades positivas y constructivas que entrenen y reeduchen su vida.

En la fase intrahospitalaria se sigue un tratamiento médico, psicoterapia individual o de grupo y terapia laboral o recreativa. Hay pacientes que por su cociente intelectual y sus conocimientos, se ocupan para tareas importantes importantes dentro de la institución, y se le considera un trabajador normal. Tengo conocimiento de un médico por ej. que ayuda a recetar y curar a los enfermos de una granja, de un ingeniero que planea pequeñas construcciones dentro de otra institución, de un pianista que ayudaba en las clases de canto, etc.

Los hospitales granjas se establecen en zonas suburbanas

o en límites de zonas urbanas y el servicio médico se extiende a una buena parte de esa población, no sólo es la especialidad psiquiátrica.

Se espera que en tiempo máximo de 8 meses, el enfermo se encuentre rehabilitado, pero si el enfermo es crónico o no se recupera, se le envía a los albergues en los que además de la terapia medicamentosa, se les enseñan labores más gruesas que puedan desempeñar.

En el D. F. se cuenta además con el Hospital Psiquiátrico Infantil, con escuelas para retrasados mentales, otra para adolescentes oligofrénicos capaces de habilitarse en actividades manuales, etc.

Dentro del Centro Médico del Seguro Social, existe el Departamento de Psiquiatría, en donde se reduce la hospitalización a 6 ú 8 semanas como máximo, o el paciente se remite otros centros de salud. Igualmente el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado (ISSSTE), sigue el mismo sistema. Y por último existen clínicas y sanatorios particulares como el Dr. Rafael Lavista, la Floresta, el Sn. Rafael, el Dr. Manuel Falcón, etc., que cuentan con talleres de terapia ocupacional y actividades recreativas.

Además, algunos Estados de la República, cuentan con sus respectivos hospitales psiquiátricos, tanto públicos como privados.

Una vez que un paciente se considera rehabilitado y puede volver a su hogar, se le sigue su tratamiento médico y una trabajadora social se encarga de visitarlo periódicamente para comprobar que éste continúa desenvolviéndose satisfactoriamente.

En México, siendo aprobado por el presidente Gustavo Díaz Ordaz, el Ministro de Salubridad, Dr. Rafael Moreno Valle, ordenó la demolición del Manicomio, por ser insufi-

ciente y con un sobrecupo muy grande de enfermos hospitalizados. Dichos pacientes pasaron respectivamente al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, a las granjas, a los hospitales campestres, o a los albergues, según lo requiera el caso.

Esto ha sido un paso gigantesco que el gobierno de México ha dado, para resolver el problema asistencial psiquiátrico.

CONCLUSIONES FINALES

En México se trabaja y progresa al ritmo de la época en lo que se refiere a los problemas de salud mental, tanto en las técnicas terapéuticas como en la construcción de nuevas instituciones asistenciales psiquiátricas.

La carrera de psicólogo se hace cada vez más indispensable dentro de muchas ramas profesionales, siendo definitivamente importante dentro del campo de los establecimientos tipo granjas y hospitales campestres.

Los métodos de Terapia Ocupacional son aún poco conocidos, si bien en la práctica se siguen ciertos lineamientos que están de acuerdo con las técnicas rehabilitativas.

Se ha comprobado que los resultados obtenidos son sumamente satisfactorios y que la Terapia Ocupacional ayuda positivamente en la rehabilitación de los pacientes mentales.

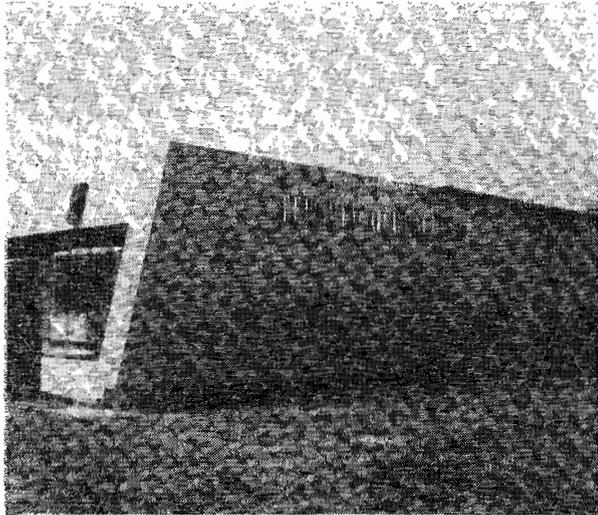
Se concluye en el siguiente trabajo, que aunque en su gran mayoría todas las instituciones psiquiátricas cuentan con mayor o menor número de talleres destinados a la T.O. o con lugares destinados a la terapia recreativa, todos están supervisados por un psicólogo y cuentan con maestros que atienden las diversas actividades, pero: **No existe un terapeuta ocupacional propiamente dicho que se encargue de planear los programas adecuados para cada necesidad, ni que maneje las situaciones grupales.**

Los terapeutas ocupacionales deberán tener conocimien-

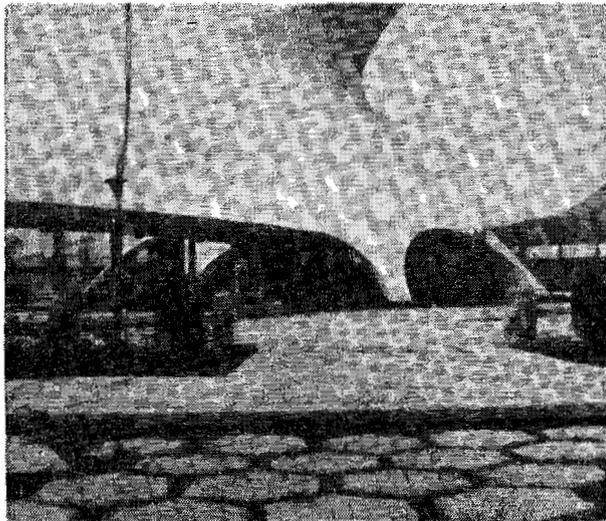
tos básicos de psicodinamia, de técnicas de grupo, y capacidad para la planeación de programas terapéuticos apropiados.

Hasta hace muy pocos años se inició en México la carrera de terapeuta ocupacional, con una duración aproximada de tres años de estudios, dentro del Hospital Infantil, aunque se enseña a tratar a todo tipo de pacientes en general, no especialmente a enfermos mentales.

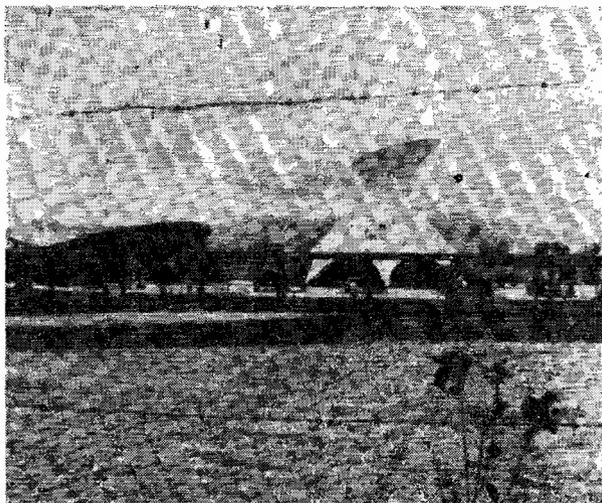
En virtud de lo expuesto, me atrevo a sugerir que se puede implantar la especialidad de terapeuta ocupacional para pacientes mentales dentro de la carrera de Psicología, ya que en México existe la pretensión de que los antiguos sistemas hospitalarios sean modificados, para dar lugar a los modernos establecimientos que en sí son grandes centros de terapia ocupacional que necesitarán de personal especializado y entrenado para resolver de manera definitiva el problema de la salud mental en nuestro país.



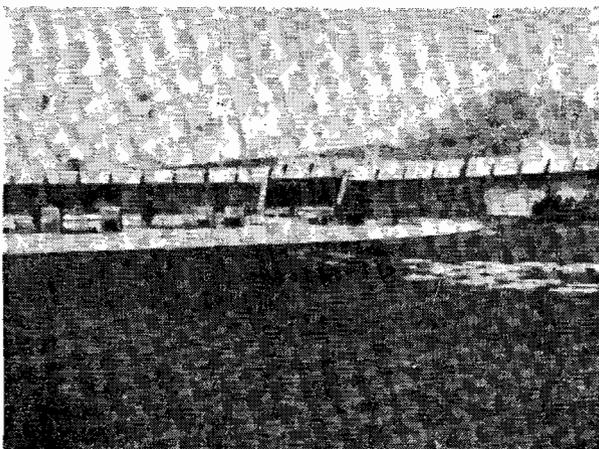
Hospital-Granja "Dr. Samuel Ramirez Moreno".
Depto. de T. O.



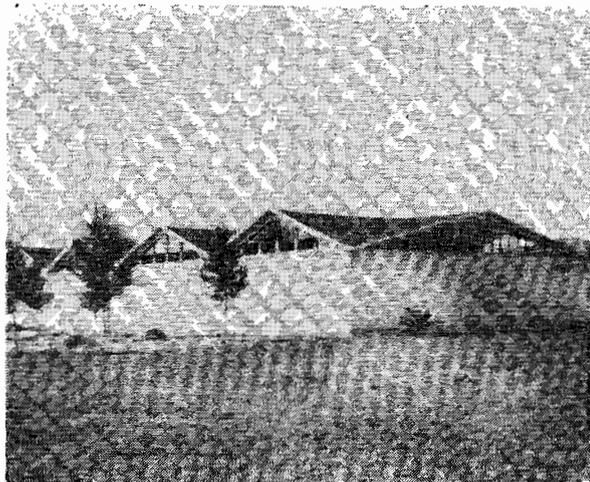
Auditorio.



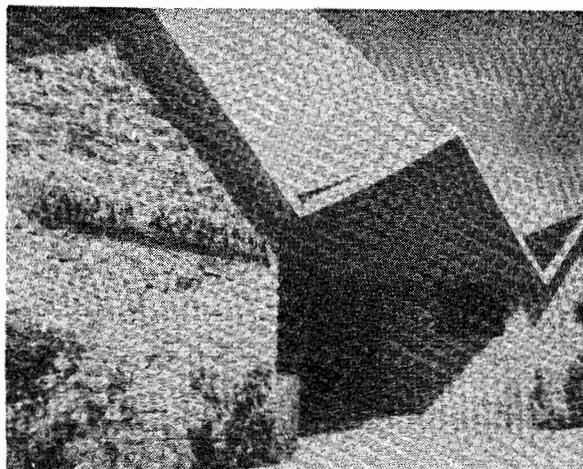
Vista general, Comedor y Auditorio.



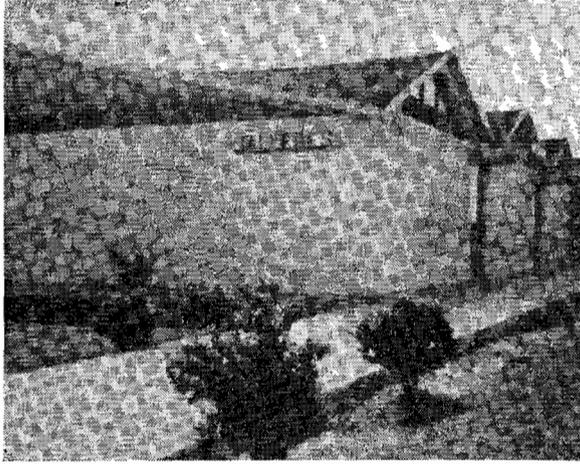
**Hospital Campestre, próximo a inaugurarse.
Tepexpan Edo. de Méx.**



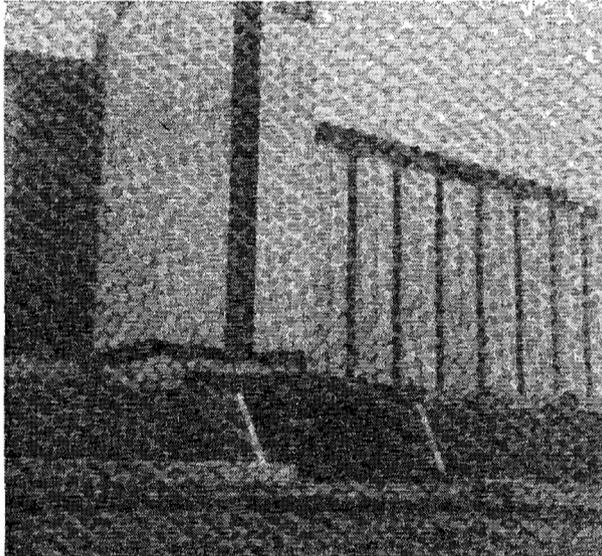
Hospital Campestre "José Sáyo". (Talleres)



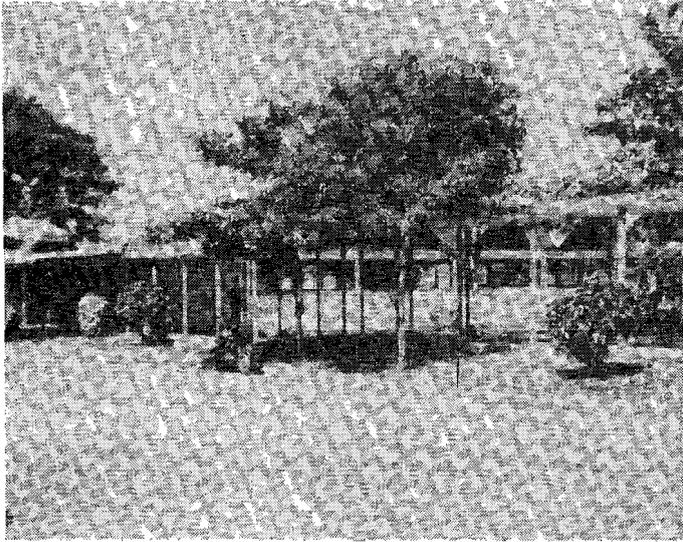
**Unidad Recreativa (Teatro) del Hospital Campestre
"José Sáyo".**



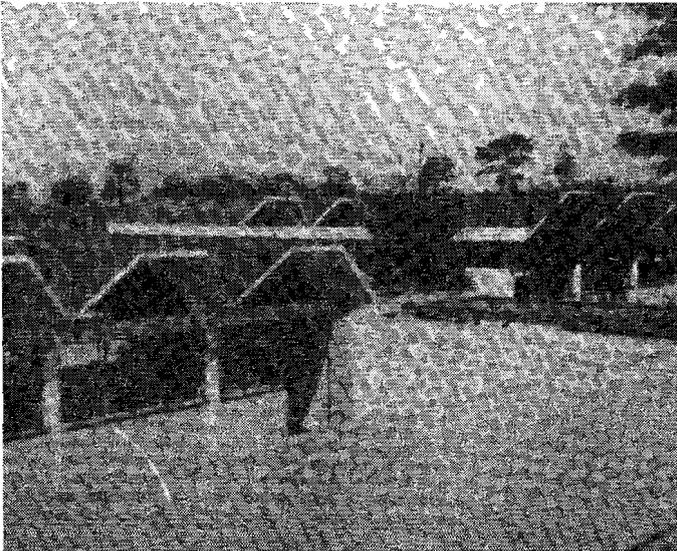
Talleres de Terapia Ocupacional.



**Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez.
Tlalpan, D. F.**



Hospital Granja "Villahermosa"
Villahermosa, Tab.



Vista General de los Talleres de T. O.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.—Alexander, Franz: *Psiquiatría Dinámica*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1958
- 2.—Azima, H., Wittkower, E. D.: *Dynamic Aspects of Occupational Therapy*. *Act. Neurol. Psychiat.* Vol. 79, pág. 706-709, 1958.
- 3.—Bion, W. R.: *Experiencias en Grupos*. Ed. Paidós. Buenos Aires 1963.
- 4.—Calderón, N. G.: *Los Hospitales Psiquiátricos de México*. *Rev. de Neurol. Neurocirugía y Psiquiatría*. Vol. 7. No. 3 México, Sep. 1966.
- 5.—De la Fuente, M. R.: *Psicología Médica*. F.C.E. 5a. Ed. México-Buenos Aires, 1964.
- 6.—Fidler, G. C.: *Introducción to Psychiatric Occupational Therapy*. The McMillan Co. N. Y. 1954.
- 7.—Filloux J. C.: *El Tono Mental*. Ed. Paidós. B. Aires 1963.
- 8.—Freud. S.: *Obras Completas (Datos necesarios para complementar el trabajo)*. Vol. I y II. Ed. Biblioteca Nueva Madrid. 1948.
- 9.—Krakaur B. *Las Terapias Rehabilitativas (tesis)* UNAM. 1958.
- 10.—Lewis B. H.: *Psicoterapia en la Esquizofrénia* Ed. Paidós Buenos Aires, 1956.

- 11.—Moreno, J. L.: El Psicodrama. Ediciones Hormé, S. A. Buenos Aires, 1961.
- 12.—Noyes, A. P.: Psiquiatría Clínica Moderna. La Prensa Médica Mexicana. México, 1951.
- 13.—Sivadon Paul: Segundo Seminario Latino-Americano de Salud Mental "Tratamiento y Readaptación de los enfermos mentales, B. Aires Abril 1964.
- 14.—Tejeda Ruiz C.: Los Hospitales Granjas. Rev. de Salud Pública de México. Época V. Vol. IX, 1967.
- 15.—The American Journal of Occupational Therapy. Vol. 19 No. 1 March. 1965 y Vol. 21 No. 7 Jul-Ag. 1967.
- 16.—The National Association for Mental Health: Working in a Mental Hospital. N. Y. 1965.
- 17.—Wolff W.: Introducción a la Psicopatología. Breviarios, F.C.E. 2a. Ed. México-Buenos Aires, 1960.
- 18.—Willard and Spackman: Occupational Therapy. Lippincott Co. Philadelphia & Montreal, 1963.
- 18.¹³—Villanueva R. S.: Las instituciones especializadas en salud mental, sus relaciones entre sí y con otras instituciones. Rev. Salud Pública de México. Época V. Vol. IX 1967.