



**UNIVERSIDAD SALESIANA**

---

**PSICOLOGÍA**

---

**EL BENEFICIO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL  
EN LA AUTOESTIMA DEL PACIENTE  
PSIQUIÁTRICO CON DIAGNÓSTICO  
DE TDM, EN EL INPRFM.**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

**P R E S E N T A**

**PAÚL ANDRÉS CAMACHO GARCÍA**

**DIRECTOR DE TESIS: EMILIANO LEZAMA LEZAMA**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## **Índice**

Introducción.	3
Capítulo 1 La Terapia Ocupacional	
1.1 Antecedentes	6
1.2 Concepto	16
1.3 Funcionalidad	18
Capítulo 2 La Autoestima	
2.1 Concepto	23
2.2 Características: Autoestima alta y baja	28
2.3 Escala de Autoestima (IAC) de COOPERSMITH	30
Capítulo 3 Trastorno Depresivo Mayor	
3.1 Antecedentes	32
3.2 Causas y síntomas	41
3.3 Criterios diagnósticos del DSM-IV para la Depresión Mayor	50
Capítulo 4 Metodología	52
Capítulo 5 Análisis de resultados	66
5.1 Procedimientos	70
Conclusiones y sugerencias	71
Referencias bibliográficas	74
Anexo	79

## INTRODUCCIÓN

El ser humano es un ser activo por naturaleza que ocupa su tiempo en actividades encaminadas a responder a sus necesidades y deseos, generando actitudes y comportamientos que de alguna manera inciden en su crecimiento y en su desarrollo personal; necesariamente dirigidos o alineados con los objetivos y metas para la mejor calidad de vida.

La salud y la ocupación están vinculadas porque la pérdida de salud disminuye la capacidad para comprometerse en la actividad, la ocupación constituye una entidad que favorece y promueve la participación e integración social a través de la adquisición, mantenimiento, mejora o recuperación del desempeño, contribuye al desarrollo normalizado de las estructuras y funciones corporales y psicológicas, así como las relaciones sociales, las emociones y los vínculos afectivos.

Estos son los pilares donde se fundamenta la filosofía y la teoría de la Terapia Ocupacional. La historia de la Terapia Ocupacional queda entretejida con la historia del hombre, pero cabe resaltar el auge y desarrollo que tiene a comienzos del siglo XX, por partir de un punto concreto. Movimientos como el Humanista y Humanitarista, el desarrollo de las artes y oficios en el siglo anterior, los avances tecnológicos, los éxitos en física y astronomía, los cambios políticos, el desarrollo industrial... van configurando un tejido que, en términos generales, pone en riesgo la salud de la sociedad, el ambiente, el entorno... provocando profundos cambios.

Los sistemas de salud también evolucionan con los avances de la sociedad y mientras se desarrollan se van dirigiendo hacia un enfoque mecanicista, diseñando especialidades con el propósito de aislar, definir y tratar para enfocar el problema aisladamente; esta orientación es eficaz, pues ha conseguido avanzar y desarrollar nuevas tecnologías, pero quizás se olvida de la persona, de verla en su globalidad.

La Terapia Ocupacional emplea la resolución de problemas para mejorar la calidad de vida de la persona y lo hace desde un enfoque holístico, examina todas las tareas en relación a la situación donde se desenvuelve. La Terapia Ocupacional se basa en los supuestos filosóficos que tienen que ver con la naturaleza del sujeto y su relación con el entorno, permite que el individuo utilice productivamente sus habilidades, aptitudes y energías, reflejando todo ello en actividades con fines terapéuticos, que una vez terminados ofrezcan una satisfacción personal, sintiéndose en armonía con las personas que se encuentran a su alrededor, cubriendo de esta manera las necesidades humanas básicas de

adaptación, creatividad, toma de decisiones, autonomía, conocimiento de sí mismo e interacción social.

Una función importante que tiene el terapeuta ocupacional es ayudar y estimular a los pacientes a participar, la convivencia diaria también da oportunidad para conocer la preferencia de algunos pacientes hacia ciertas actividades, las más aceptadas se tratan de realizar con cierta frecuencia, de manera que la terapia siempre ofrece la posibilidad de realizar cada vez mejores trabajos, corrigiendo posibles deficiencias o errores.

Un terapeuta ocupacional para funcionar de un modo satisfactorio, debe combinar los conocimientos sobre temas psicológicos y médicos con los métodos de valoración, la interacción, el condicionamiento social y las diversas ocupaciones y habilidades. Debe estar capacitado para emplear determinadas facetas de su propia personalidad en cada situación terapéutica, valorar la utilidad de otros medios utilizables, y desarrollar su trabajo de acuerdo con una línea científica. Al mismo tiempo identifica, analiza, evalúa, interpreta, diagnostica, conceptúa e interviene sobre la naturaleza y las necesidades ocupacionales de individuos y grupos poblacionales de todas las edades en sus aspectos funcionales, de riesgo y disfuncionales; no debe renunciar al enfoque intuitivo el cual a su vez deberá ser analizado, criticado y valorado.

Buena parte del éxito terapéutico revierte al mismo terapeuta ocupacional, a su comportamiento y objetividad profesionales que establece con su paciente.

Un terapeuta ocupacional debe ser perceptivo e ir aprendiendo en el transcurso de su formación teórica y práctica, así como en el trabajo con los médicos y demás componentes del equipo de rehabilitación.

A veces es necesario una cierta firmeza y persuasión, las cuales deben equilibrarse con lo acertado de los juicios, un auténtico interés por las personas, un ánimo alegre y buen sentido del humor, todo ello dentro de una perspectiva optimista.

Esta investigación estará encaminada a análisis en relación a la Terapia Ocupacional y el mejoramiento de la autoestima del paciente con Trastorno Depresivo Mayor, destacando la sintomatología que precede el trastorno.

Es importante mencionar, que la autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad, permite que el conjunto de sentimientos que se tienen de sí mismo sean las más idóneos para una mejor inserción en la sociedad (Yagosesky, 1998). Es necesario que el paciente asuma responsabilidades, sea seguro de quien es y seguridad en sí mismo, capaz

de tener intimidad en sus relaciones, de mostrar sus verdaderos sentimientos, de reconocer sus logros, habilidad para perdonarse y perdonar a otros (Branden, 1991), aceptar los cambios que se originan a través del tiempo, sentirse orgulloso de los éxitos y aceptar que somos perfectibles afrontando nuevas metas con optimismo.

La T.O. realiza actividades de autocuidado, trabajo y lúdicas, se pueden incluir la adaptación de tareas o del entorno para alcanzar la máxima independencia y de tal forma que aumente su capacidad de vida.

Así lo que caracteriza a la T.O. es el uso de las actividades como medio de tratamiento, con un fin, alcanzar la máxima calidad de vida.

La autoestima es muy importante en la vida de cada ser humano y la Terapia Ocupacional puede ser una herramienta para la mejora del sujeto.

Se pretende que esta investigación resalte la importancia que tiene la Terapia Ocupacional y el beneficio de la misma en la autoestima de los sujetos a estudiar.

## **Capítulo 1 La Terapia Ocupacional**

### **1.1 Antecedentes**

Los primeros antecedentes se encuentran en oriente, ya en el año 2600 a.C. en China se hacía un uso especial del ejercicio físico y en Egipto en el año 2000 a.C. también se hacía un uso de la actividad para favorecer la salud, y no meramente como diversión (Durante, 1998)

MacDonald (1972, p.5) señala que algunas de las primeras referencias escritas aparecen en el periodo de la magia antes del año 660 a.C., así, Esculapio calmaba los delirios con canciones, relatos y música. Homero habla sobre Hefesto, que fue maltratado y repudiado por su madre, siendo rescatado por Testis y Eurinome y, al que dieron el material necesario para realizar muchos trabajos manuales de habilidad, entregándose con ello a una actividad lucrativa. También es destacable la aportación de Cornelius Celsius (14-37 d.C.) que recomendaba para mantener un buen estado de salud practicar la vela, cazar, manejar armas, practicar juegos de pelota, correr, andar, desde una perspectiva preventiva y recogiendo el valor de la actividad para la salud y calidad de vida, incluso llegó a recomendar la lectura en voz alta para el estómago débil, recomendaba la práctica de ocupaciones adecuadas al temperamento de cada uno y sugiriendo que algunas enfermedades debían tratarse indirectamente, mediante métodos que en términos modernos se les denomina tratamiento de conducta .

En el periodo de la experimentación (600 a.c. a 200 d.c.), Hipócrates subrayando la unión cuerpo y alma, recomendaba la lucha, montar a caballo y trabajos manuales, lo que significa según nos dicen, ejercicio intenso o ejercicio convertido en profesión.

Desde una perspectiva más social, buscado objetivos compatibles con la normalización e integración en la vida social y la comunidad, Galeno (129-199 d.C.) sugirió actividades como cavar, arar, pescar, etc,... Galeno que plasma cómo el entendía el "desempeño ocupacional" , en la siguiente frase: "el empleo es la mejor medicina natural y es esencial para la felicidad humana" MacDonald (1979).

Durante el periodo de la Edad Media (200 a 1250 d.c) los progresos fueron pocos y hacia el fin del mismo periodo hubo acontecimientos importantes para la historia de esta profesión, como es el caso de Caelius Aurelianus, neurólogo del siglo V que escribió acerca del tratamiento activo y pasivo para todo tipo de variedades de parálisis como: masajes, cataplasmas, ejercicios progresivos, etc.

Entre el año de 1250 y 1700 d.c. los progresos fueron considerables, así como los ejercicios y diversiones ocupacionales para fortalecerse y al mismo tiempo divertirse, fueron recomendados por médicos y educadores de la época.

Frydendal (1997) señala que la visión que tenía Aristóteles de la actividad, encierra en cierta medida la esencia de la Terapia Ocupacional, según Aristóteles "el bienestar del alma es el resultado final de una deseable y satisfactoria actividad o acción". Posteriormente, durante el Renacimiento y la Reforma, Thomas Sydenham prescribía montar a caballo para la gota, el cólico, el estreñimiento y el asma.

Entre 1700 y 1850 tuvieron lugar nuevos avances en Psicología, Anatomía y Fisiología. Al mismo tiempo se llevaron a cabo descubrimientos relacionados con la actividad del sistema nervioso, con lo cual diferenciaron actividad refleja y volitiva, lo que originó que el tratamiento fuera más complejo y especializado.

Según MacDonald (1972) en el S. XVIII y XIX bajo la influencia de la visión mecanicista del mundo que caracterizaba a la época, se inicia una escisión entre los ejercicios puramente mecánicos, dando lugar a la fisioterapia, y los ejercicios con interés ocupacional o mental, con significado para el paciente, pilar de la Terapia Ocupacional.

Durante esta época la electricidad empezó a ir unida de modo más estrecho a la práctica médica y cambió la situación, en el sentido de acentuar la importancia de la fisioterapia por sí misma, lo que acarrió un fenómeno significativo y es que buena parte del ejercicio que se prescribía como tratamiento, fue perdiendo poco a poco su interés ocupacional o mental; el cuerpo seguía recibiendo su tratamiento, pero el interés mental del ejercicio ya no se mantenía en su totalidad.

El Hospital Juárez de México en 1847, inicia con un servicio de terapia general.

A partir de 1850 se produjo la emergencia gradual de los servicios terapéuticos suplementarios hasta convertirse en profesionales, formándose asociaciones, cursos de formación instituida y reconociéndose los exámenes profesionales.

En 1905, Se funda el Hospital General de México donde el Dr. Carlos Coqui utiliza la diatermia como equipo terapéutico, En 1910 en el Hospital Psiquiátrico de la Castañeda se inicia un programa de actividades ocupacionales. La Castañeda enfrentó hacia 1930 el problema de su masificación debido al elevado número de pacientes crónicos que hacían ver a la institución como un depósito de enfermos más que como un espacio terapéutico. Esta circunstancia condujo a la psiquiatría a su primera crisis de legitimidad como ciencia. Con el

objetivo de combatir la leyenda negra en torno al manicomio, los médicos de La Castañeda promovieron la difusión en la prensa de un tratamiento de origen decimonónico que proyectaba la imagen pública de que los enfermos mentales podían tener la misma capacidad productiva que el resto de los hombres: la terapéutica por medio del trabajo. Esta propuesta contó con el apoyo del Estado emanado de la Revolución Mexicana porque el objetivo que guiaba la asistencia pública a los grupos más desprotegidos consistía en lograr su integración a la vida productiva del país a través del mercado, lo que se obtenía en el caso de los enfermos mentales a través de la terapia ocupacional.

A finales del siglo XIX existía sobre todo en Estados Unidos, una notable controversia acerca del cual era el mejor nombre para designar el servicio y quién sería la persona más idónea para dirigirlo. “En 1914 Eva Charlotte Reid sugirió el nombre de Ergoterapia, proponiéndose también otros nombres como el de tratamiento moral”. (Dorsh, Friednich 1977).

Esta misma filosofía también subyace a una parte de lo que se conoce como tratamiento moral, y quizás sea ésta la razón por la que se vincula tan asiduamente a las raíces históricas de la Terapia Ocupacional. El tratamiento moral normalmente se relaciona con la liberación de las cadenas de los enfermos mentales, con una mejora en la calidad de los cuidados que estos recibían y una actitud de respeto hacia la persona enferma.

Pinel, Esquirol y Kraepelin han infundido la idea de la curación de las enfermedades mentales (Cardamone y Sisti, 1997). La idea de curación de Pinel se apoya en tres pilares. En primer lugar, el tratamiento moral se caracteriza por el interés por reducir el espacio asilar y su progresiva superación. Las prácticas que se intentaban evitar la reclusión, abandono y marginación por padecer una enfermedad mental como si de un demonio se tratase. Intentaba erradicar las ideas subyacentes a la enfermedad mental como castigo divino, que en último término condenaban al enfermo sin piedad, abandonándolo en los grandes hospitales. De tal suerte, que el tratamiento moral dará origen a lo que se conocerá como terapia ambiental. En segundo lugar, se apoya en la creencia de que la mente sana puede influir en la curación de la mente enferma. Y, en tercer y último lugar, se cree que la realización de actividades con sentido real, heterodirigidas y provistas de utilidad material y social, facilitan la reinserción del paciente en su entorno comunitario y social.

Fernández Aguirre, recoge que en multitud de trabajos se ha demostrado que “el verdadero interés del tratamiento moral estaba en la organización del espacio hospitalario y no en el de otorgar libertad a los internados”. Aguado Díaz, (1995).

Se daba importancia a las actividades sociales de los enfermos, al juego, a la incorporación a las actividades productivas (laborterapia o actividades

ocupacionales). Sin embargo, no podemos utilizar alegremente la actividad para mejorar la salud. La otra cara de la actividad nos la muestran Cardamone y Sisti (1997) al señalar:

"No se puede asumir de forma acrítica la opinión según la cual el trabajo es en sí mismo terapéutico, olvidando además que en el curso de los hechos recientes las actividades laborales de los pacientes han sido habitualmente motivo de explotación institucionalizada" (p. 673).

Del mismo modo, Jacobs (1993) señala acerca de la rehabilitación laboral en los programas de salud mental:

"Los componentes cruciales del tratamiento moral de Pinel, a principios del siglo XIX, centrado en la oración y las manos y mentes ocupadas son elementos claves para la rehabilitación. La ociosidad se consideraba un factor que contribuía a la incapacidad psiquiátrica. Con la llegada de los hospitales de larga estancia, a finales del siglo XIX, los programas de terapia ocupacional decayeron a favor del modelo de tratamiento institucional. Los programas de terapia ocupacional volvieron a captar la atención profesional a mitad del siglo XX, por los resultados obtenidos en Gran Bretaña que indicaban que podían mejorar el tratamiento del paciente, reducir los efectos de los síntomas psicóticos y proporcionar una actividad productiva". Aguado Díaz (1995).

Como señala Saraceno (1993), afortunadamente la misión del tratamiento moral ha evolucionado, dejando de ser una práctica más o menos voluntaria de personal paramédico, con objetivos lúdicos o meramente de entretenimiento. Aguado D.(1995).

Como ya hemos señalado anteriormente, aparte de Pinel, existen otras figuras. Entre ellas cabe destacar a Samuel Tuke, en Inglaterra y a Benjamin Rush, en EEUU. Al igual que en Francia, en otros países los valores dominantes se revelaban contra la marginación que sufrían los enfermos mentales.

Por otro lado, en España según recoge Aguado (1995) será Pinel quién tome la idea del tratamiento moral, en el Hospital Psiquiátrico de Valencia y de Zaragoza, trasladando el régimen de actividades, que mayoritariamente eran actividades de cultivo del campo (también nombradas como "ocupacionales"). También Alonso-Fernández (1993) haciéndose eco del psiquiatra alemán Ullesperger, apoya la idea del inicio de la psiquiatría moral en España, refiriéndose al papel realizado por el Padre Jofré, al fundar el primer Hospital Psiquiátrico en Valencia:

"Nuestro fraile debería incorporarse a la Historia de la Psiquiatría como el primer socioterapeuta de las alteraciones psíquicas (p.56).

También Juan Ciudad y Duarte, en el S. XV, canonizado dos siglos después como San Juan de Dios, fundó una serie de hospitales, el primero en Granada en 1537. En estos hospitales llamaba la atención el trato humano que se dispensaba a los pacientes.

"Resulta difícil mantener que la primera revolución en la psiquiatría se produjo en Francia, a finales del S.XVIII cuando Pinel desencadena a los enfermos mentales. Varios siglos antes, en España en los S. XIV, XV y XVI los enfermos psiquiátricos habían sido desatados y tratados dignamente, ingresados en hospitales y sometidos a la atención médica. El sistemático olvido de estos hechos en la mayoría de los Tratados de Psiquiatría demuestra tristemente que la historia depende de quien la escribe". Alonso-Fernández (1993) p. 56.

Pero no será el tratamiento moral, el único acontecimiento que influirá en la gestación de la Terapia Ocupacional, también la revolución industrial requerirá nuestra atención.

Este movimiento tuvo grandes repercusiones, entre ellas cabe destacar la estratificación social, los cambios en la división del trabajo, en las relaciones interpersonales, en el propio sentido del trabajo, la motivación para el mismo y su rendimiento. En general, hubo un cambio drástico en cuanto a la distribución del tiempo vital, así aumentaron desconsideradamente las horas laborales y se redujo al mínimo el tiempo dedicado al ocio (tiempo libre). Además, se produjeron cambios en la estructura familiar y en muchas ocasiones un desarraigo a la propia tierra natal. Todos estos cambios traídos con la industrialización fomentaron una reivindicación de los trabajadores. En EEUU este movimiento fue denominado Movimiento de las Artes y Oficios que se inició en 1860. A la cabeza de este movimiento se encontraron John Ruskin, William Morris, Elizabeth Upham, Herbert Jones Hall. Este movimiento influyó sumamente en las primeras prácticas de la Terapia Ocupacional, que vio la actividad como medio para mejorar la sociedad, una vía para socializar a los marginados sociales, discapacitados físicos y enfermos mentales.

Con el tiempo, el movimiento de las artes y oficios se dividió según dos objetivos diferentes. Por un lado, con un objetivo educativo dio origen al entrenamiento en habilidades, como una educación vocacional (y que en algunos casos, hoy se asemeja a algunas prácticas de la educación social). Y una segunda orientación, que utilizó las actividades con un objetivo recreativo. Así, el Dunton comenzó a escribir sus experiencias sobre las actividades artísticas y manuales en la revista Maryland Psychiatric Quartely, reconociendo el valor de la ocupación (Reed, 1998).

En Alemania Herbert Simon desde 1876 aplicaba el trabajo como terapia vislumbrando la futura laborterapia y ergoterapia.

Mientras tanto en España la industrialización sólo cuajó en algunas provincias y comunidades, especialmente en Cataluña y Vizcaya. En el resto del país fracasó el tan esperado desarrollo industrial, y en su lugar se fomentan los latifundios y minifundios.

Tampoco hubo una revolución burguesa por el Antiguo Régimen. Y todo esto hace que existiesen actitudes sociales en la vida cotidiana y oficial que menospreciaran todo aquello que fuera reflejo de "ruralidad" (a diferencia del movimiento de las artes y oficios que se produce en EEUU), quizás porque llega a tomar la significación del "vergozoso" retraso español del que se pretendía salir con la industrialización.

Ya desde los Reyes Católicos se puso especial empeño en separar a los pobres válidos (baldíos) y holgazanes de los inutilizados o sin culpa, castigando a los primeros y viendo de reducirlos al trabajo". Esta visión del trabajo como castigo cambiará con la Ilustración, en la que se utilizaba como un modo de "moralizar".

Laín Entralgo (1978) recoge que el 21 de julio de 1780 se dicta una Real Resolución sobre Instrucción y Aplicación de los "hospicianos a los ejercicios, oficios y artes útiles al estado". Estas prácticas se materializaron en instituciones, normalmente asilos.

Dos siglos antes, en 1555, en las Cortes de Valladolid se le pide al rey Felipe II que en todos los pueblos se cree la figura institucional del "padre de los pobres", cuya función consistió en buscarles trabajo adecuado y atender a los enfermos e inválidos.

Es con Carlos III cuando se inicia un plan de beneficencia pública y se construye el Hospicio de Madrid. Con el reinado de Felipe VI se siguen construyendo hospicios y se crearon las Sociedades Económicas de Amigos del País, la primera de ellas en 1765, siendo una de sus funciones la de combatir la ociosidad de los pobres y desterrar la mendicidad, dando instrucción y educación a los niños "desvalidos". Con otro objetivo distinto "se organizó la Casa Galera para recoger las mujeres públicas y convertirlas por medio del trabajo.

Así la historia de la Terapia Ocupacional en todo el mundo está directamente relacionada con los antecedentes de la rehabilitación social. El reconocimiento de la ocupación por su poder terapéutico también se produce en el ámbito puramente médico, de tal modo que ya Averroes (1998), según señala un estudio realizado por la Sociedad Española de Rehabilitación, indicaba que: "si los hombres ejercitan sus cuerpos con el movimiento y trabajan el tiempo adecuado, no necesitarán medios ni remedios". Urvoy, D. A.(1998).

La Terapia Ocupacional como profesión nace en Estados Unidos y Canadá donde, en los años de 1918-19, se desarrollaron cursos breves para enseñar al personal a tratar heridos de guerra conocidos como "auxiliares de rehabilitación", cuyo objetivo era acelerar el proceso de recuperación de los mismos, y tal y como recogen Hopkins y Smith (1998), "promoviendo el contento y creando una atmósfera hospitalaria más placentera durante el tiempo de convalecencia, ocupando las manos y las mentes de los pacientes en objetivos provechosos" (p.31). Antes en 1917, la Sociedad Nacional para la Promoción de la terapéutica ocupacional (que mas tarde llegó a ser la American Occupational Therapy Association) fue organizada y a través de los años, el trabajo se incrementó para cubrir necesidades, se originó en Clifton Springs (Nueva York) por George Edward Barton, Thomas Bissell Kidner, William Rush Dunton, Eleanor Clarke Slagle, Susan Cox Johnson y Isabel Newton, que hoy son conocidos como los fundadores de la terapia ocupacional. En la década de los años 20, se expande la Terapia Ocupacional y se crean distintas escuelas.

A lo largo del tiempo ha ido tomando cause en la filosofía de la terapia ocupacional la idea de que la salud es "un estilo de vida saludable", hábitos que tiene una repercusión sobre nuestro estado físico y mental. Es decir, que una determinada persona realice una actividad (u ocupación) concreta tendrá unas repercusiones o consecuencias específicas sobre su salud. Estos aspectos también serán recogidos por algunos psiquiatras y psicólogos como Clark, Meyer y Luis Simarro en España.

En 1920 el Dr. Meyer llegó a participar el papel que desempeñaría la terapéutica ocupacional en la salud de la comunidad, gracias a un trabajo dirigido y a unas actividades destinadas a prevenir la enfermedad y a mantener un buen estado de salud. En la razón de ser de la terapia ocupacional, se han incorporado otras facetas de nuestra herencia, como son las contribuciones de Eleanor Clarke Slagle, Mr. Louis S. Haas y los escritos sutiles del Dr. L. Cocly Marsh, relativos a los programas de acción terapéutica actual.

En el año de 1934 tuvo lugar la primera conferencia inglesa sobre la terapéutica ocupacional, en 1936 se formó la asociación de terapeutas ocupacionales en Inglaterra. En 1938 tuvieron lugar los primeros exámenes públicos de la asociación inglesa y al estallar la guerra se produjo una expansión acelerada y algo febril del campo físico de la terapéutica ocupacional.

Durante el mismo periodo el psiquiatra canadiense Farrar (1940) indica que "la ocupación sistemática y natural debería ser lo principal dado en cualquier esquema de tratamiento. La ociosidad debería ser reducida completamente al mínimo. Hay un beneficio común de la ocupación prácticamente en todos los casos y hay un posible beneficio por el interés despertado y sostenido en un trabajo que es nuevo, y el que proporciona un agradable alivio frente a una ocupación anterior monótona y desagradable". Aguado Díaz (1995) p.16.

En 1942 el Hospital Español de México inicia el primer programa de terapia ocupacional y en 1943 el Hospital Infantil del mismo país con el Dr. A. Tohen y el Dr. Luis Guillermo Ibarra. crean el primer Departamento de Medicina Física. Los terapeutas ocupacionales y físicos son enfermeros que realizan cursos de 3,6 y 12 meses.

Los factores comunes que todos los fundadores señalan de la Terapia Ocupacional es el reconocimiento de la importancia de la actividad para distraer al paciente del dolor, ansiedad, aburrimiento, para organizar la vida diaria, para mantener o recuperar la fuerza y resistencia física, así como por contribuir a la salud mental.

En estos primeros pasos de la profesión se entiende que a pesar del valor del "hacer" no sirve cualquier actividad, sino que esa actividad tiene que tener una alta relevancia y significado para el individuo, de otra forma se desvirtúa la disciplina.

Pero no será hasta la Segunda Guerra Mundial cuando realmente cuaje esta disciplina. Con todos estos hechos históricos se introduce el uso de la ocupación como terapia en los discapacitados y enfermos físicos, buscando la readaptación profesional, lo que hace especializarse y profundizar a la disciplina en el enfoque biomecánico y más organicista.

A partir de los años 50 con la epidemia de poliomelitis y las secuelas de la parálisis cerebral el terapeuta ocupacional comienza a trabajar en el ámbito del neurodesarrollo y comienza a aplicarse también con la población infantil. Además, con la entrada de los antibióticos, surgen enfermos crónicos a los que también se ve necesario aplicar la terapia ocupacional.

En 1950-1951 El Hospital Infantil de México y el Centro de Recuperación " Francisco P. de Miranda " atienden una Epidemia de Polio que azotó a todo el mundo y aparecen las carreras de terapia ocupacional. Se define por primera vez en el país terapia ocupacional como: "toda actividad perfectamente prescrita y guiada para contribuir a la más rápida recuperación de las enfermedades o lesiones" Lucía T. M,(2007).

El uso terapéutico de la ocupación en los hospitales psiquiátricos es ya antiguo, la Federación Mundial de Terapia Ocupacional (F.M.T.O.) se formó en el año de 1952, cuando las asociaciones de los países cubrían los requerimientos estándar para ser socios. En 1958, la FMTO describió las actividades de autoayuda, manuales, recreativas y sociales, educacionales, prevocacionales e industriales que iban a ser usadas por el terapeuta ocupacional. Todos los tratamientos se encontraban bajo prescripción médica, pero la utilización de ocupaciones y técnicas a emplear quedaban a discreción del terapeuta.

Desde entonces el trabajo del terapeuta ocupacional está encaminado hacia la recuperación del paciente, utilizando su talento es factible la enseñanza de actividades para poner en práctica la movilidad y potencia a través del trabajo, las actividades educativas y recreativas.

En 1955 el Centro de Rehabilitación Musculoesquelético No. 5 se inicia la atención de niños con secuelas de Poliomielitis y aparece el primer departamento de terapia ocupacional con una finalidad terapéutica. Se crea la primera escuela para técnicos en terapia ocupacional de un año.

En 1956 Un fuerte Terremoto cimbra a la Ciudad de México y el Primer Hospital Infantil de México se derrumba y tiene que ser trasladado a la Maternidad Mundet y se inician los cursos de 3 años para los terapeutas ocupacionales.

En 1960 el Instituto Mexicano de Rehabilitación promueve el primer proyecto global de Rehabilitación que incluía Terapia Ocupacional, terapia física, terapia del lenguaje, Rehabilitación Laboral, Consejeros en Rehabilitación, una Sección Industrial entre otros. Funciona hasta 1984 dirigido por Srita. Fuentes, el Dr. López Vera y el Dr. Leobardo Ruíz.

En los años 70 y 80 en España se inicia un proceso de cambio con el retorno a los orígenes de la filosofía de la Terapia Ocupacional, buscando el valor y significado que la ocupación tiene para el individuo. En otro lugar se puede consultar el proceso de la institucionalización del Terapia Ocupacional en España Romero Ayuso, (2003).

En 1970 en México, se crea la carrera de Técnico en Terapia Ocupacional en el Instituto Mexicano de Rehabilitación. En 1972 se imparte el 1er. Curso de Actualización de terapia ocupacional organizado por la Organización Panamericana de la Salud y la Dirección General de Rehabilitación. Se fundan los CREE (Centros de Rehabilitación y Educación Especial) En donde se reconoce a la terapia ocupacional como herramienta indispensable en la recuperación funcional de los discapacitados.

En el Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación en 1976 se establece el Programa de Estimulación Múltiple Temprana (PEMT) que constituye el inicio del trabajo grupal como equipo multidisciplinario de un terapeuta ocupacional, un terapeuta físico y un terapeuta de lenguaje. En 1978 surge el primer curso de entrenamiento en el Concepto Bobath. C. A. C. en donde por primera vez el entrenamiento lo realiza la T.O. Cristhine Nelson y la primera terapeuta ocupacional entrenada es la T.O. Ma. Cristina H. Bolaños.

En 1979, la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Sur del IMSS se forma un amplio Departamento de terapia ocupacional que incluía

terapia laboral, terapia de adultos, terapia recreativa, terapia de niños y gestión ocupacional.

En el año de 1985 el DIF crea la licenciatura en terapia ocupacional, en 1995 se forma la Asociación Profesional de terapia ocupacional, y en el 97 se crea el Instituto de terapia ocupacional por la Dra. y T.O Cristina H. Bolaños.

Y fue en 1999 el 3 de junio que se funda el Colegio de Terapeutas Ocupacionales de México A.C. siendo sus fundadoras la Dra. Cristina Bolaños, la T.O. Silvia Martínez, la T.O. Ma. Esperanza Montemayor y la T.O. Ma. Julia González.

Algunos aspectos han acompañado a la historia de la actividad u ocupación como terapia. En primer lugar, en el sentido estricto la actividad no es lo mismo que la ocupación. Desde el punto de vista de la Terapia Ocupacional, la actividad es la forma socioculturalmente válida para realizar algo. Por poner un ejemplo, comer, una actividad básica de la vida diaria, no tiene la misma forma en México, España, o en Zambia, Suecia o China etc. Es decir, está matizada cultural, social e históricamente.

Por otro lado, la ocupación es la apropiación de una determinada actividad por un individuo concreto, y este movimiento de posesión, se invierte a la misma, dándole un significado y sentido particular. Éste será el motor que se utiliza en Terapia Ocupacional. De tal suerte, que las ocupaciones son para el terapeuta ocupacional como el fármaco para el médico, el pensamiento para el psicólogo, el movimiento para el fisioterapeuta.

Así, el objeto de estudio de la Terapia Ocupacional es la ocupación humana y su uso como terapia. Gracias al paso del tiempo, como otros autores relatan, lejos estamos de "aquél hacer por hacer", del simple "gente parada malos pensamientos". Hoy la Terapia Ocupacional, crece como una disciplina científica, cuantitativa y cualitativamente, que es necesaria y válida para el momento socio-histórico en el que vivimos.

## 1.2 Concepto.

Diferentes disciplinas han planteado sus propias consideraciones acerca de la Terapia Ocupacional, cada una guardando sus propias particularidades. Sin embargo, a pesar de la variedad de los conceptos propuestos, no existe uno de aceptación universal o por lo menos generalizado, ya que la construcción y aceptación de cada definición está medida por diversidad de factores, como son: Disciplina, corriente de pensamiento, problemática abordada, incluso por determinantes de tiempo y espacio.

Por ello, la exposición que a continuación se hace de diferentes conceptos de Terapia Ocupacional, responde más al ejercicio de reconocer la variedad de posiciones, antes de pretender unificar criterios. De todas formas, este recuento permitirá nutrir con posteridad, la revisión de la definición manejada por los terapeutas ocupacionales.

Fue George Barton de Clifton Springs, un arquitecto, quien creó el término "Terapia Ocupacional", difícil de superar si se toma en su sentido más amplio y completo. Llegó a interesarse por la disciplina a causa de un ingreso hospitalario por tuberculosis. Él fundó la "Consolation House". Entendía la Terapia Ocupacional como la ciencia que enseña y estimula al enfermo cómo realizar el trabajo que le proporcionará energías y cómo utilizando actividades se obtiene un efecto terapéutico beneficioso.

Para H. B. English y A. Ch. English (1977), terapia ocupacional es definida como: "tratamiento de los trastornos donde al paciente se le designa un trabajo a propósito para hacer".

Para Dorsh (1977), terapia ocupacional se define como: "el equivalente en muchas de sus modalidades a la terapéutica por el trabajo y a la terapéutica por el juego. Ocupaciones que se proponen la derivación y liberación de tensiones y el mejoramiento del contacto interpersonal.

Lucía Tamayo Martínez la define como una actividad realizada por un profesional, orientada a restaurar y reforzar las habilidades y funciones esenciales del paciente, que busca facilitar el aprendizaje con el fin de lograr una mejor adaptación y productividad, disminuir o corregir la patología y promover y mantener la salud del mismo.

El COTEOC ( Colegio de Terapia Ocupacional) define a la terapia ocupacional como una profesión de la salud que se fundamenta en el conocimiento y la investigación de la relación que existe entre la salud, la ocupación y el bienestar de la persona ante la presencia de limitaciones físicas, cognitivas, sociales, afectivas y/o ambientales que alteran su potencial de

desarrollo y su desempeño ocupacional; que utiliza actividades significativas para la persona teniendo como objetivo final mantener y/o adquirir habilidades e integrarse y participar en su ambiente. COTEOC 2006.

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) define a la terapia ocupacional como una profesión que se ocupa de la promoción de la Salud y el Bienestar a través de la ocupación. El principal objetivo de esta es capacitar a las personas para participar en las actividades de la vida diaria. Los terapeutas ocupacionales logran este resultado mediante la habilitación de los individuos para realizar aquellas tareas que optimizarán su capacidad para participar, o mediante la modificación del entorno para que éste refuerce la participación.

La Terapia Ocupacional fue definida por la A.O.T.A.(Asociación Americana de Terapia Ocupacional) en 1986, como:

“Uso terapéutico de las actividades de autocuidado, trabajo y lúdicas para incrementar la independencia funcional, aumentar el desarrollo y prevenir la incapacidad. Puede incluir la adaptación de tareas o del entorno para alcanzar la máxima independencia y para aumentar la calidad de vida”.

Así lo que caracteriza a la Terapia Ocupacional es el uso de las actividades como medio de tratamiento, con un fin, el de alcanzar la máxima calidad de vida. Para resumir, son diferentes los enfoques bajo los cuales se pueden enmarcar el concepto de Terapia Ocupacional, desde una perspectiva de la moral, la ocupación como proceso que desarrolla la disciplina en el ser humano. O como una actividad restauradora de la salud, independientemente de que satisfaga los intereses o expectativas de la persona. La ocupación como remedio natural o como satisfactor de necesidades.

### **1.3 Funcionalidad.**

La patología psiquiátrica es cada vez más frecuente debido a los ritmos de vida de la sociedad, y de las exigencias estéticas y sociales de la misma. La Terapia Ocupacional en salud mental se extiende más allá de la mera ocupación del paciente, con el objeto de llenar sus déficits y vacío existencial. Se trata de una terapéutica de especial relevancia en psiquiatría. Se sustenta sobre una amplia base teórica, que a lo largo de los años ha ido adquiriendo cada vez más solidez desde las distintas áreas del saber, como puede ser el progresivo avance en el conocimiento del cerebro, los últimos descubrimientos de la bioquímica cerebral, la experiencia de muchos años en el tratamiento rehabilitador de pacientes con trastornos orgánicos cerebrales, las nuevas técnicas de neuroimagen y los finos estudios neuropsicológicos. A continuación se revisará a la Terapia Ocupacional con una visión mas completa en el campo de la salud mental.

La Terapia Ocupacional en las enfermedades mentales, requiere básicamente el estudio en Psicología y Psiquiatría , así como de la misma Terapia Ocupacional ya que no solo procura la distracción del paciente, sino que sus actividades están dirigidas de forma que colaboran a restaurar la función alterada.

En la Terapia Ocupacional psiquiátrica debe alentarse al enfermo a que desarrolle aquellas aptitudes y actitudes que le permitirán tener una mejor calidad de vida, así como ser útil en su círculo familiar y comunidad.

Se debe crear un ambiente lo mejor posible en lo referente a la terapia ocupacional, de tal manera que los pacientes no se sientan tentados a refugiarse en estados de sobreprotección, y estén mejor preparados para enfrentarse a las exigencias de la vida extrahospitalaria.

En la Terapia Ocupacional la relación que se establece entre el paciente y el terapeuta es de suma importancia, ya que la convivencia es el único medio de contacto utilizado para establecer la relación terapéutica. La actividad es básica y las proporcionan un alivio a la tensión y ansiedad.

Para los pacientes psiquiátricos, la Terapia Ocupacional no solamente implica este aspecto normal de la vida, sino que puede aumentar la resistencia al desánimo o a través de las relaciones personales satisfactorias, mediante la adquisición de nuevas aptitudes, perfeccionamiento de las poco utilizadas o reaprendizaje de las olvidadas, todo esto se traduce en una restauración de la propia confianza y un sentido mas pleno de la responsabilidad.

Una ocupación por si sola no puede curar a un enfermo, lo que le hace progresar es la utilización que pueda hacer de ella, a través de la relación establecida con el terapeuta y con los demás pacientes, la ocupación es entonces

sólo un instrumento terapéutico; la práctica de una actividad puede utilizarse para mejorar las relaciones sociales, para observación particular de un paciente o cuando sea solicitado por el médico como ayuda para el diagnóstico.

Despertar en el adulto la espontaneidad suficiente para crear según sus posibilidades, expresiones de su universo mental es difícil, pero en este sentido la terapia ocupacional puede convertirse en un medio fecundo de expresión emocional.

Según Lindermann los objetivos de la Terapia Ocupacional se pueden clasificar en:

#### Quinéticos.

1. Aumentar la fuerza muscular.
2. Aumentar la movilidad articular.
3. Mejorar la coordinación.
4. Favorecer la relajación muscular.

#### Psicológicos:

1. Estimular el interés en el ejercicio ajecutado.
2. Estimular el interés en las cosas que le rodean.
3. Estimular la atención.
4. Actuar como sedante disminuyendo la tensión.
5. Disminuir las tendencias destructivas.
6. Dar oportunidad para la propia iniciativa.
7. Crear nuevos intereses para el trabajo.
8. Desarrollar el control de sí mismo.

#### Sociales:

1. Aumentar la sociabilidad.
2. Desarrollar la responsabilidad.
3. Elaborar la moral y confianza en sí mismo.

El objetivo primordial de la terapia ocupacional es incidir en el estado de ánimo de los enfermos, es decir, brindar la oportunidad al individuo para que utilice productivamente sus habilidades y energías, obteniendo un beneficio en cuanto a la aceptación de sí mismo, realización, integración de grupo, toma de decisiones, etc., estimulando el interés en su vida cotidiana.

La individualidad del paciente y los fines particulares físicos y psicológicos del tratamiento, pueden dictar la conveniencia del trabajo individual o de grupo. Este último ofrece la seguridad de la familia, de los incentivos para el autocontrol, autoexpresión, comunicación y logros; además de que en toda terapia ocupacional, el ambiente de grupo debe considerarse en sí mismo como un medio terapéutico.

Las actividades grupales permiten obtener una interacción con el trabajo y con la vida de los demás, el paciente concibe al terapeuta como alguien que se encuentra dentro de los patrones “normales” de conducta; a partir del cual, puede tomar conciencia de situaciones como por ejemplo, su higiene personal o su comportamiento frente a los demás.

La Terapia Ocupacional como un elemento auxiliar en la mejora de los internos del INPRFM, se ha venido realizando regularmente desde 1992, dicha labor se ha desarrollado bajo las siguientes premisas existentes:

- El tiempo promedio de estancia de un paciente hospitalizado es muy breve, varía de cuatro a diez semanas aproximadamente.
- La terapia ocupacional no puede contemplar actividades a largo plazo, por lo expuesto en el punto anterior.
- La terapia ocupacional en el INPRFM se realiza de lunes a viernes, por medio de sesiones de tres horas en el Área de Terapia Ocupacional, que depende del Departamento de Psicoterapia (División de Servicios Clínicos),
- El Área de Terapia Ocupacional es un espacio acondicionado y destinado para impartir actividades con fines terapéuticos, en donde los pacientes son trasladados de los tratamientos (conjunto de dormitorios) con que cuenta el Instituto.
- La población del INPRFM son hombres y mujeres con una edad situada en un rango de 16 a 70 años.
- El nivel socioeconómico de los pacientes va generalmente del nivel medio-bajo a alto.
- El tipo de diagnóstico que generalmente se presentan son: Esquizofrenia, Trastorno de la personalidad, Trastornos Bipolares, Síndromes Orgánicos Cerebrales, Depresión (objeto de esta investigación), etc.
- El conjunto de las actividades que conforman la terapia ocupacional en el INPRFM, son seleccionadas especialmente para pacientes psiquiátricos, ya que existen otras que requieren de herramientas y materiales peligrosos, razón que impide su implementación.

Para un mejorable desempeño la Terapia Ocupacional se divide en varias fases:

1. Ejercitación física previa o Dinámica grupal
2. Introducción a la actividad
3. Desarrollo de la actividad
4. Cierre.

Ejercitación Física previa. Esta fase involucra actividades para mejorar y mantener el bienestar físico de los pacientes, dentro de las cuales se encuentran: ejercicios básicos de calentamiento, flexibilidad, relajación, juegos recreativos, etc. El objetivo de estas actividades es que el sujeto mantenga y desarrolle capacidades motoras gruesas, evitando un posible deterioro físico; además el estar físicamente activo, ayuda a relajar la tensión mental y muscular.

Dinámicas grupales. La función de esta actividad, es que el paciente inicie con herramientas necesarias para poder abordar y confrontar aspectos psicosociales que envuelven su vida cotidiana. Es importante la integración grupal, conocer al otro, la socialización, la comunicación, la animación, el trabajo en equipo, la concentración, la atención, la organización, la tolerancia, la aceptación, la memorización entre otros; todo esto con el fin de que el paciente cuente con los elementos necesarios para su reinserción en la sociedad.

Introducción a la actividad. Esta fase tiene como finalidad, dar a conocer la actividad a efectuar, explicar en que consiste y cual es el material necesario. El propósito es que el paciente comprenda lo que tiene que hacer durante la terapia, lo cual facilita el trabajo.

Desarrollo de la actividad. Consiste en la realización paulatina de la actividad elegida. Lo primero es repartir el material, después se da inicio a la actividad manteniendo durante el transcurso, tanto una constante supervisión general como una atención particular con cada paciente.

Cierre. Comprende la parte final de la terapia. Consiste en la exposición de trabajos y comentarios acerca de la actividad efectuada, es decir, esta fase es de suma importancia ya que en ella se realiza una retroalimentación entre pacientes y terapeutas. A través de las fases anteriores es posible enriquecer las relaciones sociales interpersonales, originando así que el paciente se sienta útil e integrado a un grupo.

La Terapia Ocupacional como recurso asistencial básico de tratamiento y núcleo de intervención, se presenta ante la dificultad personal para el control de los síntomas de la enfermedad mental en su fase más aguda, la T.O. pasa en esta ocasión por una mayor brevedad y una acción rápida, con objetivos más a corto

plazo, pero con un fin, el favorecer la mejoría de la persona hospitalizada para su pronta reinserción a una sociedad que cambia constantemente.

## **Capítulo 2 La Autoestima**

### **2.1 Concepto**

El diccionario la define a la autoestima como: "una apreciación u opinión favorable de uno mismo", también existen diccionarios donde mencionan sinónimos: "confianza en sí mismo", "consideración para uno mismo", "equilibrio", "aplomo", "dignidad", "autosuficiencia". Todas estas definiciones han sido aplicadas a través de la historia del ser humano, ya que desde la época de los antiguos griegos se conoce el término. La "alotriosis", "autoalienación", por ejemplo, era el mayor mal en la filosofía griega, y la "oikeiosis", "amor por sí mismo", "autoaprobación" o "satisfacción de sí mismo", era la mayor meta.

La autoestima depende también de lo que nos rodea, ya que el hombre es social por naturaleza. "La autoestima es una parte fundamental para que el hombre alcance la plenitud y autorrealización en la salud física y mental, productividad y creatividad, es decir, es la plena expresión de sí mismo".

"El hombre tiene capacidad para elegir la actitud personal ante cualquier reto o un conjunto de circunstancias y así decidir su propio camino. Lo que el hombre llega a ser lo tiene que ser por sí mismo" (Nathaniel Branden).

La autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. Esta se aprende, cambia y la podemos mejorar. Es a partir de los 5-6 años cuando empezamos a formarnos un concepto de cómo nos ven nuestros mayores (padres, maestros), compañeros, amigos, etcétera y las experiencias que vamos adquiriendo. La consecución o mantenimiento de una buena autoestima es una tarea para Terapia Ocupacional, pues suele ser un síntoma recurrente de los variados problemas conductuales de los pacientes, la presencia de actitudes hipercríticas no-rationales hacia sí mismo.

Según la definición del diccionario Merriam Webster, significa:

Confianza y satisfacción en uno mismo Una razonable o un justificable sentido de valor o importancia de uno mismo. Un frecuente injustificado sentimiento de estar satisfecho con uno mismo o con una situación o logro. Gran Fe en uno mismo y sus habilidades

La autoestima es la idea que tenemos acerca de nosotros mismos. Es cuanto usted se valora a sí mismo y cuán importante usted cree que es. Es como se ve usted a usted mismo.

Renny Yagosesky, (1998), orientador de la conducta y autor del libro "Autoestima en palabras sencillas", considera que la autoestima es una función del organismo y un recurso integral y complejo de autoprotección y desarrollo personal. Es un constructo que trasciende la idea básica de autovaloración, y aunque la incluye, va más allá e incorpora aspectos biopsicosociales, pues las debilidades de autoestima afectan la salud, las relaciones y la productividad, mientras que su robustecimiento potencia en la persona global, es decir, su salud, su adaptabilidad social y sus capacidades productivas.

Coopersmith (1978), define la autoestima como la evaluación que el individuo hace de sí mismo y que usualmente la mantiene. Se manifiesta en una actitud de aprobación o desaprobación de la propia personalidad, e indica la extensión en la cual el individuo cree en sus propias capacidades, significancia, éxito y valor.

Satir (1978), define el término en forma semejante y denomina autoestima al concepto de valor individual que cada quien tiene de su persona.

Corkille (1990), la define como lo que cada persona siente por ella misma, su juicio general de sí mismo, la medida en que le agrada su persona.

Tamayo (1982) define el autoconcepto como un proceso psicológico cuyos contenidos y dinanismos son determinados socialmente; comprende el conjunto de percepciones, sentimientos, imágenes, autoatribuciones y juicios de valor referentes a uno mismo. Esta definición demuestra la manera tan estrecha en que están ligados los términos autoconcepto y autoestima, ya que ésta, al ser la parte evaluativa del autoconcepto, resulta inseparable del mismo. Por lo tanto, hablar de autoestima necesariamente hace referencia al autoconcepto que se relaciona en sustancia con el aspecto descriptivo de la persona.

La autoestima es un componente de la personalidad, de naturaleza multidimensional, es decir, cada papel que la persona asume a lo largo de su vida, le añade una nueva dimensión a su autoestima. En gran medida, la conducta está determinada por este componente de la personalidad que funciona como su regulador y mediador, y como un factor determinante para la adaptación personal y social. Ésta es un importante indicador de salud mental y, para algunos autores, su base misma. El individuo que posee una autoestima positiva tiene mayor probabilidad de ser feliz en la vida.

## Importancia de la autoestima.

Una imagen favorable de sí mismo puede ser la clave del éxito y de la felicidad durante la vida, ya que permite a la persona reconocer sus logros y fracasos, confiar en sus propias capacidades, aceptar y tolerar la crítica, tomar riesgos, hacer frente a los obstáculos y solucionar problemas de manera efectiva y creativa al asumir más responsabilidades; le permite también utilizar y ejercitar los recursos y aptitudes con que cuenta, respetar y amar a los demás, y establecer relaciones sociales satisfactorias. Esto se logra cuando se impulsa al niño a la independencia y al crecimiento.

Por el contrario, la baja autoestima crea un círculo vicioso que se perpetúa en sí mismo: sentir que se es incapaz y que no se agrada a los demás, condiciona al individuo para no actuar como una persona agradable y capaz. Cuando se carece de motivación para intentar y tomar riesgos, la persona se siente atrapada.

## El desarrollo del autoconcepto y la autoestima.

El sentido de sí mismo crece en forma lenta. Se trata de un proceso complejo en que interactúan continuamente un gran número de factores, entre los que Andrade menciona:

1. El equipo biológico con que el niño nace
2. La pertenencia a un grupo cultural
3. La historia de las experiencias del niño con otras personas, especialmente con su familia
4. Las situaciones particulares que influyen en cada individuo.

Este proceso de autoconocimiento comienza desde el nacimiento, a medida que el niño desarrolla una autoconciencia, es decir, la comprensión de su independencia con otras personas. Se sabe que el recién nacido no separa su "yo" del resto del mundo, carece de conciencia de sí mismo debido a que la memoria no se ha desarrollado, y a que no cuenta con experiencias que le permitan distinguirse a sí mismo del medio que le rodea. El yo corporal es el primero en desarrollarse con base en las sensaciones físicas provenientes del interior del cuerpo, y de las frustraciones que llegan del exterior cuando las necesidades del pequeño no son satisfechas. El lenguaje es un aspecto psicológico de gran importancia para establecer la identidad. Al escuchar constantemente su nombre, el niño comienza a reconocerse como diferente a los otros. Alrededor de los dos

años el niño muestra un enorme deseo de explorar su medio, clara expresión del desarrollo del yo que explica el oposicionismo y negativismo propio de esta edad.

Posteriormente, el niño empieza a autodefinirse, desde el momento en que identifica las características que considera importantes en sí mismo para describirse. Esto ocurre aproximadamente a los tres años de edad, cuando se juzga sobre todo en términos externos, tales como su cabello, su peinado, el color de su ropa o las actividades que realiza.

Alrededor de los seis o siete años de edad, los infantes empiezan a definirse en términos psicológicos, edad en que el niño desarrolla el concepto de quién es (yo verdadero) y de quién desearía ser (yo ideal). El crecimiento en la comprensión del yo implica un importante progreso: la conducta es cada vez menos regulada por los otros (padres) y más regulada por el propio niño, quien ahora es capaz de ejercer cierto control en sus impulsos respecto a lo que se espera de él en el medio en que vive.

Este desarrollo ocurre a través de la interacción valorativa de otras personas. La mayoría de los teóricos consideran el autoconcepto y la autoestima como fenómenos eminentemente sociales. Los niños se evalúan a sí mismos comparando su yo "real" con su yo "ideal", y con las expectativas y estándares de las personas significativas que les rodean (padres, maestros y pares). En la infancia los padres son quienes mantienen las interacciones más frecuentes e intensas con los niños, y desempeñan por lo mismo un papel clave tanto en la socialización como en la individuación.

Coopersmith (1978), piensa que las personas basan su imagen de sí mismos en los criterios de:

- a) significación, es decir, el grado en que se sienten amados y aceptados por las personas que le son importantes
- b) competencia, es decir, el grado en que se sienten capaces de desempeñar tareas
- c) virtud, es decir, la capacidad de alcanzar valores morales y éticos, y
- d) poder, que se refiere a la habilidad de ejercer influencia en la propia vida y en la de los demás, teniendo, en la medida de lo posible, control de lo que ocurre en el medio ambiente y en el propio mundo interno.

De acuerdo con Tamayo (1982) autoconcepto y autoestima se forman con base en las percepciones y representaciones sociales de los otros significativos. De esta forma están en permanente proceso de cambio para adaptarse tanto a las exigencias del medio como de las personas. Éstas en realidad funcionan como un espejo. En él el individuo se descubre, se estructura y se reconoce. A partir de la

percepción de las reacciones y juicios emitidos por los demás, el niño conoce lo que se espera de él y lo compara con su propia conducta. Así, autoconcepto y autoestima son a la vez estructuras estables y procesos dinámicos. A pesar de encontrarse en constante evolución, mantienen cierta estabilidad, ya que se requiere de muchas situaciones específicas consistentes, positivas o negativas, para modificar una dimensión particular. Así, es muy difícil que se modifiquen globalmente autoconcepto y autoestima.

Las opiniones que los niños tienen de sí mismos, causan un tremendo impacto en el desarrollo de su personalidad.

La definición correcta del término autoestima es materia de debate en las diferentes escuelas psicológicas y psiquiátricas, así como en áreas fuera del enfoque científico para el bienestar mental humano. Particularmente en el New Age, las definiciones suelen ir en el sentido de halagar al creyente. Otros psicólogos de la autoestima, como Nathaniel Branden, insisten en la necesidad de reformar las convicciones filosóficas dañinas programadas en el paciente para así poder lograr la curación.

De acuerdo a las definiciones que se han descrito, la que se eligió para llevar a cabo esta investigación fue la de Coopersmith, quien define la autoestima como la evaluación que el sujeto hace de sí mismo y que usualmente la mantiene, manifestándose en una actitud de aprobación o desaprobación de su propia personalidad, e indica la extensión en la cual el individuo cree en sus propias capacidades, significancia, éxito y valor.

## 2.2 Características: Autoestima alta y baja

Persona con alta autoestima:

- Asume responsabilidades y ello le hace crecer y sentirse pleno.
- Seguro acerca de quien es y seguridad en si mismo.
- Capaz de tener intimidad en sus relaciones.
- Capaz de mostrar, respetar y expresar sus verdaderos sentimientos, permitiendo que lo hagan los demás.
- Capaz de reconocer sus propios logros.
- Habilidad de perdonarse a uno mismo y a las demás personas.
- Personas que le dan la bienvenida a los cambios.
- Se siente orgulloso de sus éxitos, y toma sus propias decisiones.
- Afronta nuevas metas con optimismo.
- Acepta que comete errores y aprende de ellos.
- Se quiere y se respeta a sí misma.
- Conoce sus derechos, obligaciones y necesidades, los defiende y desarrolla.
- Rechaza las actitudes negativas.
- Expresa sinceridad en toda demostración de afecto.
- Se ama a sí misma tal como es.
- No es envidiosa.
- Usa su intuición y percepción.
- Es libre, nadie lo amenaza, ni amenaza a los demás.
- Dirige su vida hacia donde cree conveniente, desarrollando habilidades que hagan posible esto.
- Es consistente de su constante cambio, adapta y acepta nuevos valores y rectifica caminos.
- Aprende y se actualiza para satisfacer las necesidades.
- Tiene la capacidad de autoevaluarse y no emite juicios de otros.
- Controla y maneja sus instintos, tiene fe en que los otros lo hagan.
- Maneja su agresividad sin hostilidad y sin lastimar a los demás.

Persona con baja autoestima:

- Inseguridad acerca de quien es y falta de confianza.
- Problemas de intimidad en relaciones.
- Esconde los verdaderos sentimientos.
- Inhabilidad de premiar sus logros.
- Inhabilidad del perdón hacia sí mismo y a los demás.
- Inconsciente y miedo al cambio.

- Usa sus prejuicios.
- Dirige su vida hacia donde los otros quieren que vaya, sintiéndose frustrado, enojado y agresivo.
- No es amable consigo misma.
- Se siente impotente.
- Actúa a la defensiva.
- Culpa a los demás por sus faltas y debilidades.
- Inconsciente del cambio, es rígido en sus valores y se empeña en permanecer estático.
- Se estanca, no acepta la evolución, no ve necesidades; no aprende.
- Tiene problemas para relacionarse con el sexo opuesto. Si lo hace es en forma posesiva, destructiva superficial y efímera.
- Ejecuta su trabajo con insatisfacción, no lo hace bien ni aprende a mejorar.
- Se disgusta a sí mismo y le desagradan los demás.
- Desconfía de sí mismo y de los demás.
- No acepta que comete errores, o se culpa y no aprende de ellos.
- No conoce sus derechos, obligaciones ni necesidades, por lo tanto no los defiende ni desarrolla.
- No se autoevalúa, necesita de la aprobación o desaprobación de otros y emite juicios de otros.
- Se deja llevar por sus instintos, su control está en manos de los demás.
- Maneja su agresividad destructivamente, lastimándose y lastimando a los demás.

"Para establecer una verdadera autoestima nosotros debemos concentrarnos en nuestros éxitos y olvidarnos de nuestros fracasos y negatividades en nuestra vida".  
Denis Waitley.

"Las personas nacen con motivación intrínseca, autoestima, dignidad, curiosidad de aprender y alegría de aprender".*W.* Edwards Deming

"Hay una evidencia muy grande que de más alta es la autoestima, las personas van a tratar a los demás con respeto, bondad y generosidad".Nathaniel Branden .

## 2.3 Escala de Autoestima (IAC) de COOPERSMITH

La autoestima ha sido tema central de diversos estudios y aproximaciones teóricas; autores tales como H. S. Sullivan, K. Horney, E. Fromm y C Rogers, entre otros, han abordado el tema de la autoestima y sus orígenes. Sin embargo, el término a menudo se da por entendido, aun cuando los autores puedan no estar refiriéndose a lo mismo. Así, W. James indica que la autoestima está determinada por la relación entre las aspiraciones y los logros de una persona; M. Mead menciona que ésta deriva de la evaluación de los otros, y A. Maslow la categoriza como una necesidad.

Coopersmith (1967) define la autoestima como “el juicio personal de valía, que es expresado en las actitudes que el individuo toma hacia sí mismo. Es una experiencia subjetiva que se trasmite a los demás por reportes verbales o conducta manifiesta.

La baja autoestima puede llevar a sentimientos de apatía, aislamiento, poca capacidad de amar y pasividad, mientras que la alta autoestima se relaciona con personas que se encuentran involucradas en vidas más activas, con sentimientos de control sobre las circunstancias, menos ansiosas y con mejores capacidades para tolerar el estrés interno o externo, son menos sensibles a las críticas, suelen tener mejor salud física, disfrutan de sus relaciones interpersonales y valoran su independencia (Rosenberg, 1962; Lundgren, 1978).

El hablar de alta o baja autoestima se ha convertido en parte cotidiana del vocabulario de los legos así como de los trabajadores de la salud mental. Debido a la gran influencia que la autoestima puede tener en la vida de las personas, se han desarrollado diferentes instrumentos con el fin de evaluarla. Coopersmith comienza en 1959 un estudio sobre la autoestima, y en 1967 publica una escala de medición de autoestima para niños de 5° y 6° grados, que es ampliamente utilizada. Coopersmith utilizó esta prueba de 58 reactivos (ítems) como base para el desarrollo de la versión para adultos (Coopersmith, 1967).

Al analizar su confiabilidad, Ryden encontró una confiabilidad test-retest de .80 en mujeres, en períodos de 6 a 58 semanas. Con respecto a la validez del constructo, se refieren diferencias significativas entre los grupos de alta y baja autoestima.

Debido a que en lengua hispana existen pocos datos estadísticos sobre instrumentos de medición de la autoestima, Ma. Asunción Lara-Cantú, Ma. Angélica Verduzco, Maricarmen Acevedo y José Cortés, se dieron a la tarea de darle validez y confiabilidad al inventario de Autoestima de Coopersmith (1967) para adultos en la población mexicana. Determinaron la validez de constructo y

concurrente, además, estudiaron las diferencias en autoestima por sexo, edad, estado civil, escolaridad y ocupación, (1993).

El inventario de Autoestima de Coopersmith (IAC) consta de 25 afirmaciones con respuestas dicotómicas. Tiene 8 reactivos los cuales son: 1,4,5,8,9,14,19, y 20, dando valor de 1 a las respuestas afirmativas (sí) y 1 a las negativas (no); son 17 reactivos: 2,3,6,7,10,11,12,13,15,16,17,18,21,22,23,24,25. La calificación total de la prueba, se obtiene la suma de todos los reactivos calificados (anexo A), fue traducido al español con base en la traducción del mismo inventario en su versión para niños, en el cual se utilizó el procedimiento de traducción doble (back translation).

Clave de corrección: Máxima puntuación: 25  
Mínima puntuación: 0

Puntuación:  
0-10 significativamente baja  
11-15 media baja  
16 media  
17-22 media-alta  
23-25 significativamente alta

## **Capítulo 3 Trastorno Depresivo Mayor**

### **3.1 Antecedentes**

Inicialmente denominada melancolía (del griego clásico μέλας "negro" y χολή "bilis") y frecuentemente confundida con ella, la depresión (del latín *depressus*, abatimiento) es uno de los trastornos psiquiátricos más antiguos de los que se tiene constancia. A lo largo de la historia se evidencia su presencia a través de los escritos y de las obras de arte, pero también, mucho antes del nacimiento de la especialidad médica de la psiquiatría, es conocida y catalogada por los principales tratados médicos de la antigüedad.

El origen del término melancolía se encuentra, de hecho, en Hipócrates, aunque hay que esperar hasta el año 1725 en el que el británico Sir Richard Blackmore rebautiza el cuadro con el término actual de depresión. (Jackson, Stanley). Hasta el nacimiento de la psiquiatría científica, en pleno siglo XIX, su origen y tratamientos, como el del resto de los trastornos mentales, basculan entre la magia y una terapia ambientalista de carácter empírico (dietas, paseos, música...), pero con el advenimiento de la biopsiquiatría y el despegue exitoso de la farmacología pasa a convertirse en una enfermedad más. De hecho el éxito de los modernos antidepresivos (especialmente la fluoxetina, más conocida por uno de sus nombres comerciales: Prozac, y rebautizada como *píldora de la felicidad*) ha reforzado el *mito del fármaco* de la sociedad occidental del siglo XX.

La medicina oficial moderna considera cualquier trastorno del humor que disminuya el rendimiento en el trabajo o limite la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea o no conocida, como un trastorno digno de atención médica y susceptible de ser tratado mediante farmacoterapia o psicoterapia.

La cultura griega clásica explicaba todas las enfermedades y los cambios de temperamento o "humor" a partir de la influencia de cuatro líquidos corporales denominados "humores": la sangre, la flema, la bilis negra y la bilis amarilla. Según esta teoría de los cuatro humores propuesta por Hipócrates un exceso de sangre provocaba comportamientos hiperactivos (maníacos, en la terminología actual), mientras que el exceso de bilis negra provocaba un comportamiento abatido, apático y un manifiesto sentimiento de tristeza. El término "bilis negra" o μελαγχολία ("melancolía", μελαγ: melán, negro; χολη: jole, hiel, bilis) pasó a convertirse en sinónimo de tristeza. "Domínguez García, V" (1991).

Los romanos tenían en latín su propia manera de llamar a la bilis negra, *atra bilis* (bilis oscura), de la cual se deriva la palabra española "atrabiliario", que significa malhumorado, pero el término médico mantuvo el origen griego.

Hipócrates explicaba no sólo el comportamiento sino las propias salud y enfermedad mediante el equilibrio de estos humores en el cuerpo. Denominaba *crasis* al equilibrio entre y llamaba *crisis* a la expulsión de los humores mediante procesos fisiológicos como el sudor, los vómitos, la expectoración, la orina, o las heces. El médico debía averiguar cuál era el momento "crítico" (aquel en el que se debía producir la expulsión de los malos humores) para facilitarlos mediante la aplicación de los correspondientes tratamientos.

El origen del vocablo depresión se encuentra en la expresión latina *de y premere* (empujar u oprimir hacia abajo). Su uso se registra por primera vez en Inglaterra en el siglo XVII. Richard Blackmore, médico de Guillermo III de Inglaterra y poeta, habla en 1725 de *estar deprimido en profunda tristeza y melancolía*. Robert Whytt, 1764, relaciona *depresión mental* con *espíritu bajo*, hipocondría y melancolía. En 1808 Hacia el siglo XIX el término depresión va ganando terreno y se usa junto al de melancolía para designar a la enfermedad, mientras este último término siguió conservando su uso popular y literario. "Jackson, Stanley W".

Wilhem Griesinger empleó por primera vez el término *estados de depresión mental* como sinónimo de melancolía. Emil Kraepelin la designa como locura depresiva en una de sus clasificaciones, sin abandonar el término melancolía para nombrar la enfermedad, y manteniendo depresión para referirse a un estado de ánimo; afirmaba que las melancolías eran formas de depresión mental, expresión que se le atribuye. Adolf Meyer propuso abandonar el término melancolía y sustituirlo por el de depresión.

En esta batalla por la nomenclatura se llegó a la redundancia de llamar melancolía a la depresión con síntomas leves. El término ciclotimia fue usado por Karl Ludwig Kahlbaum en 1863 para designar las variaciones de las fases depresiva y maníaca, a modo de ciclos repetitivos y periódicos.

Pueden encontrarse descripciones de la melancolía y sus síntomas en muchos registros literarios y médicos de la humanidad, aunque es la cultura griega clásica la primera en abordar explícitamente este trastorno del ánimo, sin recurrir a metáforas o descripciones literarias.

El modelo médico griego se fundaba en las variaciones hereditarias cuya influencia determinaba la de la aparición de las diferentes enfermedades. El predominio o desequilibrio de un *humor* sobre los otros podía explicar un temperamento, según la teoría propuesta por Hipócrates, pero también la aparición de diferentes enfermedades; siguiendo ese modelo, los temperamentos posibles eran el sanguíneo, el colérico, el melancólico y el flemático. El temperamento (*temperamentum*, medida) es la peculiaridad e intensidad individual de los afectos psíquicos y de la estructura dominante de humor y motivación; es la manera individual de reaccionar a los estímulos ambientales. El

colérico es rápido, muy activo, práctico en sus decisiones, autosuficiente y sobre todo independiente. Se considera que es muy determinado, firme y decidido en sus opiniones, y se enoja con facilidad. El melancólico es sensible, aunque poco reactivo; tiende al pesimismo y la pasividad.

1. *Si el miedo y la tristeza se prolongan, es melancolía.*  
**Hipócrates de Cos** (*Aforismos*, 6, 23)
2. A pesar de los errores de esta teoría Hipócrates no se equivocaba completamente al relacionar los dos síntomas principales propios de los melancólicos: el temor y la tristeza. Es como consecuencia de esta tristeza que los melancólicos odian, según Hipócrates, todo lo que ven y parecen continuamente apenados y llenos de miedo, como los niños y los hombres ignorantes que tiemblan en una oscuridad profunda. "*Enfermedades, II*"

Si que yerra, en cambio, al identificar o relacionar melancolía y epilepsia, confusión que persistirá mucho tiempo:

3. *Por lo general, los melancólicos se tornan epilépticos y los epilépticos melancólicos; lo que determina uno u otro de ambos estados es la dirección que toma la enfermedad; si acomete al cuerpo, epilepsia, si al espíritu, melancolía.*  
**Hipócrates de Cos** (*Epidemias VIII*, 31)

Areteo de Capadocia, notable médico romano del siglo I, describe la melancolía como una frialdad del ánimo, obsesionado con un pensamiento, y tendente a la tristeza y a la pesadumbre. Celso, por su parte, aunque de espíritu fundamentalmente compilador, desarrolla algunas consideraciones personales sobre el tratamiento que incluyen terapias ambientalistas, de distracción con cuentos y juegos del agrado del paciente o viajes periódicos a otros países, aunque también incluye propuestas de tratamiento farmacológico como la sangría, o purgas estomacales a base de eléboro blanco.

Sorano de Éfeso, principal representante de la escuela metodista, considera la melancolía como un tipo de enfermedad asociada a un estado excesivamente fluido y laxo del organismo. Rechaza la teoría de los humores y, a través de las referencias de su principal traductor, Celio Aureliano, sabemos que creía que su origen estaba en el estómago (*stomachus*). La escuela neumática (seguidora de la teoría del *pneuma*: la vida es consecuencia de un flujo o «pneuma» permanente de partículas en movimiento), opuesta a la metodista y representada por Rufo de Éfeso, también se opone a la teoría humoral y propone una clasificación visionaria en melancolías congénitas y adquiridas, además de introducir una descripción prosopográfico del perfil del paciente melancólico: ojos saltones, labios finos, piel oscura o exceso de vello corporal. Menciona este autor la existencia de una *melancolía de los hipocondrios* o *hipocondría*, y achaca la misma a una excesiva actividad del pensamiento. Persiste la relación entre la

depresión y el tracto digestivo ya que "la época en la que aparece menos es el invierno, porque la digestión se hace bien en esa estación".

La escuela ecléctica, abanderada por Areteo de Capadocia, mantuvo el origen humoral de la enfermedad y recogió por primera vez el concepto de melancolía amorosa, además de relacionar la melancolía con su situación clínica contraria, la manía.

Claudio Galeno de Pérgamo, principal figura médica de la Roma antigua, mantiene en el siglo II dC los postulados hipocráticos, subrayando de nuevo la importancia del miedo como síntoma concomitante con la tristeza.

El período europeo conocido como Edad Media incluye aportaciones en materia de medicina de tres fuentes más o menos diferenciadas: El imperio bizantino, surgido de los restos del Imperio Romano de Oriente, el mundo islámico, en plena expansión, y la Europa Occidental, dominada por una concepción cristiana de la ciencia. La medicina de la Edad Media en Europa mantiene, en general, intactos los postulados clásicos de los cuatro humores pero la influencia del cristianismo como aglutinador cultural en la interpretación de las "pasiones del alma" abre la vía de una nueva concepción de la enfermedad.

En Bizancio, aislada de las campañas militares de los bárbaros y heredera de la Escuela Alejandrina, el médico enciclopedista Oribasio de Pérgamo repite la letanía hipocrática de los dos síntomas principales de la melancolía, el miedo y la tristeza y cita también a Rufo de Efeso al afirmar que el mejor tratamiento contra la melancolía es el coito, porque "hace desaparecer las ideas obsesivas del alma y aquietar las pasiones desbocadas".

De manera algo más innovadora Alejandro de Tralles incluye la melancolía dentro de un grupo mayor de tipos de locura. Según este autor puede deberse a un exceso de sangre, que hace que los vapores asciendan al cerebro; a una obstrucción del flujo sanguíneo, lo que ocasionaría una obstrucción en el cerebro; o a un exceso de bilis negra, resultante de la transformación de la sangre y que también produce vapores que ascienden hacia el cerebro. Pero es el gran médico bizantino, Pablo de Egina, quién en su *Epitome, Hypomnema o Memorandum* quién registrará por primera vez el error de asimilar melancolía y posesión demoníaca: *La melancolía es un trastorno del intelecto sin fiebre... Los síntomas comunes a todos ellos son el miedo, la desesperación y la misantropía. Algunos desean la muerte y otros tienen miedo a morir; algunos ríen constantemente, y otros sollozan; algunos se creen impelidos por altas instancias, y predicen el futuro, como si estuvieran bajo la influencia divina; y a estos, por ello se les llama endemoniados o posesos.*

A partir de la expansión del islam en el siglo VII se produce una relación sincrética y muy productiva en el campo de la medicina árabe, en contacto con las

obras clásicas de los autores griegos y romanos a través de los traductores nestorianos. Ishaq Ibn Imran, en el siglo X, en Bagdad describe en su *Maqâla fî âl-Malihûliyâ* (Tratado de la melancolía, única obra árabe dedicada exclusivamente a este trastorno) que en estos pacientes hay sentimientos de angustia y soledad debidos a una idea irreal. Incluye algunos síntomas somáticos como la pérdida de peso y sueño.

La melancolía puede surgir por motivos como el miedo, el tedio o la ira. Distingue, entonces, entre tristeza, ansiedad, angustia, trastornos psicósomáticos y somatopsíquicos y propone tratamientos ambientales (una incipiente propuesta de psicoterapia) y farmacéuticos. Aunque mantiene una concepción general basada en la teoría humoral, aporta ideas acerca de su etiopatogenia que se alejan del concepto clásico: las actividades del alma racional (el pensamiento arduo, el recuerdo, las fantasías o los juicios) pueden arrastrar al alma susceptible a la melancolía, como caen en ella los enamorados o los sibaritas, o los que se exceden en la lectura de libros de medicina o filosofía.

Avicena, en su Canon de medicina, menciona la melancolía, siguiendo los dictados de Rufo de Éfeso y de Galeno, y con pocas aportaciones novedosas. Al-Razi, médico jefe del hospital de Bagdad, primero en poseer una sección dedicada a los enfermos mentales, enfatiza en su obra médica la necesidad de valorar los aspectos psicológicos del paciente a la hora de hacer una valoración global. Sobre la melancolía, anticipa un método de tratamiento psicodinámico consistente en recomendar al paciente trabajos que le liberen de su ociosidad y la conversación frecuente con personas juiciosas que les muestren lo infundado de sus preocupaciones.

Constantino el Africano, representante de la Escuela Médica Salernitana, traduce la obra de Ishaq Ibn Imran en el siglo XI, y asume que la melancolía puede aquejar al espíritu más que otras enfermedades somáticas. Siguiendo este tratado establece diferentes tipos de melancolía: la hipocondríaca, ubicada en la boca del estómago; otra en alguna zona profunda del cerebro. Como Hipócrates, las repercusiones serán el temor y la tristeza. La definición de la tristeza es (anticipando posteriores interpretaciones psicoanalíticas) la pérdida del objeto amado. "Cuando los efluvios de la bilis negra, afirma Constantino, suben al cerebro y al lugar de la mente, oscurecen su luz, la perturban y sumergen, impidiéndole que comprenda lo que solía comprender, y que es menester que comprenda. A partir de lo cual la desconfianza se vuelve tan mala que se imagina lo que no debe ser imaginado y hace temer al corazón cosas temibles. Todo el cuerpo es afectado por estas pasiones, pues necesariamente el cuerpo sigue al alma (*El cuerpo sigue al alma en sus acciones y el alma sigue al cuerpo en sus accidentes*). Por consiguiente se padece vigilia, malicia, demacración, alteración de las virtudes naturales, que no se comportan según lo que solían, mientras estaban sanas". "Pagés Larraya" (1992). En la segunda parte de la traducción de

Constantino se enumeran algunas pócimas y jarabes útiles frente a los diferentes tipos de melancolía.

Desde una perspectiva religiosa a la melancolía se la categorizó como "demonio", entendido como tentación o pecado, pasando a denominarse acedia o *apátheia* (desidia, apatía). "Aldous Huxley" (1923). Los ocho pecados capitales eran la gastrimargia, la fornicatio, la philargyria, la tristitia, la cenodoxia (esta fue eliminada por Tomás de Aquino, quedando para el acervo popular los siete pecados capitales), la ira, la superbia y la acedia o *taedium cordis* (desidia, sutilmente diferente de la tristeza o de la pereza). "La acedia o acedia".

San Isidoro de Sevilla indica cuatro defectos derivados de la tristeza: el rencor, la pusilanimidad, la amargura, la desesperación; y siete de la acedia: la ociosidad, la somnolencia, la indiscreción de la mente, el desasosiego del cuerpo, la inestabilidad, la verbosidad y la curiosidad.

Evagrio Póntico, monje asceta apodado "el solitario" describe al acedioso en varios textos recogidos en la Filocalia, insistiendo en ese concepto de apatía conducente a la falta de diligencia.

La principal novedad despuntada en los albores del período humanista conocido como Renacimiento es la descripción aristotélica del temperamento melancólico y su relación con el genio artístico y la locura creativa. Marsilio Ficino, médico florentino neoplatónico del siglo XV analiza la obra de Aristóteles (*Problemata XXX*) desde esa perspectiva y propone que las personas con una mayor cantidad de bilis negra poseen unas dotes especiales para la creación artística. Esta idea anticipa el ideal de la melancolía creativa, o de la *spes thysica* (capacidad creativa inducida por la tuberculosis en sus fases finales) desarrollados por el movimiento romántico varios siglos después.

Timothy Bright (1550-1615) publica en 1586 una descripción del cuadro clínico de la melancolía, bajo los preceptos (todavía) de la teoría humoral; poco después André de Laurens, médico de Enrique IV publica otro tratado de mucho éxito (diez ediciones entre 1597 y 1626) titulado *Discurso sobre la conservación de la vista, las enfermedades melancólicas, los catarros y la vejez*, en el que aporta la idea de que la bilis negra puede ser calentada, produciendo un estado espiritual (*enthousiasma*) que induce al hombre a la filosofía o la poesía.

Pero la figura más importante del Renacimiento (a caballo entre este y el racionalismo del siglo XVII) en relación con la melancolía fue Robert Burton (1577-1640), quien dedicó casi toda una vida a redactar su Anatomía de la Melancolía (publicada en 1621), un largo ensayo médico y filosófico en el que resume todos los conocimientos habidos hasta esa fecha sobre el tema. En sus tres tomos se ofrece una concepción multifactorial de la depresión, según la cual la enfermedad no tiene una única causa, sino que puede tener varias: desde el amor a la religión, pasando por la política, la influencia de las estrellas o el simple

aburrimento. Puede localizarse, al modo clásico, en la cabeza, el cuerpo o los hipocondrios, y se acompaña en ocasiones de delirios o fantasías, de nuevo subrayando el miedo y la tristeza como síntomas principales. Y si varias pueden ser las causas, varios pueden ser los remedios, que van desde la música a la compañía.

La transformación de la sociedad a partir del siglo XVII (la crisis del modelo mercantilista y el surgimiento de la concepción mecanicista de la ciencia) determinaron una ruptura con las teorías clásicas sobre la melancolía. Thomas Willis (1621-1675) será el primer médico en rechazar activamente la teoría de los cuatro humores y, al hilo de la corriente imperante en su época, atribuirá a procesos químicos del cerebro y del corazón las causas de esta enfermedad.

Menciona cuatro tipos de melancolía, de acuerdo a su origen: La debida a una alteración en el cerebro, la originada por una mala función del bazo, una tercera que tiene su origen y efecto en todo el cuerpo y una última clase de melancolía "histórica", cuyo origen se encontraría en el útero. Es considerado el pionero de la neuroanatomía, y sus trabajos en el campo de la depresión le llevan a publicar en 1672 un tratado sobre el tema en el que mantiene la base del miedo y la tristeza en cuanto a la sintomatología, pero en el que introduce por primera vez el concepto de afectación de la conciencia frente a la afectación de la conducta, lo que dará origen a los conceptos de locura parcial y locura general desarrollados poco después por John Locke, el más notable de sus discípulos.

A. Pitcairn a comienzos del siglo XVIII escribía que el desequilibrio de los flujos sanguíneos en el organismo podía afectar al flujo de los espíritus de los nervios (según la teoría de René Descartes) generando los pensamientos confusos y los delirios propios de la melancolía. Poco después los experimentos con la recién descubierta electricidad transformaron el campo de la fisiología abandonando la teoría de Descartes para dar lugar a los conceptos de sensibilidad e irritabilidad, atracción, repulsión y transmisión. Newton en su *Principia* (1713) decía: *... y los miembros de los cuerpos animales se mueven por orden de la voluntad, es decir, por las vibraciones de este fluido [el éter], propagado a lo largo de los filamentos sólidos de los nervios, desde los órganos exteriores de los sentidos al cerebro, y del cerebro a los músculos*. Siguiendo con ese planteamiento William Cullen (1710-1790), estudió los conceptos de carga y descarga en los seres vivos sometidos a electricidad y extrapoló sus hallazgos a la función cerebral. De este modo relacionó a la melancolía con un estado de menor energía cerebral: el melancólico sufría una situación de falta de tono nervioso o "anergia".

William Cullen se dedica durante la segunda mitad del siglo XVIII a clasificar minuciosamente las enfermedades, incluyendo a la melancolía dentro del apartado de neurosis, o "enfermedades nerviosas", según la nueva nomenclatura fundada en los recientes hallazgos neurofisiológicos. Un exceso de

torpeza en el desplazamiento de la energía nerviosa sería la causa principal de la melancolía, dándose con este autor definitivamente por abandonada la bimilenaria teoría humoral.

Richard Blackmore menciona por primera vez en 1725 el término depresión, pero aún pasarán muchos años antes de que sustituya al más clásico de melancolía.

La revolución francesa y su vástago, la revolución industrial, cambiarán definitiva y completamente el modo de entender a la persona enferma. Y especialmente, a la enfermedad mental. El padre de la psiquiatría moderna, Philippe Pinel, llega a la medicina después de un intenso estudio de las matemáticas, lo que le permite disponer de una óptica ligeramente diferente a la del resto de médicos de su época. Desde su punto de vista el origen de los trastornos anímicos está en la percepción y las sensaciones, inaugurando una época de *causas morales* (fanatismos religiosos, desilusiones intensas, amores apasionados...). Sin atacar a esas causas no se puede tratar la melancolía, denominada por él como delirio parcial o delirio sobre un objeto. "Philippe Pinel" (1801).

El principal discípulo de Pinel, Jean-Etienne-Dominique Esquirol acometió la reforma psiquiátrica de espíritu positivista que sentó las bases de la identificación entre loco y enfermo mental. Adoptó el término de monomanía para algunos tipos de melancolía, y apuntó por primera vez, de una manera muy adelantada, a la "enfermedad" (monomanía instintiva) como causa de determinados comportamientos delictivos. Aquí comenzará el proceso que culmina en pleno siglo XX de identificación (y confusión, en algunos casos) entre trastorno anímico (tristeza patológica) y enfermedad mental (depresión).

Pero esas descripciones nosológicas de Pinel y Esquirol pronto se demuestran como síndromes, más que como entidades propias. La monomanía, la manía, la melancolía, son conjuntos de síntomas que difícilmente ayudan a tipificar a los pacientes. En este contexto Jean-Pierre Falret describe en 1854 la locura maniaco-depresiva en su tratado "*Acercas de la locura circular o forma de enfermedad mental caracterizada por la alternancia regular de la manía y de melancolía*".

A medida que avanza el desarrollo de la psiquiatría la terminología empleada para referirse a la melancolía o a la depresión van adquiriendo mayor especificidad y claridad. En las primeras décadas del siglo XX el concepto de depresión se desglosa en otros como ansiedad, histeria, hipocondría, obsesión, fobia, distimia o trastorno psicossomático y la OMS acota y define la depresión endógena o mayor como un síndrome orgánico cuya sintomatología nuclear abarca alteraciones del pensamiento y los impulsos, tristeza corporalizada y

trastornos de los ritmos vitales, además de poder expresarse a través de distintos síntomas somáticos.

La biopsiquiatría ha llegado más lejos explicando a través de mecanismos farmacológicos cómo la interacción de determinados neurotransmisores influye en el desarrollo de múltiples trastornos mentales entre los que se encuentra la depresión.

Durante el comienzo del siglo XVII, surgió en Inglaterra un curioso culto a la melancolía. Se creía que ésta era causada por la inseguridad religiosa, consecuencia natural de Reforma inglesa, y el profundo interés de la época por el pecado, la perdición y la salvación.

En la música, el culto a la melancolía está asociado con John Dowland, cuyo lema era "*Semper Dowland, semper dolens*" ("Siempre Dowland, siempre en pena"). El hombre melancólico, visto por sus contemporáneos como una molestia y un peligro, tiene su máximo exponente en Hamlet, el "danés melancólico".

Otro exponente literario de este clima cultural son los últimos escritos de John Donne, que giran constantemente en torno a la muerte. Sir Thomas Browne, con su *Hydriotaphia* y *Urn Burial*, y Jeremy Taylor, autor de *Holy Living and Holy Dying* son otros escritores representativos cuyos trabajos incluyen numerosas cavilaciones acerca de la muerte. Pero es Robert Burton, con su *Anatomy of Melancholy*, quien nos brinda el más profundo y completo estudio de este fenómeno. El libro trata la melancolía desde el punto de vista médico y literario.

Otras obras relacionadas son "Duelo y Melancolía" de Sigmund Freud y "La melancolía" de H. Tellenbach. Un famoso grabado alegórico de Albrecht Dürer se titula *Melancolía I*; la obra incluye un cuadrado mágico y un cubo truncado, entre otros objetos simbólicos estudiados por Erwin Panofsky.

Durante el romanticismo se dio un fenómeno similar, aunque no con el mismo nombre, en trabajos tales como *Las cuitas del joven Werther*, de Goethe. En el *Cuento del clérigo*, de Chaucer, se hace una descripción muy precisa de este "catastrófico vicio del espíritu". La acedia, nos dice, *hace al hombre aletargado, pensativo y grave*. Paraliza la voluntad humana, *retarda y pone inerte al hombre cuando intenta actuar. De la acedia proceden el horror a comenzar cualquier acción de utilidad, y finalmente el desaliento o la desesperación. En su ruta hacia la desesperanza extrema, la acedia genera toda una cosecha de pecados menores, como la ociosidad, la morosidad, la lâchesse, la frialdad, la falta de devoción y «el pecado de la aflicción mundana, llamado tristitia, que mata al hombre, como dice San Pablo»*. Los que han pecado por acedia encuentran su morada eterna en el quinto círculo del Infierno. Allí se les sumerge en la misma ciénaga negra con los coléricos, y sus lamentos y voces burbujean en la superficie.

### 3.2 Causas y síntomas

El trastorno depresivo para la clínica psiquiátrica es una enfermedad que afecta al cuerpo del individuo, su estado de ánimo y sus pensamientos. Incide en su forma de comer, de dormir, en su opinión de si mismo y su concepto de la vida en general.

Un trastorno depresivo no es un estado de ánimo triste pasajero, tampoco es una señal de debilidad personal o una condición que se pueda alejar a voluntad. Las personas que sufren enfermedad depresiva no pueden tan solo “animarse” y de inmediato sentirse mejor, sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses o años. En cambio un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado pueden ayudar a mas del 80% de las personas que sufren depresión.

Algunos episodios ocurren en forma repentina sin causa aparente, otros son desencadenados por experiencias desagradables. Algunas gentes tienen un episodio en su vida, otros tienen episodios recurrentes, en ocasiones los síntomas son tan fuertes que afectan la vida diaria del individuo, otras veces los síntomas son crónicos y aunque no afectan su vida diaria, si su estado de ánimo.

Es muy natural que las personas deprimidas interfieran con las personas que desean ayudarlos, la depresión hace a las personas sentirse cansadas, inútiles, indefensos, sin esperanza; por lo tanto el apoyo emocional de la familia y los amigos es muy importante para que se acepte la enfermedad y se acuda a tratarla.

Cuando la depresión se diagnostica a tiempo, es decir temprano en su curso, usualmente las personas deprimidas pueden ser tratadas como pacientes externos, mejorando su productividad al evitar la pérdida de horas de trabajo y reduciendo los costos por tratamientos prolongados.

Los trastornos depresivos se presentan en formas distintas al igual que sucede con otras enfermedades, tales como la del corazón por ejemplo, en este sentido se pueden describir brevemente los tipos mas comunes de depresión según Guillermo Calderón en 3 rubros: “Depresión Mayor”; “Distimia” y “Enfermedad Maniaco Depresiva”; sin embargo es importante señalar que dentro de estos tipos existen gran variedad de síntomas, gravedad y persistencia de tales trastornos.

Un trastorno depresivo mayor se manifiesta por medio de una combinación de síntomas, que interfieren con la habilidad de trabajar, dormir, comer y hasta disfrutar de actividades que anteriormente le complacían; estos episodios incapacitantes de depresión se pueden presentar una o mas veces, en el curso de la vida de un individuo.

Un tipo menos severo de depresión es la “Distimia”, que involucra síntomas de larga duración, crónicos, que no inhabilitan pero si impiden funcionar al individuo al máximo de su energía, en ocasiones las personas que sufren distimia experimentan también episodios de trastornos depresivos mayores.

Otra clase de trastorno depresivo es la “enfermedad Maniaco depresiva”, conocida también como “depresión bipolar”, la cual no está tan extendida como otras formas de depresión. Entre sus características están el presentar ciclos de depresión o bien de manía (júbilo exagerado).

Los cambios en el estado de ánimo son rápidos y en ocasiones dramáticos, por lo general suceden gradualmente. Cuando el sujeto se encuentra en un ciclo depresivo puede experimentar uno o todos los síntomas, igualmente si se encuentra en un ciclo maniaco; la manía afecta con frecuencia al pensamiento, el juicio y el comportamiento social, provocando serios problemas y momentos embarazosos como pueden ser el tomar decisiones descabelladas en el trabajo, el hogar, etc.

#### Causas de la depresión

Existen diversas causas por las cuales la depresión se presenta en el ser humano, así como un cúmulo de factores que pueden determinarla, psicológicamente hablando, la depresión no afecta a todos los sujetos de la misma forma y con igual intensidad; su estructura psíquica e historia personal influyen de manera determinante.

En todo cuadro patológico la constitución del paciente es muy importante, es decir la depresión posee un carácter endógeno, sin embargo debemos considerar que existen factores exteriores que pueden modificar este estado básico, tales como los elementos ambientales. La etiología de la depresión es multifactorial, con predominio de algunos agentes predisponentes y determinantes sobre otros según el cuadro.

El estado constitucional y los factores ambientales deben ser en todos los casos mutuamente complementarios, pues el predominio del primero o de los segundos influirá en el tipo de depresión que se desarrolle en el enfermo.

De manera general las causas de la depresión pueden dividirse en:

Tipo	Cuadro en que predomina
1) Genéticas	Depresiones psicóticas
2) Psicológicas	Depresiones neuróticas
3) Ecológicas	
4) Sociales	Depresiones simples.

### Causas genéticas:

Las causas genéticas son de mayor importancia en las depresiones psicóticas, las posibilidades de que un pariente de un enfermo deprimido padezca también depresión psicótica son de un 10 a un 15 en caso de ser hijos de este, sin embargo en los casos en que dos progenitores fueran deprimidos graves el riesgo para los descendientes es del 50%; en parientes más lejanos como tíos, abuelos y primos el riesgo desciende a un 3 o 4%.

Es evidente que con frecuencia se presentan trastornos depresivos en varios miembros de una familia, en algunos casos no podría hablarse de una herencia directa de depresión, sino solo de la posibilidad de transmisión de un terreno más vulnerable al cuadro, como puede suceder con otras enfermedades, además es conveniente señalar que los miembros de una familia están sujetos a los mismos factores ambientales que pueden determinar la depresión y lo que es más importante, que la convivencia con una persona deprimida puede motivar el mismo cuadro en alguno de sus familiares.

### Causas psicológicas:

Las causas psicológicas pueden intervenir en cualquier tipo de depresión, pero son especialmente importantes para la depresión neurótica. Como en casi todas las neurosis los factores emocionales tienen un papel preponderante, aparecen desde los primeros años de vida forjando rasgos de personalidad llamados también rasgos constitucionales, los cuales no se heredan sino que se aprenden a través de la estrecha relación y dependencia respecto de los miembros de una familia.

Las causas psicológicas tienen dos vertientes:

- determinantes: mala integración de la personalidad en la etapa formativa
- desencadenantes: pérdida de un ser querido, pérdida de una situación económica, pérdida de poder, pérdida de la salud (enfermedades): mortales, incapacitantes, que dañan estéticamente y que afectan la autoestima.

Las causas determinantes se refieren a algunos trastornos que se presentan en ocasiones durante la infancia, tales como sonambulismo, terrores nocturnos, fobias, timidez, berrinches temperamentales, etc. Y que pueden llegar a motivar patrones neuróticos. Sin embargo no basta analizar los antecedentes de la infancia, sino considerar los incidentes que en la vida del individuo han tenido algún significado, como por ejemplo sentimientos de culpa, tensión familiar, conflictos sexuales, etc.

Cuando la personalidad del sujeto se encuentra en conflicto suele causarle angustia, las causas desencadenantes son situaciones externas que estimulan dicha angustia.

En la depresión neurótica el elemento “pérdida” es de importancia capital, la pérdida puede ser reciente o haberse presentado en el pasado, ser de algo intangible como el afecto y la autoestima o ser inminente y real como la juventud que se va, un negocio tambaleante o poder sexual declinante la resistencia a la pérdida es variable, existen personas extraordinariamente sensibles a ella, y en otras que la soportan considerablemente.

Causas ecológicas:

El hombre ha venido modificando su habitat desde siempre, sometiendo a la naturaleza en la búsqueda de sus satisfacciones. El desarrollo científico y tecnológico que ha alcanzado el hombre, el crecimiento de la población, la explotación inadecuada de recursos naturales, la producción de sustancias contaminantes, etc., son ejemplos de excesos que han conllevado al desequilibrio ecológico mundial.

Todo esto afecta al entorno y ha traído consecuencias al hombre actual traducidas como depresión.

La contaminación del aire debido a altas concentraciones de sustancias nocivas, emitidas por fuentes móviles (autos), fuentes fijas (industrias), fuentes varias (incineración y quema al aire libre) y fenómenos naturales (vientos, tolvaneras) afectan al hombre, plantas y animales.

Los problemas de tránsito tienen su origen de arranque en la explosión demográfica y el crecimiento desmedido de vehículos, lo cual hace que la circulación sea lenta y que existan conflictos de estacionamiento; con esto el habitante resulta dañado en su salud mental.

Finalmente los daños psicológicos y orgánicos que causa el ruido, provocan que el individuo difícilmente descanse y se relaje, alterando sus relaciones de orden familiar y profesional.

Causas sociales:

Los estados afectivos de depresión, son una respuesta a la pérdida de los lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia de la especie humana. Un indicador de la fuerza que poseen estos lazos es la reacción de duelo que se presenta en nosotros, cuando uno de ellos se destruye.

Algunas situaciones sociales que tienen la capacidad de provocar depresión según Colmes-Rahe,(Enciclopedia de Psicología 2005):

- Fallecimiento de cónyuge
- Divorcio
- Separación
- Fallecimiento de un familiar cercano
- Despido etc.

Durante siglos los tres sistemas de apoyo social mas importantes han sido la familia, la iglesia y la comunidad de vecinos, que para la vida urbana han sido un apoyo contra estados emocionales disruptivos como por ejemplo la depresión.

En los últimos tiempos los lazos familiares se han debilitado, por lo general las familias se reúnen sólo en ocasiones especiales como bodas, bautizos, o sepelios; los divorcios se incrementan día con día y la independencia juvenil del núcleo familiar también es creciente.

La iglesia ha sido un elemento que brinda consuelo al individuo en períodos de desesperación, presta servicios sociales a enfermos, huérfanos y ancianos; no obstante que los lazos religiosos se han debilitado por un auge del materialismo ateo.

El vivir una época de acentuada movilidad personal y urbana, impiden tener contacto y amistad con las personas que nos rodean. Las relaciones de vecindad que existían hace unas décadas se han roto casi por completo hoy en día.

Un problema grave de los últimos tiempos es la migración campesina a las grandes urbes en busca de mejores condiciones de vida, la dificultad para lograr estos fines, la pérdida de sus relaciones familiares y sociales, así como las condiciones precarias en que tienen que instalarse, generalmente en áreas marginadas, constituyen un serio problema que afecta en forma importante el estado afectivo de grandes núcleos de población.

## Síntomas de Depresión

El cuadro clínico de la depresión puede presentar dos aspectos, uno con alteraciones de la esfera afectiva que permiten un diagnóstico rápido y seguro, y el otro en el cual estas se encuentran emboscadas, predominando síntomas somáticos no fácilmente identificables por el médico como elementos constituyentes de un cuadro depresivo.

Para poder entender los síntomas de la depresión de una manera mas clara, estos se pueden dividir según Guillermo Calderón (1985) en:

- A. Trastornos afectivos
- B. Trastornos intelectuales
- C. Trastornos conductuales
- D. Trastornos somáticos

### A. Trastornos de la afectividad

Indiferencia afectiva: Disminución o pérdida de intereses vitales.

Tristeza: Con o sin tendencia al llanto.

Inseguridad: Dificultad para tomar decisiones.

Pesimismo: Enfoque vital derrotista.

Miedo: Específico o indiferenciado, en ocasiones absurdo.

Ansiedad: Mas intensa en la mañana.

Irritabilidad: Con agresividad que da origen a problemas laborales y familiares.

### B. Trastornos de la esfera intelectual

Sensopercepción disminuida: Mala captación de estímulos.

Trastornos de memoria: Dificultad para la evocación.

Disminución de la atención: Mala fijación de los hechos de la vida cotidiana.

Disminución de la comprensión: Dificultad de comunicación.

Ideas de culpa o fracaso: Autodevaluación, incapacidad de enfrentamiento.

Pensamiento Obsesivo: Ideas o recuerdos repetitivos molestos.

### C. Trastornos de la conducta

Actividad disminuida: Descuido de obligaciones y del aseo personal.

Productividad disminuida: Mal rendimiento en el trabajo.

Impulsos suicidas: Ideas o intentos por privarse de la vida

Impulso a la ingestión de alcohol y otras drogas: Tendencia a beber o a drogarse como medio de escape a la ansiedad.

#### D. Trastornos Somáticos

Trastornos en el sueño: Insomnio que se presenta al principio o al final del periodo de descanso, dormir inquieto; en algunos casos hay hipersomnias.

Trastornos en el apetito: Anorexia que puede originar pérdida importante de peso, en ocasiones hambre compulsiva.

Disminución de la libido: Debilitamiento o desaparición del deseo sexual.

Cefalea tensional: Afecta de preferencia a los músculos de la nuca y a los temporales.

Trastornos digestivos: Dispepsia, aerofagia, náuseas etc.

Trastornos cardiovasculares: Trastornos del ritmo o frecuencia cardíaca etc.

Otros: Mareos, prurito, alopecia, etc.

Los tercios de los pacientes deprimidos no obtienen un tratamiento apropiado porque sus síntomas: no son reconocidos, son atribuidos a otra enfermedad, son mal diagnosticados o erróneamente tratados.

#### **Depresión Mayor**

El trastorno afectivo de mayor frecuencia en la población es la depresión mayor la cual conlleva un consecutivo deterioro en el funcionamiento de quienes lo presentan, esto lo sitúa como un problema de salud pública cuyo estudio, prevención y tratamiento son de gran importancia.

La sintomatología esencial de la depresión mayor comprende uno o más episodios depresivos mayores sin antecedentes de algún episodio maniaco o hipomaniaco.

El episodio depresivo mayor hace referencia a un período de por lo menos dos semanas, en el que un estado de ánimo disfórico se asocia con alguno de los siguientes síntomas: agitación o enlentecimiento psicomotriz, disminución de la energía, sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa, dificultades de pensamiento y concentración, cambios de peso corporal ante las alteraciones del apetito, disturbios en el dormir e ideas de muerte, de suicidios o intentos suicidas.

En cualquier trastorno mental se encuentran afectados todos los elementos que constituyen la personalidad, aún cuando diversos factores psicosociales pueden desempeñar una función de la precipitación y constelación particular de síntomas de la depresión mayor (Flaherty, J.A. Gaviria, M.F., Black, E.M. Altam, E. Y Mitchell, T 1983).

Aunque algunos pacientes con depresión reaccionan de manera favorable a la sola intervención psicoterapéutica, la mayor parte de los estudios al respecto muestran que de esta forma no son controlados los síntomas agudos, como el riesgo suicida que de existir adopta la prioridad como finalidad del tratamiento (Greist, J.H., Jefferson, W.J. y Spitzer, R.L.1982).

Cabe mencionar que si bien es indudable la eficacia del tratamiento farmacológico, deben tomarse en consideración los efectos secundarios a su uso, de forma tal que se procure el medicamento y las dosis apropiadas para el paciente. Los efectos secundarios mas comunes por uso de antidepresivos son:

Anticolinérgicos: boca seca, visión borrosa, retención urinaria, constipación y confusión.

Hipotensión Ortostática.

Disfunciones Sexuales: disminución del deseo sexual, dificultades para la erección o eyaculación e inhibición del orgasmo.

Aumento de peso.

Temblores.

Parestesias.

Alteraciones en la continuidad del sueño.

Miclotonía Nocturna: Trastornos de movimientos periódicos de extremidades durante el dormir.

Se desconoce la causa exacta de la depresión. Muchos investigadores creen que puede ser causada por desequilibrios químicos en el cerebro, los cuales pueden ser hereditarios o causados por sucesos de la vida de una persona.

Algunos tipos de depresión parecen transmitirse de padres a hijos, aunque ésta también se puede presentar en personas que no tienen antecedentes familiares de la enfermedad. Los cambios de vida o acontecimientos estresantes también pueden desencadenar la depresión en algunas personas. Por lo general, está involucrada una combinación de factores.

Los hombres y mujeres de todas las edades, razas y niveles económicos pueden tener depresión, pero ocurre con más frecuencia en las mujeres.

La depresión puede tratarse de diferentes maneras, particularmente con medicamentos y asesoramiento, y la mayoría de las personas se benefician de una combinación de los dos tratamientos. Algunos estudios han demostrado que la terapia con antidepresivos combinados con psicoterapia tiene mejores resultados que cualquiera de las terapias sola.

Los medicamentos abarcan antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la monoaminooxidasa, inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina

(ISRS) y algunos antidepresivos más nuevos. Aunque los antidepresivos pueden ser muy efectivos, algunos pueden no ser apropiados para todas las personas.

### **3.3 Criterios diagnósticos del DSM-IV para la Depresión Mayor**

**El DSM-IV** (Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales de la American Psychiatric Association).

Es un instrumento necesario para poder llevar a cabo y dar a conocer estudios estadísticos sobre salud pública. Es la cuarta edición y ha sido un trabajo arduo para la elaboración de este libro, que con el apoyo de grupos de trabajo expertos junto con el Comité Elaborador revisaron todo el material y toda la correspondencia en todo el mundo. Creen que la mayor innovación del DSM-IV reside no en cualquiera de los cambios específicos realizados, sino en el proceso sistemático y explícito mediante el cual se elaboró. Más que cualquier otra nomenclatura de trastornos mentales, el DSM-IV está basado en la observación empírica.

El DSM-IV, facilita la investigación y mejora la comunicación entre los clínicos y los investigadores, es una herramienta para la enseñanza de la psicopatología y para mejorar la recogida de datos en la información clínica. Lo usan Psiquiatras, otros especialistas, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales y de rehabilitación, consejeros y otros muchos profesionales de la salud. El DSM-IV debe poder usarse en diferentes situaciones: pacientes ingresados, pacientes ambulatorios, hospital de día, psiquiatría de enlace, consulta privada y asistencia primaria.

Los criterios diagnósticos específicos de cada trastorno son directrices para establecer el diagnóstico, puesto que se ha comprobado que su uso aumenta el entendimiento entre clínicos e investigadores. La correcta aplicación de estos criterios requiere un entrenamiento especial que proporcione conocimientos y habilidades clínicas.

Estos criterios diagnósticos y la clasificación de los trastornos mentales reflejan un consenso a partir de los conocimientos actuales en este campo, pero no incluyen todas las situaciones que pueden ser objeto de tratamiento o de investigación.

El propósito del DSM-IV es proporcionar descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores puedan diagnosticar, estudiar intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales.

### **Criterios diagnósticos del DSM-IV para depresión mayor.**

- A. Humor o pérdida del interés o del placer por todas o casi todas las actividades o los pasatiempos ordinarios. El humor disfórico se caracteriza por síntomas como depresión, tristeza, pesadumbre, desesperanza, astenia e irritabilidad.**
- B. Por lo menos ha estado presente, casi todos los días durante un periodo como mínimo de dos semanas, cuatro de los siguientes síntomas:**
- 1) Alteraciones del apetito y peso (sea en respectivo aumento o disminución).
  - 2) Insomnio o hipersomnio.
  - 3) Agitación o retraso psicomotor
  - 4) Pérdida del interés por las actividades ordinarias, disminución del impulso sexual.
  - 5) Fatiga o pérdida de la energía.
  - 6) Sensación de ineficiencia, autoreproches o remordimientos excesivos o inapropiados.
  - 7) Quejas o pruebas de disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.
  - 8) Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida, deseos de morir o intentos suicidas.
- C. El cuadro clínico no se ve denominado antes de su desarrollo o remisión, por ninguna de las siguientes manifestaciones:**
- 1) Delirios o alucinaciones incongruentes con el humor.
  - 2) Conducta extraña.

## **Capítulo 4 Metodología**

Esta investigación tuvo como propósito analizar la relación de la Terapia Ocupacional con el mejoramiento de la autoestima del paciente con Trastorno Depresivo Mayor. Donde entendemos que la autoestima es un sentimiento valorativo propio del ser humano. Del darse cuenta de quien es él en realidad, del conjunto de rasgos psicológicos que conllevan nuestra persona, permitiendo que de un conjunto de sentimientos y afectos idóneos, sean de ayuda para que el paciente se reincorpore a la sociedad.

La T.O. se adaptará al paciente en relación a sus necesidades, actividades, de trabajo y lúdicas, incrementando la adaptación a su nueva vida promoviendo el desarrollo.

Así lo que caracterizó a la T.O. fue el uso de las actividades como medio de tratamiento para alcanzar una calidad de vida satisfactoria.

Esta investigación ha resaltado la importancia de la Terapia Ocupacional, el beneficio de la misma y la identificación del trastorno con un fin, el mejoramiento sintomatológico del paciente con TDM.

De ahí la relevancia de haber realizado esta investigación en donde se analizó las características de la Terapia Ocupacional, asociadas o no a la autoestima del paciente, por lo que este estudio planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe algún efecto de la Terapia Ocupacional en la autoestima del paciente con TDM?

El objetivo general del presente trabajo, fue analizar la importancia que tiene la Terapia Ocupacional en pacientes psiquiátricos diagnosticados con TDM, considerando que la T.O. no fue por si sola el único tratamiento del paciente, sino parte integral del mismo, donde diversos elementos coadyuvaron en beneficio de la salud física y mental.

La presente investigación correspondió a un tipo de estudio experimental, porque el problema concreto ya estaba establecido, se contó con las hipótesis, el debido control de las variables y los dos grupos: uno control, al que no se le aplicó ningún tratamiento experimental, y el grupo experimental, al que sí se le aplicó tratamiento, con el fin de establecer comparaciones entre ambos.  
Diseño.

Fue un diseño de estudio en donde se evaluó a los sujetos después de haberse aplicado la variable independiente, por lo tanto no hubo un pretest. El grupo experimental se sometió al factor X (TO), el grupo control no. Al final de la experiencia, se midió el estado de los dos grupos con la Escala de Autoestima (IAC) de COOPERSMITH, y se concibió que la diferencia fue debida al factor X (TO).

Criterios de Exclusión.

- Los pacientes con daño orgánico y con diagnóstico diferente al de TDM.
- Pacientes que permanecieron menos de 21 días de tratamiento.
- Pacientes menores de 16 y mayores de 40 años.

Escenario.

La investigación se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; en el área de Terapia Ocupacional que pertenece al Departamento de Psicoterapia en Servicios Clínicos.

Instrumento.

Se utilizó la Escala de Autoestima (IAC) de COOPERSMITH.

Procedimiento.

Muestra.

Los pacientes con diagnóstico de TDM fueron reunidos mediante un muestreo aleatorio, porque de una lista de pacientes con TDM se determinó el intervalo específico (edad) que se usó y nominó a las personas cuyas edades correspondían al intervalo.

La muestra fue de 20 pacientes con TDM, hombres y mujeres de 16 a 40 años de edad del INPRFM, dicha muestra se dividió en dos grupos, el grupo experimental conformado por 10 pacientes y el grupo control con 10 pacientes; lo trascendente radicó en que el grupo experimental se le implementó la Terapia Ocupacional, además de los fármacos que normalmente son suministrados por los especialistas y el grupo control fue excluido de la Terapia, manteniendo su tratamiento basado en dichos medicamentos.

Se seleccionó la muestra, y después del segundo día de internamiento del paciente se inició el estudio con el grupo control y experimental, a este último se le implementó La Terapia Ocupacional durante 20 sesiones, en un lapso de 30 días, 5 veces a la semana con duración de 3 horas cada sesión; en cada una de ellas se realizó dinámicas grupales o ejercicio físico que consiste en movimientos

de calentamiento, aeróbicos y de bajo impacto para el bienestar del paciente, con una duración de 30 a 40 minutos y la actividad con diferentes materiales; la duración de éste último fue de 60 minutos. Enseguida se les explicó verbalmente la actividad del día, se les repartió el material y se dio inicio, cada paciente trabajó por su cuenta, pueden existir dudas; en ese momento fue necesario guiarlos de una manera más particular.

Al final de cada actividad diaria, se realizó un cierre de la Terapia, donde se expusieron los trabajos realizados, se hicieron comentarios acerca de los mismos con el objeto de que los pacientes se interrelacionaran e integraran socialmente.

Posteriormente se aplicó la Escala de autoestima de Coopersmith al grupo experimental al finalizar el tratamiento, así como al grupo control.

Una vez realizadas las aplicaciones, se procedió a calificar cada una de ellas.

Tipo de Estadísticas.

Se realizaron estadísticas descriptivas e inferenciales.

Se utilizó el:

- Análisis de varianza para analizar los resultados y ver las diferencias entre las medidas de los dos grupos.
- La prueba T, ya que el valor de T constituye un indicador de variabilidad significativa de los grupos.

## **Programa de actividades de Terapia Ocupacional**

El campo de estudio de la Psicología Clínica es muy amplio y dentro de este se encuentra un campo mas específico que es el de la Psicología comunitaria que tiene como tarea introducir programas que ayuden a mejorar el funcionamiento individual, del grupo y del sistema social mediante procesos psicológicos que produzcan un cambio social. Sin embargo este campo de estudio sigue siendo amplio por tal razón existe un subconjunto de la Psicología comunitaria, que es el de la salud mental comunitaria, que esta enfocada a proporcionar servicios clínicos mas directos a los consumidores, esto quiere decir, brindar atención a los problemas individuales. Bernstein (1990).

Entre las actividades realizadas de la Psicología comunitaria se encuentra: el desarrollo de programas para el cuidado posterior de los pacientes psiquiátricos que estuvieron hospitalizados con el fin de capacitarlos para vivir en la comunidad.

Dentro de la Psicología comunitaria se distinguen tres tipos de prevención:

1. Prevención primaria: Su labor esta dirigida a reducir la incidencia de trastornos conductuales de todo tipo en una comunidad.
2. Prevención secundaria: Este tipo de prevención esta enfocada a reducir la duración de un gran número de casos que se presentan.
3. Prevención terciaria: Esta se encarga de reducir las deficiencias resultantes de los diferentes trastornos mediante un programa activo de rehabilitación.

En este programa se dará mas énfasis a la prevención terciaria, ya que su objetivo es la rehabilitación de los pacientes con trastornos mentales. La rehabilitación tiene como objetivo la reincorporación o reubicación del paciente hospitalizado a su medio social, este debe iniciarse desde que se establece un diagnostico y se inicia el tratamiento. Watts y Bennett (1990).

Al realizar un programa de rehabilitación se tienen que tomar en cuenta varios aspectos:

- El contexto psicosocial en el que se desenvuelve el individuo
- El temperamento personal y las influencias ambientales
- Desarrollo de un medio adecuado en el que puedan desenvolverse los pacientes
- Capacidades y habilidades con las que cuenta el paciente.

Para una mejor rehabilitación del paciente es importante tener en cuenta a la familia, ya que esta puede ayudar a restablecer conscientemente metas de sus

vidas tanto para sí mismos como en lo que hace referencia a su relación con los demás.

Por tal motivo es bueno que la familia intervenga activamente en la rehabilitación del paciente, esto también puede ayudar a prevenir complicaciones que surgen debido a la hospitalización, debido a que muchos al dejar de tener contacto por largas temporadas con su medio social cambian su rol social por el de paciente dependiente. Kaplan (1987).

Otro punto importante en la rehabilitación es la adaptación entre persona y su medio que viene definida por el grado de equilibrio existente entre las necesidades, las capacidades y aspiraciones del individuo, por un lado, y las exigencias, recursos y oportunidades del medio por otro. Krueger (1988). En este equilibrio ejerce un efecto en el ajuste al medio ambiente la economía que influye en la adaptación del individuo.

En el proceso de reubicación del individuo a su medio y las redes de apoyo social necesarias para su mejoría, son una tarea que supone un reto y puede llevarse a efecto de muy distintas maneras, por lo que es necesaria la intervención de profesionales de la salud mental que sirven con frecuencia de apoyo mediante un contacto continuado con los individuos, comunicándoles que se les valora, se les cuida y forman parte importante de una comunidad.

Todo lo descrito anteriormente acerca de la rehabilitación y la Psicología da pauta para explicar más ampliamente la labor de la Terapia Ocupacional dada a pacientes hospitalizados.

La Terapia Ocupacional tiene sus orígenes a finales del s. XIX como aditamento en los hospitales de enfermos mentales.

Para Krueger (1988) es fundamental que la Terapia Ocupacional tome en cuenta:

- 1) Toda persona tiene una necesidad intrínseca de involucrarse en una actividad que tenga algún significado, algún propósito para ella; que sea productiva y que le dé competencia dentro de su ambiente.
- 2) El estado de salud mental de un individuo está directamente relacionado con su implicación en una actividad con algún fin determinado, y se mide en gran parte mediante la autovaloración que hace el interesado de su propia competencia y productividad.
- 3) Las dos condiciones citadas se logran mediante interacción con el ambiente a través de un proceso de adaptación.
- 4) La Terapia Ocupacional aporta una intervención que implica la utilización selectiva de una actividad que tenga alguna finalidad de técnicas adaptativas.

Una parte fundamental de la Terapia Ocupacional es emplear grupo de actividad u ocupación para ayudar a los pacientes a aprender comportamientos más aceptables y autosatisfactorios, papeles y técnicas de comunicación, todo ello dentro de un ambiente de refuerzo social. Krueger (1988).

El terapeuta ocupacional debe:

- a) Valorar las capacidades y habilidades funcionales de cada paciente
- b) Evaluar el desempeño de cada paciente
- c) Explorar capacidades de comunicación entre los pacientes
- d) Identificar los papeles sociales que se puedan dar, así como relaciones interpersonales
- e) Detectar las necesidades del grupo e individuales
- f) Aportar oportunidades para que el paciente pueda adaptarse a la situación social y lograr su independencia.

La principal función de los terapeutas ocupacionales consiste en ayudar a sus pacientes a desarrollar las habilidades necesarias para desenvolverse en la existencia cotidiana, conocidas generalmente como tareas de la vida diaria. Hughes y Mullins (1990).

Dentro de este programa aparte de las actividades con fines terapéuticos, también se llevan a cabo Dinámicas grupales que constituyen un apoyo para el desarrollo de las habilidades sociales ya que el grupo proporciona y recibe ayuda a cada uno de sus miembros, es decir, que se les brinda la oportunidad de sentirse necesitado y útil y esto representa un estímulo para seguir sintiendo en sí mismo la satisfacción de ayudar a los demás. Krueger (1988).

Por otra parte la interacción en un grupo aporta experiencia para escuchar a los demás y comunicarse de forma efectiva.

La meta conjunta de la Terapia Ocupacional debe ser similar a la de la rehabilitación en general, es decir, desarrollar comportamientos que permitan que la persona pueda afrontar con efectividad el cambio de su vida.

La Terapia Ocupacional forma parte del tratamiento proporcionado a los pacientes hospitalizados del INPRFM (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz). Surge por la necesidad de reincorporarlos a su medio, brindándoles la oportunidad de desarrollar habilidades para enfrentar las actividades de la vida diaria.

Debido a que la Terapia Ocupacional tiene como propósito fundamental la rehabilitación del paciente psiquiátrico esto es, su readaptación a su comunidad, así como el desarrollar habilidades, surge la necesidad de implementar un programa que cubra este propósito.

El programa de actividades que se lleva a cabo en la Terapia Ocupacional con el fin de apoyar en la rehabilitación del paciente psiquiátrico se creó en noviembre de 1996 por la Psicóloga Maria Guadalupe Trejo Corona, con el fin de apoyar al tratamiento psiquiátrico y psicofarmacológico del paciente hospitalizado en el INPRFM ya que existe la necesidad de mantener y mejorar el vinculo con su medio social propiciando su rehabilitación.

### **Metas**

- La rehabilitación de los pacientes hospitalizados como parte fundamental del tratamiento permitiéndoles que se readapten a su comunidad.
- Desarrollo de habilidades sociales de los pacientes.
- Fortalecimiento de las relaciones sociales que le permitan integrarse de manera grupal.
- Propiciar en el paciente el gusto por la actividad física.
- Propiciar la diversión y esparcimiento de los pacientes a través de actividades recreativas.
- Proporcionar actividades con fines terapéuticos.
- Fomentar la expresión verbal del paciente.
- Desarrollo de habilidades manuales para llevar a cabo una actividad.

### **Objetivo general**

Proporcionar al paciente psiquiátrico hospitalizado las habilidades necesarias para desenvolverse en las actividades de la vida cotidiana.

### **Objetivos específicos**

#### Actividades manuales

- El paciente realizará actividades manuales (ver anexo) que le permitan desarrollar sus habilidades psicomotoras finas y gruesas, así como estimular la creatividad, atención, concentración y otras aptitudes que tenga o pueda adquirir el paciente durante su internamiento

#### Dinámicas grupales

- El paciente participará en actividades que proporcionarán su integración grupal y fomentará las relaciones interpersonales.
- El paciente será capaz de expresarse verbalmente a través de la aplicación de dinámicas grupales.

## Ejercitación física y actividades recreativas

- El paciente participará en actividades físicas y recreativas que le permitan desarrollar el gusto por el ejercicio físico.
- El paciente intervendrá en actividades lúdicas que le permitan expresarse de manera individual y colectiva.

## **Procedimiento**

La Terapia Ocupacional se lleva a cabo en un horario de 9:30am a 13:30pm, de lunes a viernes en la terraza del INPRFM. Se invita a todos los pacientes del área de hospitalización que se encuentren en las condiciones adecuadas para participar.

Se inicia la Terapia con ejercicio físico dirigido por uno de los terapeutas y al mismo tiempo otro terapeuta prepara el material que se vaya a ocupar ya sea en la actividad manual, actividad recreativa o dinámica grupal según corresponda.

Las actividades se eligen de acuerdo a las necesidades del grupo de pacientes ya que en ocasiones es necesario poner más énfasis en la integración grupal y otras en estimular la creatividad.

De acuerdo a las capacidades del paciente se le proporciona cierto nivel de ayuda por parte de los terapeutas, así como también es importante utilizar el reforzamiento social para estimular la participación del paciente, sobre todo con el que se siente incapaz.

Para la explicación detallada de cada una de las actividades ver anexo de actividades.

## **Población**

La población con la que se cuenta es de aproximadamente 25 a 35 pacientes entre hombres y mujeres de edad adulta la mayoría, sin embargo se atienden algunos adolescentes. Todos hospitalizados en el INPRFM debido a trastornos psiquiátricos variados.

## **Recursos humanos y materiales**

### Humanos

- Terapeutas ocupacionales (Licenciados en Psicología)

### Materiales

- Se cuenta con material disponible para la realización de cada una de las actividades (ver anexo de actividades).

## **Actividades y procedimientos de Terapia Ocupacional**

**Pintura Digital.-** Pinturas elaboradas con las manos sobre una superficie de cartulina; el tema es libre y los pacientes desarrollan habilidades motoras y creativas.

Material: Pinturas digitales varios colores, hojas de cartulina tamaño carta.

**Pintura plástica.-** Sobre el yute, los pacientes expresan lo que más desean pintar; ésta superficie, al juntarse con el yute, se asemeja a la apariencia de un bordado; de igual forma el tema aquí es libre.

Material: Botecitos de pintura plástica de varios colores, cortes individuales tamaño carta de yute, lápices.

**Pintura plástica en combinación con gis.-** Siguiendo la misma técnica y similares objetivos de la actividad anterior, sólo que sobre el dibujo, las partes que se deseen resaltar, se les agrega e ilumina con gis.

Material: Varios colores de pintura plástica, yute cortado en tamaño carta, gises de colores, lápices.

**Servilleteros y flores armados con abatelenguas.-** Se van uniendo con pegamento y con un método específico (se les muestra a los pacientes el ejemplo) los abatelenguas y las cucharas de madera. Ya armados se pintan y decoran al gusto.

Material: Abatelenguas, cucharas de madera, resistol blanco, pinceles, acuarelas y/o pinturas acrílicas, agua en recipientes individuales.

**Portarretratos.-** Entre el papel cascarón y la tela, se van rellenando los espacios con el algodón, hasta quedar acolchonado completamente y del grosor que se desee.

Material: Tela de algodón, papel cascarón ( o cualquier cartón rígido), algodón. Lápiz adhesivo (Pritt).

**Pintura con caballetes.-** Los pacientes realizan un solo dibujo amplio, basándose en un tema que ellos seleccionen individualmente. Esta actividad se realiza al aire libre y suele agradar mucho a los pacientes.

Material: Caballetes, acuarelas, pinceles, hojas de cartulina grandes, agua en recipientes individuales.

**Vitrales.-** Sobre el cartoncillo se traza un dibujo con gis y posteriormente se recorta dejando libres los orificios en donde irán pegados por la parte de atrás cortes de celofán. A contraluz, el dibujo terminado parecerá un vitral.

Material: Papel cartoncillo, papel celofán varios colores, lápiz adhesivo, gises y lápices de colores, tijeras.

**Recipientes de serpentina.-** Se van enrollando serpentinas, una por una, hasta lograr una circunferencia del tamaño que los pacientes deseen; se le da forma al círculo de cenicero, vasija, alhajero o sombrero; se le dan varias capas de pegamento y se barniza con laca.

Material: Varios paquetes de serpentinas (de diferentes colores), lápiz adhesivo, tijeras, resistol blanco, laca en spray.

**Separadores de libro y/o manteles individuales.-** Se corta el papel corcho del tamaño deseado y con la pintura plástica se decora.

Material: Pliegos de papel corcho, tijeras, lápices, pinturas plásticas de varios colores.

**Migajón.-** Se mezcla el pan con el resistol hasta formar una masa manejable, se le da la forma que se desee y se decora con pinturas.

Material: Pan Bimbo, resistol blanco, crema para manos, pinturas acrílicas varios colores, pinceles, laca en spray.

**Segunda dimensión.-** Se hacen dos capas del mismo dibujo igualmente iluminado, puesto un poco de algodón en medio de ambos.

Material: Varios pares de dibujos tamaño carta, lápices de colores, algodón, resistol blanco, abatelenguas, tijeras.

**Pintura de trasfondo.-** Se pinta de diferentes colores toda la hoja con crayola (sin dejar espacios en blanco) y se cubre con tres capas de tinta china hasta que sequen, con palillo se rasca sobre la tinta el dibujo que se desee.

Material: Tinta china negra, crayolas, hojas de cartulina tamaño carta, palillos de madera.

**Portalápices.-** Se decoran con aserrín los cartones y luego se pintan al gusto.

Material: Cartones de leche cortados por la mitad, aserrín, pegamento blanco, acuarelas, pinceles.

**Portalápices.-** Se seleccionan recortes de revistas, se pegan sobre el cilindro, se pega su base y se barnizan con laca.

Material: Cilindro reciclado de los rollos de papel higiénico del INPRFM, circunferencias de cartón igualmente recicladas (nos sirven para las bases de estos portalápices), revistas, tijeras, lápiz adhesivo, resistol blanco, laca en spray, pinceles.

**Portalápices.-** Se forra el cartón con corcho y se decora con la pintura.

Material: Cartones de jugo o leche cortados por la mitad, papel corcho (pliegos), pintura plástica, pegamento blanco, pinceles, tijeras.

**Figuras de papel maché.-** Con el engrudo ya preparado sobre el globo se van pegando los pedazos de periódico hasta que se forme la figura deseada, ya seco el papel, se procede a decorarlo como se desee.

Material: Engrudo preparado a base de harina y agua, globos, papel periódico cortado en pedazos chicos, pinturas acrílicas de varios colores, brochas, pinceles, cartones de huevo.

**Figuras de papel maché (platos, ceniceros y alhajeros).-** Mismo procedimiento de la actividad anterior.

Material: Engrudo preparado previamente, platos desechables de varios tamaños según se quiera la figura y la forma, pinturas acrílicas varios colores, brochas, pinceles, pinturas plásticas varios colores, laca en spray.

**Cascarones decorados.-** Se pone el cascarón sobre una base de plastilina; se hace un dibujo sobre el cascarón hasta abarcarlo todo, se barniza al final ya seco con laca.

Material: Cascarones completos de huevo, pinturas acrílicas varios colores, pinceles, plastilina varios colores, laca en spray.

**Moldeado en algodón.-** Con el algodón se van creando figuras, se mezcla el gis con el talco y se pinta con esto.

Material: Algodón, gis de colores en polvo, talco para bebé, pegamento blanco, abatelenguas.

**Portallavero.-** Se van uniendo de una forma determinada los abatelenguas, se pegan sobre esa superficie los taquetes, se pinta y se pone la calcomanía. Al final se barniza con laca.

Material: Abatelenguas, taquetes de madera, pegamento blanco, pinturas acrílicas o acuarelas, pinceles, calcomanía o cualquier ilustración que sirva como adorno, laca en spray, lápiz adhesivo.

**Decorado en peyón.-** Sobre el peyón se van pintando diferentes dibujos con los gises y las crayolas; éstas partes se cortan y se pegan sobre cartulina.

Material: Tela peyón blanca, gises de colores, crayolas de diferentes tonos, lápices, sacapuntas, gomas de borrar, lápiz adhesivo, hojas cartulina tamaño carta, tijeras.

**Canastas de papel.-** Se van armando trenzas con tiras de papel crepe, se enrollan, se unen y pegan sobre el círculo de cartulina.

Material: Pliegos de varios colores de papel crepé, tijeras, lápiz adhesivo, circunferencias de cartulina.

**Decorado en cerámica.-** Consiste en la elección de una figura de cerámica para cada uno de los pacientes y pintarla de la forma que se desee.

Material: Figuras de cerámica de distintas formas, pinturas acrílicas de varios colores, pinceles, laca en spray.

**Figuras de harina rellenas de globo.-** Se rellena un globo con harina hasta que esté de un tamaño considerable, se anuda y con estambre se sacan partes de la figura formada que se desee resaltar. Se decora al gusto con pintura y estambre.  
Material: Globos de diferentes colores, harina de trigo (aproximadamente 2Kg) cucharitas de plástico, estambre en varios tonos, pinturas plásticas de diferentes colores.

**Collage.-** Se recortan cosas y figuras relacionadas con el tema que cada uno de los pacientes elijan y se pegan sobre la cartulina.  
Material: Revistas, tijeras, lápiz adhesivo, hojas de cartulina tamaño carta.

**Pintura mural.-** Se pega en forma extendida el papel sobre una pared, se deja al alcance de los pacientes el material que se utiliza, y se les pide que dibujen todo lo que quieran sobre el papel, así sucesivamente hasta que este todo el papel cubierto de dibujo o frases.  
Material: Revistas, tijeras, lápiz adhesivo, hojas de cartulina tamaño carta.

**Pintura mural.-** Se pega en forma extendida el papel sobre una pared, se deja al alcance de los pacientes el material que se utiliza, y se les pide que dibujen todo lo que quieran sobre el papel, así sucesivamente hasta que este todo el papel cubierto de dibujo o frases.  
Material: Papel Kraft en tira (aproximadamente 5 mts), plumines de diferentes colores, marcadores gruesos varios colores, lápices de colores, lápices, acuarelas y/o pinturas acrílicas, crayolas diferentes tonos, gises de colores.

**Caja o alhajero de madera.-** Se van armando y pegando con los abatelenguas y se decoran libremente.  
Material: Abatelenguas o palitos de madera (de paleta), pegamento blanco. Esto puede ir decorado con: Pinturas plásticas, acrílicas y/o acuarelas, laca en spray.

**Modelado de figuras en hojas de maíz.-** Se ablanda la hoja de maíz en agua y se leva dando forma con unicel y estambre hasta tener las figuras deseadas. Se puede decorar con lápices de color o pinturas.  
Material: Hojas de maíz remojadas en agua, bolitas de unicel, estambre negor, amarillo, blanco y café, tijeras.

**Dibujos de diamantina enmarcados.-** Se traza el dibujo sobre la cartulina y se le va dando color con la diamantina. Al final, el cuadrado del dibujo se enmarca con madera.  
Material: Hojas de cartulina tamaño media carta, diamantina de varios colores, pegamento blanco, lápices, palitos de madera, lápices de colores.

**Creatividad.-** Los pacientes hacen uso de su ingenio y creatividad para lograr hacer algo con el material proporcionado. El tema por supuesto es libre y pueden hacer una o varias cosas, según sea el gusto.

Material: Se les proporciona a los pacientes gran diversidad de material y con ello elaborarán algún objeto o dibujo.

**Garabatos.-** Se trata de trazar sobre la hoja líneas continuas sin despegar la punta del lápiz del papel durante un determinado lapso de tiempo; posteriormente se deben encontrar en las líneas trazadas diferentes figuras, enmarcándolas de diferentes colores.

Material: Lápices de colores varios, hojas blancas papel bond, lápices.

**Plantas.-** En esta actividad se logran hacer diferentes figuras,, lo primero que se hace es rellenar la tela nylon de aserrín y semillas de pasto, se le va dando la forma que se desee con las ligas y al final se decora con pintura libremente.

**Papiroflexia.-** La actividad consiste en iluminar el papel de diferentes colores, según sea el caso y, ya coloreado, se le dará forma con pliegues hasta obtener la figura del estilo que se quiera.

Material: Papel bond, lápices de colores, sacapuntas.

**Caretas.-** Se hacen antifaces y máscaras decorados con crayolas y de las formas y figuras que cada uno de los pacientes desee.

Material: Pliegos de cartulina blanca, crayolas de diferentes colores, ligas de hules, tijeras, lápices, tijeras, lápices, gomas, sacapuntas.

**Pinturas con cascarón.-** Se rellenan los dibujos con el cascarón hasta cubrirlo, pegándolo con el pegamento; una vez relleno, se pinta el cascarón con las acuarelas en los tonos que se elijan.

Material: Dibujos tamaño carta, cascarón de huevo en trozos pequeños, acuarelas de distintos colores, agua en recipientes individuales, pinceles.

**Dibujo con gis y crayola.-** Se iluminan los dibujos con diferentes tonos de gis y crayola en combinación, de la forma en que se desee.

Material: Dibujos de tamaño carta, gises y crayolas de diferentes colores.

**Trabalenguas y refranes.-** En una sola mesa redonda, se exponen los trabalenguas y los refranes, de forma en que todos los pacientes participen en ésta actividad.

**Tarjetas de albanene.-** Se recorta el papel albanene en diferentes tamaños, se dobla como tarjetas y, con base en distintos temas, se decora cada tarjeta.

Material: Cortes de papel albanene, plumines de colores y/o lápices de color, tijeras, lápices, sacapuntas.

## **Capítulo 5 Análisis de resultados**

La muestra fue de 20 pacientes con TDM, hombres y mujeres de 16 a 40 años de edad del INPRFM, dicha muestra se dividió en dos grupos, el grupo experimental conformado por 10 pacientes y el grupo control con 10 pacientes; lo trascendente radicó en que el grupo experimental se le implementó la Terapia Ocupacional, el grupo control fue excluido de la Terapia.

Se seleccionó la muestra, y después del segundo día de internamiento del paciente se inició el estudio con el grupo control y experimental, a este último se le implementó La Terapia Ocupacional durante 20 sesiones, en un lapso de 30 días, 5 veces a la semana con duración de 3 horas cada sesión.

Posteriormente se llevó a cabo el Test (Escala de Autoestima) al término del tratamiento, para ambos grupos. Una vez realizadas las aplicaciones, se procedió a calificar cada una de ellas.

Las características sociodemográficas de la muestra fueron las siguientes: Del total de la muestra de los pacientes, 5 no respondieron el apartado de datos personales: (sexo, estado civil, escolaridad, edad y ocupación) del test; los restantes se tomaron como válidos para delimitar el porcentaje.

El grupo estudiado cuenta con una media en edad de 28 y una desviación típica de 8 véase T1.

T1	EDAD	%
	18-25	54
	26-33	13
	34-41	33

### **Sexo**

El 66.7% fueron mujeres y el 40% hombres. T2

T2	F	%
M	10	67
H	5	33

### Estado Civil

El 60% fueron solteros y el 40% casados. T3

T3	F	%
Soltero	9	60
Casado	6	40

### Escolaridad

El 40% cursó el nivel licenciatura, el 33% la preparatoria, el 13.3% la secundaria y con un 6.7% el postgrado y la carrera técnica. T4

T4	F	%
Secundaria	2	13
Preparatoria	5	33
Licenciatura	6	40
Carrera téc.	1	6.7
Postgrado	1	6.7

### Ocupación

El 40% fueron estudiantes, el 33.3% se dedican al hogar, el 20% ejercen su profesión y el 6.7% en otras actividades. T5

T5.	F	%
Hogar	5	33
Estudiante	6	40
Profesión	3	20
Otras act.	1	6.7

Representación de las calificaciones al aplicar La Escala de Autoestima (IAC) de COOPERSMIT:

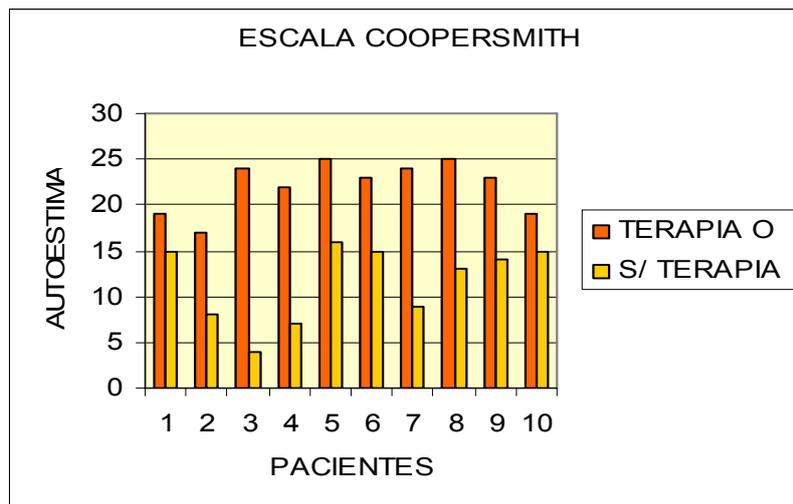
Grupo control

Grupo experimental

Paciente No	TEST	Paciente No	TEST
1	4	1	17
2	7	2	19
3	8	3	19
4	9	4	22
5	13	5	23
6	14	6	23
7	15	7	24
8	15	8	24
9	15	9	25
10	16	10	25

En las tablas anteriores se muestran las calificaciones naturales obtenidas en los dos grupos.

- Los nombres de los pacientes han sido excluidos de la investigación por razones obvias.



En la gráfica se observa la representación de los valores medios de los grupos que constituyeron el estudio evaluados con la Escala de COOPERSMITH,

usando como diseño el Plan de experiencia después solamente, sometido el grupo experimental al factor X (Terapia Ocupacional) como elemento determinante de comparación.

Al comparar la medición de los dos grupos con la escala de autoestima en la gráfica se muestra que existe diferencia cuantitativa importante debida al factor X (Terapia Ocupacional).

Con base en lo anterior, es importante señalar que la Terapia Ocupacional fue factor de cambio y mejoría en su autoestima de los pacientes que la experimentaron.

### **Autoestima COOPERSMITH**

El grupo control obtuvo un 40% con muy baja autoestima, el 50% baja autoestima y con un 10% autoestima promedio. **A**

#### **G. CONTROL**

<b>A</b>	F	%
Muy baja Autoestima	4	40
Baja autoestima	5	50
Autoestima promedio	1	10
Alta autoestima	0	0
Muy alta autoestima	0	0

#### **G. EXPERIMENTAL**

<b>A 1</b>	F	%
Muy baja Autoestima	4	0
Baja autoestima	3	0
Autoestima promedio	2	0
Alta autoestima	4	40
Muy alta autoestima	6	60

El grupo experimental obtuvo un 60% con autoestima alta y un 40% muy alta autoestima. **A1**

## 5.1 Procedimientos

### Prueba T

Estadísticos de grupo			T1		
	Grupo	N	Media	Desviación Típ.	Error típ. De la media
Autoestima Coopersmith	Experimental	10	22.3	2.58414	0.81718
	Control	10	12.2	4.13118	1.30639

Se observa que el promedio aritmético de los dos grupos difieren entre sí (media), con una desviación típica mínima en el grupo experimental sugiriendo que su puntuación se acerca más a la media que la del grupo control, siendo indicativo de la variabilidad significativa de los dos grupos. T1

#### T2

Grupo Experimental	No de casos	Valor de T	Sig.	Alfa
Después solamente	10	15.108	0	0.05

Si la significancia del valor calculado de “T” es menor que el alfa (.05) se rechaza  $H_0$ . Por lo tanto hay evidencia suficiente para determinar que existen diferencias significativas después de la Terapia en el grupo experimental. T2

#### T3

Grupo Control	No de casos	Valor de T	Sig.	Alfa
Después solamente	10	6.555	0	0.05

La significancia del valor calculado de “T” es menor que alfa (.05) por lo tanto hay evidencia suficiente para determinar que existen diferencias significativas en el grupo control, por lo tanto se acepta  $H_1$ . T3

## **Conclusiones y sugerencias**

Haciendo una revisión del análisis de resultados, se pudo comprobar que existe un aumento significativo en la autoestima del paciente del paciente psiquiátrico con TDM, que participa a Terapia Ocupacional en el INPRFM.

Al comparar la medición de los dos grupos, se observó en la gráfica que existe diferencia cuantitativa importante debida al factor X (Terapia Ocupacional), además del indicativo de variabilidad significativa.

La Terapia Ocupacional fue un factor de cambio y mejoría en su autoestima de los pacientes que la experimentaron, llegando así al objetivo deseado de esta investigación, hay evidencia suficiente para determinar, que existen diferencias significativas después de la Terapia en el grupo experimental, aceptándose la Hipótesis de trabajo (Hi), en donde la Terapia Ocupacional si promueve beneficio en la autoestima del paciente con TDM, en el INPRFM.

Los principales cambios que se observaron en el paciente fueron los siguientes:

- Aumento de la Autoestima y confianza en sí mismos
- Responsabilidad
- El respeto hacia uno mismo y hacia los demás
- El reconocer sus propios logros
- El ser asertivo
- Saber afrontar
- El rechazo a las actitudes negativas
- Tolerancia a la frustración
- Capacidad de autoevaluación
- Disminución o eliminación de la tristeza
- Aumento de la sociabilidad y comunicación con el grupo
- Interés por participar en Terapia Ocupacional

Es importante señalar no solo a la Terapia Ocupacional como un factor de mejoría, no se puede omitir de ninguna manera que los fármacos suministrados a los pacientes influyen en el alivio de los cuadros depresivos de los mismos, sin embargo queda demostrado por medio de los resultados estadísticos, al grupo control con cambios cuantitativamente menores a los obtenidos con el grupo experimental.

Lo anterior es una reflexión en el sentido de que, si bien el uso de medicamentos posee una aceptación ganada a pulso mediante resultados históricos y actuales, para efectos de reintegrar al sujeto a su medio social y familiar esto no es suficiente; es decir, la implementación de la Terapia Ocupacional como elemento estratégico, dentro del proceso de recuperación del

paciente depresivo, se afirma que se puede proporcionar una atención de carácter integral, donde la Terapia Ocupacional puede ser un complemento valioso en el tratamiento convencional.

Basta entender que si la depresión en pocas palabras provoca una autoestima baja y anhedonia entre otras, lo más natural y obvio es lograr la recuperación en el interés y autoestima, las ganas de emprender las actividades que forman parte de su contexto familiar, social, etc.; es precisamente ahí donde la Terapia Ocupacional adquiere relevancia, ya que se trata de una labor que aparentemente se ve fácil, pero que involucra muchos factores para su correcta aplicación.

El porcentaje de casos en sexo, edad, estado civil, escolaridad y ocupación que se presentan como resultados extras de esta investigación, nos da el empuje para poder profundizar con mayor detalle el aumento o disminución de la autoestima del paciente psiquiátrico con trastorno depresivo mayor en su contexto más amplio.

Al término de esta investigación se puede afirmar que la Terapia Ocupacional si produjo cambios en la autoestima de los pacientes con trastorno depresivo mayor de carácter interno en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Es conveniente mencionar que esta investigación coadyuvó a que se revalorara la labor del Psicólogo Clínico y la función de la Terapia Ocupacional.

### **Sugerencias**

Considerando que toda investigación científica es terreno fértil para el análisis, así como para el surgimiento de nuevos estudios que reafirmen, complementen o rebasen el conocimiento de toda disciplina, en relación a esta investigación piloto se sugiere hacer un estudio complementario, pueden existir variables extrañas que no fueron controladas y que modifiquen resultados. ¿Puede aumentar o disminuir la autoestima en los pacientes hospitalizados con trastorno depresivo mayor sin haber participado a la Terapia Ocupacional? ¿Qué factores influyen?. Los resultados descriptivos se inclinan al aumento de la autoestima en pacientes hospitalizados en el INPRFM, con TDM que participan a Terapia Ocupacional.

Este estudio previo dará pauta a complementar o corregir resultados, analizar con más detalle causas y consecuencias y obtener los mejores resultados, a fin de que la investigación final, sea lo más precisa posible y permita formular algunas predicciones.

Básicamente esta investigación se basó en el manejo de dos grupos de estudio formados por pacientes con trastorno depresivo mayor, uno llamado experimental cuya formula aplicada fue sometido al factor X (Terapia Ocupacional) y fármacos, y un segundo grupo llamado grupo control que fue

tratado únicamente con medicamento. La idea sería manejar un tercer grupo al cual se le diera solo Terapia Ocupacional, al no intervenir ningún otro factor en el tratamiento, sería sin duda un estudio interesante que enriquecería la información existente en materia de Terapia Ocupacional.

## **Bibliografía**

1. Aguado Díaz A. (1995) Historia de las deficiencias., Editorial Colección tesis y praxis, Madrid: Escuela Libre.
2. Alonso- Fernández F. (1984) Psicopatología y Creatividad, Editorial Salamanca.
3. American Psychiatryc Association. (1987) Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders. Editorial APA, Washington D.C.
4. American Ocupational Therapy Association. (1998) Core valeus and attitudes of occupational therapy code of ethics. American Journal of Occupational Therapy, Vol. 52: p. 881-884
5. Barroso Manuel. (1987) Autoestima Ecología o Catástrofe. Editorial Galac. Venezuela.
6. Bernstein, D. (1990) Introducción a la Psicología Clínica, Editorial Mc Graw Hill, México, D.F.
7. Branden Nathaniel. (1991) El poder de la Autoestima, Editorial Paidós. España.
8. Burton Robert. (2007) Anatomía de la melancolía, Editorial Alianza S.A.
9. Calderón N. Guillermo. (1985) Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento. Editorial Trillas, México.
10. Cardamone G, Sisti E. (1997) Trabajo y rehabilitación psicosocial: una perspectiva histórica. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Vol. 17: p. 63-67.
11. Colegio de Terapeutas Ocupacionales. (2006) [www.coteoc.org/coteoc\\_p/TOcupacional/TOcupacional.html](http://www.coteoc.org/coteoc_p/TOcupacional/TOcupacional.html) consultado el día 18 de Septiembre de 2008
12. Coopersmith, Stanley, (1978) The Antecedents of Self- esteem, Consulting Psychologists. Press, Palo Alto, California.
13. Corkille D. (1990) El niño feliz. Su clave psicológica. México, Ed. Gedisa, C.A.
14. *De Capadocia Areteo. (1998) Obra Médica. Editorial Torrejón Ardoz.*

15. Domínguez García, V. (1991) Sobre la melancolía en Hipócrates, revista de investigación clínica, Vol.3: p. 259-267.
16. Dorh Friednich (1977) Diccionario de Psicología, Editorial Barcelona.
17. Durante P. (2004) Terapia ocupacional en Geriatría: principios y práctica, Editorial Masson, Barcelona.
18. Durante P, Noya B. (1998) Terapia ocupacional en salud mental: principios y práctica, Editorial Barcelona, Masson.
19. Englis H.B. y CH. Englis. (1977) Diccionario de Psicología y Psicoanálisis. Editorial Paidós, Buenos Aires.
20. Evagrio Póntico. (2007) Dar importancia al intelecto: Filocalia de la oración de Jesús, Editorial Fundación de Estudios Tradicionales.
21. Farré Martí Maria Joseph, Laceras Pérez G, Casas Hilari J. (2005) Enciclopedia de la Psicología, Editorial Océano, tomo 3.
22. Flaherty, U. A. Gaviria. (1983) The Rol of Social Support in the Functioning of Patients with Unipolar Depresión American Jouirnal of Psychiatric. Vol. 140: p. 473-496.
23. Foucault Michel. (1967) *Historia de la locura en la época clásica*. Editorial Fondo de Cultura Económica Tomos I y II, México.
24. Griest H John. (1986) Tratamiento de los trastornos mentales Editorial Manual Moderno S. A. de C.V., México D.F.
25. Hopkins H, Smith H., Willard and Spackman´s. (1998) Occupational therapy. Editorial Médica Panamericana, Madrid.
26. Hughes, P y Mullins, L. (1990) Manual de Terapia Ocupacional en Psiquiatría, Editorial Limusa, México, D.F.
27. Jackson, Stanley W., (1989) Historia de la melancolía y la depresión. Editorial Turner, Madrid.
28. Kaplan, H. (1987) Compendio de Psiquiatría. Editorial Salvat, México, D.F.
29. Klibansky Raymond, Panosfsky Edwin y Fritz Saxl. (2007) *Saturno y la melancolía*. Editorial Alianza, Madrid.

30. Krueger, D.W. (1998) *Psicología de la rehabilitación*, Editorial Herder, Barcelona.
31. Laín Entralgo, Pedro. (2006) *Historia de la Medicina.*, Editorial Masson, Barcelona.
32. Lara Cantú Ma. Asunción, Verduzco Ma. Angélica, Acevedo Maria del Carmen, Cortés José. (1993) Validez y confiabilidad del Inventario de Autoestima de Coopersmith para adultos, en población mexicana.
33. Leonard Aldous Huxley. (1923) *On the Margin: Notes and Essays*, Editorial London, Chatto & Windus, New York.
34. Lucia Tamayo Martínez. (2007) *Terapia recreativa y Ocupacional en el paciente hospitalizado*, Tesis, Facultad de Enfermería, Universidad de Guanajuato.
35. Lundgren D. (1978) Public esteem, self- esteem and interpersonal stress. En J. Robson, (1988) *Self- esteem: A Psychiatric: View*. British Journal of Psychiatric, Vol.153: 6-15.
36. Macdonald E. M. (1979) *Terapéutica Ocupacional en Rehabilitación*, Editorial Salvat, Barcelona.
37. Maldonado Maria Teresa. (1993) *Comunicación entre padres e hijos*. Ediciones Paulinas. Venezuela.
38. Moruno Miralles P., Romero Ayuso, D. M. Pilar. (2000) *Historia de la Terapia Ocupacional en el ámbito de la Salud Mental*, Editorial Elsevier, España.
39. Mosey A.C. (1986) *Psychosocial Components of Occupational Therapy*. Editorial Lippincott-Raven, Filadelfia.
40. Neistadt M., Crepeau E. Willard and Spackman's. (1998) *Occupational therapy*, Editorial. Lippincott-Raven, Filadelfia.
41. Pagés Larraya, F. Nueva anatomía de la Melancolía. (1990) *Revista de neuropsiquiatría*, Vol. 53: p. 3-16.
42. Pinel Philippe, Weiner B. Dora. (2002) *Comprender y curar*, Editorial Fondo de Cultura Económica, México.
43. Reed K, Sanderson S. (1999) *Concepts of occupational therapy*, Editorial Lippincott Williams and Wilkins, Baltimore.

44. Ribeiro Lair. (1997) Aumente su Autoestima. Editorial Urano, España.
45. Rodríguez Reyes J. (1973) Laborterapia y Terapia Ocupacional en la enfermedad mental. Editorial Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, Oviedo.
46. Romero Ayuso. (1999) Hacia una Historia de las relaciones entre la Terapia Ocupacional y la Psicología en España. Tesina, Universidad Autónoma de Madrid. Director: Florentino Blanco Trejo.
47. Romero Ayuso y Moruno Miralles P. (2003) Terapia Ocupacional: teoría y técnicas. Editorial Masson, Barcelona.
48. Rosemberg M. (1962) The Association Between self-esteem a Psychiatric. View. British Journal of P Psychiatric, Vol.153: 6-15.
49. Runge U, Borg T, Frydendal E. (1997) Terapia Ocupacional ¿Una disciplina académica en la Europa del Siglo XXI? V Congreso Europeo de Terapia Ocupacional, Instituto Nacional y Servicios sociales, Madrid.
50. Sánchez Millán Esther. (2004) *Problemas*, Editorial Madrid: Gredos.
51. Satir Virginia. (1978) Autoestima, Editorial Pax, México.
52. Tamayo A. (2004) Autoconcepto, sexo y estado civil. Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social, Editorial Pan American Health Organization, Universidad de Texas. Vol. 16: p. 50.
53. Trejo Corona Maria Guadalupe (1996) Programa de Actividades. Departamento de Psicoterapia, Terapia Ocupacional INPRFM, México DF.
54. Urvoy Dominique Averroes.(1998) Historia. Editorial Alianza, Madrid 1998.
55. Watts, F. y Bennett, D. (1990) Rehabilitación Psiquiátrica, Teoría y Practica, Compilación, Editorial Limusa, México, D.F.
56. Willard and Spackman's. (1998) Occupational Therapy, Editorial Médica Panamericana.
57. Yagosesky Renny. (1998) Autoestima en palabras sencillas. Editorial San Pablo, Caracas.

**ANEXO**

**A**

**INVENTARIO DE COOPERSMITH-A**

Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Edo. civil \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
 Escolaridad \_\_\_\_\_ Fecha  
 Aplicación \_\_\_\_\_

Por favor marque cada oración de la siguiente manera:

Si la oración dice cómo te sientes, casi siempre, pon una cruz (x) abajo de "SI" en la misma línea.

Si la oración dice cómo te sientes, casi siempre, pon una cruz (x) abajo de "NO" en la misma línea.

EJEMPLO	SI	NO
Soy muy trabajador	X	
SI ERES MUY TRABAJADOR MARCA SI	X	
SI NO ERES MUY TRABAJADOR MARCA NO		X

No hay respuestas ni buenas ni malas

1.- Generalmente los problemas me afectan muy poco . . . . .	SI	NO
2.- Me cuesta mucho trabajo hablar en público . . . . .	SI	NO
3.- Si pudiera cambiaría muchas cosas de mí . . . . .	NO	NO
4.- Puedo tomar una decisión fácilmente . . . . .	SI	NO
5.- Soy una persona simpática . . . . .	SI	NO
6.- En mi casa me enoja fácilmente . . . . .	NO	NO
7.- Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo . . . . .	SI	NO
8.- Soy popular entre las personas de mi edad . . . . .	SI	NO
9.- Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos . . . . .	SI	NO
10.- Me doy por vencido (a) muy fácilmente . . . . .	SI	NO
11.- Mi familia espera demasiado de mí . . . . .	SI	NO
12.- Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy . . . . .	SI	NO
13.- Mi vida es muy complicada . . . . .	NO	NO
14.- Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas . . . . .	SI	NO
15.- Tengo mala opinión de mí mismo (a) . . . . .	NO	NO
16.- Muchas veces me gustaría irme de mi casa . . . . .	SI	NO
17.- Con frecuencia me siento a disgusto en mi trabajo . . . . .	NO	NO
18.- Soy menos guapo (o bonita) que la mayoría de la gente . . . . .	NO	NO
19.- Si tengo algo que decir, generalmente lo digo . . . . .	SI	NO
20.- Mi familia me comprende . . . . .	SI	NO
21.- Los demás son mejor aceptados que yo . . . . .	SI	NO
22.- Siento que mi familia me presiona . . . . .	SI	NO
23.- Con frecuencia me desanimo en lo que hago . . . . .	SI	NO
24.- Muchas veces me gustaría ser otra persona . . . . .	SI	NO
25.- Se puede confiar muy poco en mí . . . . .	SI	NO