

1310
PSI

TERAPIA OCUPACIONAL
EN
PSICOTICOS



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRO EN PSICOLOGIA

PRESENTA

RAYMUNDO MACIAS AVILES.

MEXICO, D. F.,

DR. RAYMUNDO MACIAS A.

TERAPIA OCUPACIONAL
EN
PSICOTICOS

EL PROBLEMA EN EL
MANICOMIO GENERAL

MEXICO, 1958

25053.08

UNAM. 9

1958.

EJ. 2

DR. RAYMUNDO MACIAS

TERAPIA OCUPACIONAL
EN
PSICOTIPOS

M-159679

Apr. 15

EL PROBLEMA EN EL
MANICOMIO GENERAL

MEXICO, 1958

Al tratar de dedicar este pequeño trabajo, pienso en todos los que en alguna forma, en alguna ocasión, me han brindado algo, colocándome a la vez en condiciones de dar también, porque dando es como recibimos. Es por eso que con sincera humildad lo hago a mis padres que me dieron fé y seguridad en la vida; a los que me han ofrecido ayuda, comprensión y cariño, en particular Consuelo, y han hecho así nacer en mí amistad y amor, que completan mi existencia; a mis maestros, de quienes he aprendido a buscar la verdad y conocer mi ignorancia; a todo el que he conocido y con especial respeto, al tantas veces ignorado enfermo mental, que me ha permitido, sin quererlo, entender un poco mejor la humana naturaleza, finita e infinita, tan simple y tan compleja.

R. M. A.

CONTENIDO:

INTRODUCCION:	6
CONCEPTOS GENERALES:	9
FUNCION DINAMICA:.....	15
OBJETIVOS Y VENTAJAS:	19
SU APLICACION:.....	24
EN EL MANICOMIO GENERAL:	29
CASOS CLINICOS:.....	34
COMENTARIO:	42
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:	44

INTRODUCCION

Cuando en 1954 iniciamos nuestra práctica clínica en el Manicomio General, nos impresionó en forma dramática la situación de los enfermos que prevalecía en casi todos los servicios, particularmente el hecho de que permanecían inactivos casi todo el tiempo, virtualmente hacinados como fardos. Sus condiciones eran deprimentes, sin nada que hacer, tenían todo el tiempo disponible para "rumiar" sus ideas delirantes y desconectarse más aún de una realidad que les ofrecía muy poco y reducía su ambiente a una animalidad casi absoluta, muy lejos de lo que podríamos considerar como humano. Pensamos que esta situación lejos de ayudar a la recuperación de los enfermos, a pesar de los diferentes tipos de tratamiento psiquiátrico que se instituyeran, era un estorbo e impedía que los beneficios que éstos les pudieran proporcionar se afirmaran y que los pacientes se acercaran a la "normalidad", pues el ambiente en que vegetaban, y es el término exacto, no era precisamente tal. En fin parecía como si el enfermo mental perdiera al tiempo que su salud su dignidad humana, tales eran las condiciones en que se les tenía. Fué entonces en que por primera vez nos preocupamos por el tema que hoy abordamos. Nuestro interés creció a medida que teníamos oportunidad de ahondar en el estudio del hombre, la estructura de la personalidad, sus elementos dinámicos y sus necesidades básicas. Sí, por ese entonces ya habíamos iniciado nuestros estudios de Psicología, con el propósito de alcanzar una formación médica clínica más integral, más humana, que nos permitiera una mejor comprensión del paciente como una unidad biológica-espiritual, realidad que vemos con gusto ahora enunciar claramente en las clases de Psicología Médica, reciente-

mente establecidas en la Escuela Nacional de Medicina, en las que se insiste en la naturaleza del hombre como una entidad bio-psico-social.

Fué en el Pabellón Observación de Mujeres, donde tuvimos oportunidad de ver en la práctica, lo que antes se nos había brindado en la teoría. Era asombroso realmente ver como llegaban a salir enfermas curadas gracias la terapéutica establecida y, diríamos que no al internamiento, sino más bien a pesar del internamiento; porque la forma en que se desenvolvía la vida dentro del pabellón hacía difícil comprender cómo podrían satisfacer apenas las necesidades fisiológicas más elementales, mucho menos aquellas de un orden más elevado, distintivamente humanas, como serían las del psiquismo superior, las espirituales, pudiéramos decir. La falta de una preparación técnica más adecuada de las empleadas del servicio y las paupérrimas condiciones y abandono en que las autoridades tienen al Manicomio, constituyan y aún lo hacen, un serio obstáculo para la solución del problema que nos planteábamos. Sin embargo nuestra colaboración con el Doctor Agustín Caso, maestro y amigo, tanto en la cátedra como en su labor clínica, nos permitió interesar a un grupo de alumnos del primer año de Psicología en lo que pudiéramos llamar una labor social y aprovechamos este interés para empezar a realizar en forma limitada, tentativa y un tanto empírica, terapia ocupacional con algunas enfermas. Esto sucedía en 1956 y nuestros conceptos no eran aún muy sólidamente fundados, sin embargo los resultados que se pudieron obtener fueron francamente halagadores, como se podrá ver en algunos de los casos clínicos que citaremos más adelante. Nuestros conceptos generales han progresado, no tanto nuestra labor que aún enfrenta las mismas limitaciones, a pesar de que ahora entendemos mejor la función dinámica de la terapia ocupacional, su aplicación como la venimos realizando, si bien nos proporciona grandes ventajas en el manejo y tratamiento del enfermo mental, no alcanza aún todos los objetivos y metas que quisiéramos. Ciertamente ha sido muy valiosa la colaboración desinteresada de todos los alumnos que han pasado por el pabellón participando en nuestros propósitos y nuestra estima y agradecimiento por ella no tiene fin, pero precisamente y por des-

gracia, como dijimos, han pasado, y los nuevos que llegan tal vez también pasarán, muy a nuestro pesar, ya que deseáramos que su labor fuera tan constante como fecunda, y aumentando su preparación pudiéramos realizar un programa más ambicioso en bien de nuestros enfermos. Justo también es señalar la buena disposición del personal del pabellón para comprender mejor y contribuir en los nuevos conceptos sobre planes de tratamiento.

El presente trabajo no es sino la expresión de una inquietud nacida de la experiencia que hemos vivido en "La Castañeda" y no tiene mayores pretensiones, si bien es cierto que deseamos fervientemente que el externarla, la haga nacer en otros espíritus deseosos, como el nuestro, del mejoramiento del enfermo mental. Tampoco creemos que la Terapia Ocupacional sea una panacea o el último y mejor enfoque para la atención del psicótico, sino que es una parte, aunque importante, de un plan terapéutico más amplio, que debe ser atacado por un equipo completo, con personal técnico especializado y bien entrenado, cuyos alcances y limitaciones trataremos de fijar en las páginas siguientes. Nuestro método de estudio e instrumento de trabajo ha sido tal vez el más elemental y sencillo de cuantos podemos disponer, pero no por eso el menos rico y bondadoso para valorar los resultados de estas técnicas; la observación clínica, en su forma más amplia y la entrevista, nos han permitido darnos cuenta del estado del psicótico y su evolución, luchando siempre por su rehabilitación completa, aunque no dudamos que otras técnicas, como las pruebas proyectivas, hubieran sido un excelente auxiliar, que por falta de tiempo, material y personal, nos fué imposible emplear en forma sistemática, a pesar de nuestra intención inicial.

Pasaremos a discutir con más amplitud algunos aspectos interesantes del tema que nos ocupa, no sin antes expresar nuestra gratitud profunda al Dr. Guillermo Dávila, quien siempre ha sido guía, consejo y ayuda en nuestras labores, y que en esta ocasión se ha dignado supervisar el presente trabajo, tal vez sencillo y pobre, pero sincero y entusiasta.

CONCEPTOS GENERALES

La Terapia Ocupacional ha alcanzado su mayor desarrollo y el mejor en el terreno de lo que llamaríamos Medicina Física y Ortopedia y aún en el de la Medicina General, pero pocos intentos se han hecho en el campo de la Psiquiatría con base en fundamentos científicos más o menos válidos; es decir que nuestro concepto de la Terapia Ocupacional en Psicóticos difiere del que aún prevalece en muchos hospitales psiquiátricos, de entretener al enfermo, mantenerlo "ocupado", aprovechar su ayuda en las labores del servicio o explotar alguna habilidad particular que pudiera tener para producir diferentes clases de objetos destinados a la venta, como auxiliares en el mantenimiento económico de la institución. No queremos decir con lo anterior que estas últimas metas no se puedan o no se deban utilizar, pero sí insistimos en que de ningún modo constituyen el objetivo primordial de la terapia. Lo fundamental es proporcionar al sujeto la oportunidad de expresar sus tendencias, actitudes, emociones e ideas, no tan sólo en el plano verbal, sino en el de la acción y el de la conducta, como se podrán observar en la elección de determinada ocupación y el método empleado para llevarla a cabo, al igual que se podría hacer en cualquier otro plano de la actividad humana.

Así como podríamos considerar que en Psicoterapia, de acuerdo a un concepto común, casi toda la actividad se realiza en un nivel verbal, como una amplia expresión o comunicación del pensamiento a través del lenguaje, para ser "interpretado y reintegrado" al paciente para su propia y mejor comprensión dinámica; en la terapia ocupacional se manejan expresiones o contenidos relacionados con activida-

des no verbales, que deben descansar en los más amplos conceptos de la terapia psicológica fundada en una teoría dinámica de la psicopatología. El gran número de observaciones, cada vez mayor, sobre el hecho de que la actividad motora es también una expresión de actitudes, tendencias y emociones, viene a afirmar más este fundamento. Tratando de definir un concepto aún más claro de la terapia ocupacional en psiquiatría, diremos que es aquella forma de tratamiento psicológico o psiquiátrico que utiliza la actividad constructiva como su "modus operandi", su forma de acción. De acuerdo a estas ideas es importante insistir y destacar el hecho de que en ninguna forma la actividad en sí constituye el tratamiento, sino que la actividad es el instrumento utilizado en hacer posible el tratamiento. Debemos hacer hincapié (una vez más) en distinguir claramente entre el uso de la terapia ocupacional enfocada como tratamiento, que verdaderamente es una terapia, y el uso de la ocupación enfocada a producir algún objeto, que más bien debería denominarse rehabilitación ocupacional, en la que el producto no tiene, en particular ninguna función respecto al proceso de la enfermedad o tratamiento, pero su manufactura puede constituir en el presente o futuro del enfermo, un "modus vivendi".

Pero debemos recordar siempre que la terapia ocupacional constituye tan sólo una parte dentro de un programa de tratamiento más amplio, fundamentalmente para pacientes psicóticos hospitalizados, que habitualmente necesitan una separación más o menos completa de su comunidad por períodos de tiempo prolongados, a veces hasta años. Así, aparte de los procedimientos puramente médicos que constituyan la base del tratamiento psiquiátrico, existen una serie de actividades que pueden estar a cargo de personal técnico especializado, no médico, como auxiliares. Actividades creativas que ayuden al enfermo a manejar mejor y resolver sus problemas, a desviarlos de su padecimiento y conflictos personales, a reestructurar su personalidad y readaptarse, auxiliándolo al restablecimiento de sus capacidades o desarrollo de otras habilidades, proporcionándole e interesándolo en nuevas metas y objetivos para su vida. Todas estas técnicas deben estar encaminadas en común a la reintegración del enfermo mental a

una vida normal, socialmente activa. Así, se las podría denominar en conjunto terapias rehabilitativas; entre ellas podemos mencionar: la terapia ocupacional, terapia recreacional, terapia musical, biblioterapia, terapia industrial, terapia educativa y otros servicios voluntarios. Destacamos como la más importante la que nos ocupa en el presente trabajo, por sus características especiales que nos brindan extraordinarias ventajas tanto en el diagnóstico como en el tratamiento; pero en su totalidad estas técnicas contribuyen a satisfacer las necesidades de aprobación y seguridad de los enfermos, merced a la obtención más inmediata de beneficios y objetivos útiles, dentro de las limitaciones de la institución; de este modo se puede prevenir o reducir al mínimo el deterioro o regresión mental que pudieran resultar de la monotonía e inactividad. También el hecho de presentar al enfermo la realidad humana en formas más aceptables y variadas, haciéndosela más atractiva y valiosa que la fantasía, lo estimula a incorporar y practicar nuevos patrones emocionales y de conducta, más convenientes, orientados adecuadamente.

Por lo que se refiere a la terapia ocupacional, es preciso señalar que existen dos metas diferentes, que aunque no se excluyen mutuamente, sí es necesario distinguir con claridad. Una de ellas está de acuerdo con el deseo general médico de hacer recuperar al paciente, tan completamente como sea posible, su estado de salud previo. Con este objetivo en mente la ocupación que se utilice se relacionará fundamentalmente a la enfermedad y al proceso de tratamiento. Por su parte, la otra meta se basa en la premisa de que la condición patológica del sujeto no podrá ser modificada considerablemente, pero la caso la ocupación se elegirá en función de su valor reconstructivo y también económico. Ambos objetivos son útiles y válidos, pero no deben ser confundidos.

Cualquier tratamiento de padecimientos mentales que por su indicación, no depende de un cambio en la organización fisiológica de la persona exclusivamente, dependerá del impacto psicológico del procedimiento. Por esto se deben tener en cuenta, hasta donde sea po-

sible, todos los factores efectivos y estímulos variados que se presenten en la situación terapéutica. En los casos en los que la psicoterapia juega un papel fundamental, será de primordial importancia facilitar situaciones emocionales e interpersonales en un ambiente suficientemente controlado, para asegurar sus resultados benéficos. En estas condiciones la ocupación es el procedimiento operacional que permite desenvolverse a estas situaciones, las que deberán ser manejadas por el terapeuta ocupacional de acuerdo a los objetivos fijados por el médico que conduce la psicoterapia y maneja el caso. En ocasiones se le restará importancia a la actividad en favor de aspectos más personales de la situación terapéutica. También en ésta será posible evaluar la actitud y condiciones del paciente mediante la observación de su respuesta a las personas presentes, al igual que a la actividad que desarrolla o se le propone, y también en muchos casos, a las personas para las que se realiza tal actividad. Estos elementos deben considerarse en relación con el aspecto diagnóstico psicodinámico de la terapia ocupacional, que deberá ser concordante con el proceso terapéutico.

Una vez hechos estas observaciones, conviene señalar que un factor importante en psicoterapia es la respuesta del objeto hacia el que el paciente expresa una relación. En la situación de la terapia ocupacional, el terapeuta puede controlar su propia respuesta a las ideas y actitudes expresadas por el paciente, así como de una manera más sutil y astuta, la "respuesta pasiva" del material con el que el sujeto trabaja. Tal vez, en menor grado, pueda controlar también la respuesta de otros sujetos presentes, con los que el paciente se relacione. Cuando la situación se maneja adecuadamente se pueden obtener grandes beneficios de la actividad ocupacional. Destaquemos los tres aspectos más importantes en ella cuyo adecuado manejo será muy útil diagnóstica o terapéuticamente: primero, todos los acontecimientos interpersonales que sucedan entre el terapeuta y el paciente; segundo, las actividades que se realicen entre los pacientes; y tercero, los efectos derivados de la relación de la terapia ocupacional con el resto del plan de tratamiento del enfermo.

Todos los factores que actúen y tengan algún efecto en el paciente, deberán influir de alguna manera en el tratamiento psicológico. La única forma de lograr que la mayoría sean benéficos para el paciente, es estar cada vez más alerta de todos los posibles factores que puedan participar en ese caso particular. La forma de hablarle al paciente y el modo como se relacionen con él, a veces, aumentará los beneficios que reciba de pintar un cuadro o hacer una costura. La libertad o limitación con que el enfermo se siente al andar por la clínica, puede bien considerarse en relación con su estructura psicológica y así el efecto que pueda tener en él se controlará mejor. A algunos les será útil forzarlos a trabajar en cooperación con otros pacientes y otros se sentirán angustiados por ello. Todos éstos y aún más factores deben ser tomados en cuenta para considerar qué actividad se le dará al sujeto. Para ello es necesario que el terapeuta tenga un amplio conocimiento diagnóstico y dinámico del enfermo en particular y que exista un entendimiento entre él y el psiquiatra, de tal modo que se utilicen adecuadamente los datos consignados sobre el sujeto, en el establecimiento de metas bien definidas, haciendo un cuidadoso examen y evaluación de la actividad que se vaya a utilizar. La descarga de una tensión emocional, como la expresión de coraje mediante el cortar leña, machacar metal, etc., por ejemplo, puede ser utilizado sin darle mayor importancia al producto obtenido del proceso. Por otra parte el significado real del producto mismo, puede tener algún efecto sobre el equilibrio emocional del sujeto; puede ser útil que se haga algún artículo de uso personal o quizá fuera mejor que hiciera un regalo. El significado simbólico del producto acabado, puede tener también un efecto adverso o ventajoso sobre su equilibrio emocional, el que deberá ser controlado y utilizado por el terapeuta en el manejo y entendimiento psicodinámico del paciente.

Como hemos visto de una manera general y amplia, las bases, material y métodos de la terapia ocupacional en psicóticos, son esencialmente de orden psicológico, constituyendo así una de las formas más interesantes a través de las que el psicólogo puede enfocar y enfrentarse a los problemas de la Psiquiatría, trabajando ambos especialistas en estrecha colaboración con una misma finalidad: el mejoramiento del enfermo mental.

Esto reviste particular importancia en nuestro medio, donde estas actividades son aún terreno virgen y exigen fundamentalmente la preparación psicodinámica que el psicólogo puede ofrecer en ese sentido, sin llegar a constituir toda una disciplina independiente, al menos por el momento.

FUNCION DINAMICA

El papel fundamental de la terapia ocupacional en psicóticos es proporcionar al paciente la oportunidad de satisfacer sus necesidades básicas, necesidades específicamente humanas que no por ser el sujeto un enfermo mental dejan de estar presentes, sino por el contrario frecuentemente son más y mayores; son su padecimiento y las condiciones ambientales en que se mueve, las que limitan sus posibilidades de satisfacción y es aquí en donde una actividad terapéutica adecuada tratará de corregir las limitaciones que la alteración emocional haya producido. Este debe ser nuestro interés primordial, en la terapia ocupacional más que investigar las causas de esta alteración; si bien cada actividad del paciente deberá ser siempre considerada tanto en función de sus posibilidades diagnósticas como de sus ventajas terapéuticas.

La necesidad de expresión es tal vez la primera y la más ampliamente favorecida por la situación terapéutica. El enfermo podrá expresar de una manera más aceptable tendencias, sentimientos e ideas a través de actividades físicas y trabajos productivos en los que se pondrán de manifiesto su melancolía o su agitación, agresividad, culpa, narcisismo, dependencia, etc. También podrá canalizar tensiones emocionales en su ocupación, la que al mismo tiempo, sobre todo si es un trabajo en grupo o equipo, le brinda la oportunidad de comunicarse y relacionarse con otros pacientes o el terapeuta a través de mecanismos mentales más aceptados. El poder satisfacer su necesidad de establecer relaciones interpersonales nuevas y el conectarse a una realidad más sencilla y tal vez menos traumática que aquella en la que se desarrolló y acaso fué uno de los factores en la génesis de

su alteración mental, permitirán al paciente tener una visión más positiva del mundo y eliminar algunos de sus mecanismos de defensa patológicos. Una actividad creativa o productiva facilitará el sujeto alcanzar simbólicamente cierta trascendencia que todo hombre necesita y que todos buscamos afanosamente. El poder para actuar crea por sí mismo una necesidad para usarlo, y el no hacerlo origina trastornos e infelicidad. En el terreno físico esto determinaría atrofia del órgano inactivo; en el terreno psicológico, en el de la voluntad, produciría inercia mental, infravaloración de sí mismo, e incluso se podría llegar a perder el sentimiento de identidad. En esta forma el sólo hecho de realizar una actividad productiva, por sí mismo es fuente de autosatisfacción, aumenta la propia estima aunada al reconocimiento social o de grupo, fomenta la individualidad y aún puede llegar a ser un estímulo importante para la racionalidad. Vemos pues que la situación terapéutica ocupacional con la orientación psicodinámica que pretendemos, constituye un extraordinario proceso de socialización en el que el sujeto podrá tratar de realizar sus potencialidades y lograr un mayor equilibrio que lo acerquen a la salud mental.

Hemos tratado de presentar en una forma general y sintética lo que consideramos fundamental en la función dinámica de la terapia ocupacional en los psicóticos. A continuación pretendemos tocar algunos hechos más particulares que nos parecen de interés.

Uno de los primeros factores que deben ser notados cuando se establece contacto con un paciente nuevo, es si el sujeto depende estrechamente del terapeuta buscando apoyo y consejo o si se trata de un sujeto que insiste en sus propias decisiones y manifiesta franca independencia. Estas observaciones primeras son clave para el curso probable en el modo de relacionarse en la clínica, siendo útil saber si la conducta del paciente es la misma o difiere en la situación terapéutica y otras circunstancias. El contacto inicial con el paciente es quizá la sesión más importante en la terapia ocupacional. La manera como se maneje puede determinar, en buen grado, los progresos diarios y los resultados finales del esfuerzo terapéutico. Por lo mismo es necesario evitar caer en el error tan frecuente de resaltar la importancia de la actividad sobre la relación interpersonal y la situación total. Igualmente, si el paciente solo trabaja por su afán de cumplir

o porque él siente que tal cosa es esperada de él, no sólo por el terapeuta sino por todo el personal, se pierden, de vista las necesidades reales del paciente y se puede lograr muy poco en este sentido. Es preciso también que el terapeuta sea tan capaz de valorar la personalidad y necesidades emocionales del paciente, entonces deberá analizar la situación total, en un esfuerzo para determinar el porqué

del fracaso y hasta que punto fué él directa o indirectamente responsable.

Otro hecho interesante es que el tipo de movimiento o actividad que el enfermo prefiere realizar, se relaciona con su estado psicológico. Un paciente maniaco o con ideas expansivas, tendrá dificultad en realizar un trabajo en que se utilizan en forma repetitiva pequeños movimientos musculares y en el que no obtiene de inmediato francos datos de progreso para mostrárselos a otros. Por otra parte, un obsesivo podrá angustiarse ante grandes actividades físicas. También el color podrá ser significativo para revelar el estado emocional del sujeto. Los colores oscuros serán escogidos por los deprimidos en tanto que aquellos con exaltación escogerán colores más vivos y los esquizofrénicos más exagerados aún.

El modo de relacionarse con otros pacientes en la clínica, indicará bastante bien la forma de conducta tradicional del paciente frente a extraños. El grado de libertad que sienta para conectarse con otros pacientes dependerá de su habilidad para manejar la ansiedad que nuevas personas le provocan. Algunos tratan de dominar a los otros más que cooperar con ellos, y otros más inhibidos tratan de evitar todo contacto. Todo esto podrá ser controlado en cierta forma por el terapeuta y el modo en que se maneje la clínica, valorando así las concesiones o limitaciones para cada paciente. Algunos necesitarán más tiempo de atención o aprobación especial en frente de otros. O bien podrá acontecer lo contrario, no menos importante, que el paciente trate de ganar la aprobación de otros y usurpar la posición del terapeuta.

La forma de trabajar en productos manuales es también interesante, nos informará sobre su atención, estabilidad emocional e inteligencia. Se revelarán la excesiva pulcritud y orden de un carácter obsesivo. La repetición infructuosa y perseveración del esquizofrénico también se notarán. El producto mismo también tiene cierto significado, el hacer algo que el paciente sabe que no le gusta al terapeuta nos revelará sentimientos de agresividad; los objetos de adorno o fantasía tendrán una connotación sexual, etc. La relación entre el significado consciente que tenga el producto para el sujeto y el inconsciente, frecuentemente ayuda a vislumbrar sus conflictos internos. Con respecto al hecho de finalizar un trabajo también se revelarán actitudes y emociones importantes. Un sentimiento de inferioridad y el miedo a la crítica resultante pueden conducir a un sujeto a trabajar en forma interminable en un proyecto que jamás termina.

Cuando utilizamos la terapia ocupacional como un procedimiento psicoterapéutico es preciso entender que el producto hecho y el trabajo empleado en hacerlo son consideraciones secundarias al juicio de como ese producto y su proceso de manufactura han afectado las relaciones interpersonales del paciente con otros. La ocupación entonces se convierte en un instrumento para manejar adecuadamente sus relaciones con otros individuos y no el fin primordial en sí mismo.

En esta forma el determinar un programa de tratamiento para cualquier caso particular deberá considerar el planeamiento tanto para la actividad material del sujeto, así como su actividad social en presencia del terapeuta y ya hemos hecho mención de algunos de los factores importantes que se deberán tomar en cuenta sea tanto con fines diagnósticos como de tratamiento. Veremos a continuación la forma que la aceptación terapéutica podrá ser enfocada, bajo las bases fundamentales que hemos dado y su modo de actuar, a la obtención de metas más o menos específicas o generales y cuáles son algunas de las ventajas que derivarán de ella.

OBJETIVOS Y VENTAJAS

Primero mencionaremos algunas ventajas y objetivos que son comunes a la terapia ocupacional y a algunos de las otras terapias rehabilitativas mencionadas, sobre todo bajo un criterio estrictamente ocupacional o recreativo, aceptable casi para cualquier tipo de paciente. Así entendido el objetivo sería proporcionar una actividad al enfermo, saber que es lo que está haciendo y hasta donde se posible mantener sus pensamientos ocupados en algo conocido, evitando que tenga tiempo de rumiar sus ideas delirantes u otros de pensamientos; sobre todo en los enfermos crónicos, en los que las probabilidades de cura o remisión son muy bajas, es donde este enfoque es sin embargo muy útil en su manejo. Colateralmente tenemos algunas otras ventajas generales; ayudando en los deberes del servicio algunos pacientes no tendrán sensación de invalidez y a algunos se les quitarán sentimientos de culpa. Realizando cosas sencillas tendrán una oportunidad de aceptación propia y de los demás y podrán establecer nuevamente valores positivos, aunque reducidos, a su vida. El ambiente del pabellón será más agradable, una especie de ambiente familiar u hogareño, en el que podrán incluso hacer indentificaciones del padre con el médico, la madre con la enfermera y el hospital con la casa. Los enfermos con entretenciones absorbentes generalmente reducen su ansiedad y están más tranquilos.

Pero con un sentido más específico terapéutico la ocupación debe basarse en los principios de la psicodinamia, al igual que las metas que se persigan y el procedimiento para alcanzarlas. La terapia ocupacional como tratamiento definitivo es más que el simple contacto con un sujeto enfermo, más aún que enseñarle alguna habilidad, más

que proporcionarle actividades creativas, una actitud placentera y motivaciones, más que familiaridad con tipos de alteraciones emocionales. Con este criterio nos vamos a encontrar con objetivos generales y otros mucho más específicos.

El más importante de los primeros es el aumento de la psicoterapia o los esfuerzos terapéuticos dando al paciente una experiencia terapéutica mediante oportunidades para expresar o sublimar sus impulsos y necesidades emocionales. Dos son las modalidades en que la situación terapéutica puede permitirlo; la relación interpersonal entre el terapeuta y el paciente, y la actividad misma. Por lo tanto el objetivo de expresión terapéutica de necesidades e impulsos, se alcanza mediante la relación interpersonal terapéutica, que es el factor más importante, y la realización completa de un trabajo terapéutico. Esto implica una gran flexibilidad de parte del terapeuta, así como un agudo entendimiento de la dinámica de la personalidad.

El segundo objetivo general es obtener oportunidades auxiliares en el diagnóstico y evaluación de la personalidad. Es útil para el diagnóstico la obtención de respuestas a estímulos conocidos y aquí incluimos la observación de respuestas en el aspecto motor voluntario, en las respuestas somáticas involuntarias y en las verbales. El terapeuta que trabaja en una clínica en la que el diagnóstico es parte de los objetivos, deberá tener información y entrenamiento necesario para estar alerta y observar todos los datos que puedan ser de utilidad.

El último objetivo general puede ser denominado socio-económico, ya que envuelve factores tanto sociales como vocacionales. Entre los primeros es importante la identificación con el grupo, para lo que se deberán lograr situaciones que faciliten y den oportunidad para el desarrollo de conciencia social y responsabilidad, cooperación en el grupo y un sentimiento de ser una parte integral de él. Es en este aspecto que la terapia ocupacional debe ocuparse de la reeducación del paciente regresivo en términos de higiene personal, participación en el grupo y respecto por los derechos y privilegios de los otros. Así constituye una verdadera resocialización, que es el proceso gradual que permite progresivamente al paciente verse a sí mismo como un individuo con derechos individuales. Este es el resultado, como lo son

los demás, de alcanzar la primera meta que se impone la psicoterapia al enfrentarse a las necesidades emocionales básicas del sujeto.

Como guía avocacional la terapia ocupacional se utiliza para familiarizar al paciente con aquellas actividades que se espera continúe realizando durante o después de su hospitalización.

Los objetivos específicos son muchos y variados, dependiendo del proceso del tratamiento. El logro, de ellos está determinado por el grado la expresión terapéutica de las necesidades emocionales del paciente, así su expresión adecuada traerá una disminución de ellas. Mencionaremos algunos de los patrones de conducta más importantes y comunes que son base de síntomas y que pueden ser manejados en beneficio del paciente:

Dependencia e Inseguridad. El sujeto básicamente inseguro, que necesita establecer una relación dependiente debe ser colocado en situación tal que reciba aprobación inmediata y constante dirección y apoyo. De preferencia en actividades con material no resistente que requiera movimientos suaves. Las decisiones deben ser mínimas por la rutina de la actividad y naturaleza de la organización. Poco a poco la situación se manejará, se aumentarán las oportunidades para decidir, hasta que el paciente sea capaz de aceptar la guía y decidir.

Necesidad de controlar la situación. El terapeuta deberá relacionarse al paciente indirectamente. La dirección y sugerencias deben ser lo menos frecuentes y propuestas al paciente en forma de consultar su opinión.

Necesidad de sobresalir. El paciente competitivo, que trata constantemente de hacer las cosas mejor que otra persona, puede satisfacer estos impulsos de una manera constructiva, aceptable. Si su destreza y creatividad no son suficientes, se le podrá asignar un proyecto fuera de lo común, exclusivo y no habiendo con quien comparar, se facilita el que pueda sobresalir.

Narcisismo. El individuo incapaz de identificarse con otros y cuyos intereses se limitan alrededor de él, puede satisfacerse por la creación de un proyecto que sea resultado de su propio esfuerzo y al mismo tiempo interpersonal con él debe ser manejada tomando en

cuenta la realidad de la inseguridad subyacente en alternar con otros sujetos.

Independencia. Auto-afirmación. La necesidad de tomar sus propias decisiones y estar libre de dominio puede encontrar una expresión constructiva. Se propondrán actividades que por la simplicidad de su ejecución proporcionan una mejor oportunidad para esfuerzos independientes. Sin embargo también es importante que participe en una actividad en la que pueda utilizar toda su originalidad, creatividad e iniciativa. Se le debe dar oportunidad para aceptar responsabilidades.

Auto-desprecio. El paciente que se siente culpable, indigno, cuya agresión está contra él mismo, puede satisfacer sus necesidades participando en tareas monótonas, no creativas, que impliquen hacer cosas para otros.

Hostilidad. Sea abierta o reprimida, la relación entre el terapeuta y el paciente debe ser manipulada en tal forma que facilite la expresión de hostilidad y de al paciente la oportunidad de experimentar cierto dominio sobre el terapeuta. Las actividades deberán permitir una descarga constructiva de la hostilidad y contener movimientos agresivos sobre un material resistente. Por ejemplo trabajos en madera.

Hiperactividad y Expansividad. En la terapia ocupacional este tipo de pacientes deberán tener oportunidad de expresar sus necesidades emocionales en un nivel inmaduro y expansivo y así se le dará la experiencia terapéutica de satisfacer su necesidad de impresionar a otros. Deberá tener tanta oportunidad como sea posible, en tanto no interfiera con la seguridad y el confort de los demás.

Razgos obsesivo-compulsivos. Se buscarán situaciones y actividades que permitan al sujeto canalizar constructivamente su necesidad de cierto grado de repetición, rutina, organización e impulsos perfeccionistas, lo que resulta en aceptación y productividad.

También podrán alcanzarse objetivos como identificación masculina o femenina en una situación en que el fin del proyecto de activi-

dad tenga una connotación francamente masculina o femenina, además de una relación con un terapeuta con características más femeninas o masculinas.

Actividades como serrar, cortar, etc. de las que la destrucción puede convertirse en un proyecto aceptable, habiendo indulgencia para este esfuerzo podrán convertirse en una experiencia terapéutica y satisfacer necesidades o impulsos destructivos.

Para los sujetos regresivos actividades como pintura con los dedos, pinturas de aceite, modelado en barro, les podrán permitir aceptación y administración de otros en actividades sucias, infantiles.

En conclusión, si se planea la situación cuidadosamente, el paciente podrá tener la oportunidad de expresar sus necesidades, impulsos, actitudes y sentimientos en una forma constructiva y significativa. Se obtiene lo que pudiéramos llamar una catarsis terapéutica tanto en la actividad como en la relación con el terapeuta. Así el proceso es: de la expresión constructiva o sublimación a la disminución terapéutica de sus necesidades e impulsos y de esto a su ajuste emocional. El grado en que se obtenga ésto dependerá de la habilidad del terapeuta para entender totalmente las necesidades del paciente y correlacionarlas al plano de la terapia ocupacional psicodinámicamente entendida y de ello derivarán todas las ventajas útiles para el manejo y tratamiento del psicótico.

SU APLICACION

En lo que se refiere a la aplicación de la terapia ocupacional, dos son los aspectos fundamentales que deben ser considerados: el primero su indicación adecuada y el segundo el control de la evolución del caso. En principio es necesario que el psiquiatra se de cuenta de la necesidad de prescribir cuidadosamente la terapia ocupacional, poniendo particular atención a las necesidades emocionales del individuo y con metas definidas. También el terapeuta debe saber qué información necesita para llevar a cabo el programa de tratamiento y ser capaz de justificar específicamente sus requerimientos. En buena medida la información que se vaya a utilizar dependerá del conocimiento que teng el terapeuta de la psicopatología y de su habilidad para aplicar estos principios a su trabajo. Así por ejemplo es más importante saber de qué manera el paciente maneja su agresión y hostilidad y cómo se manifiesta, que saber sólo que él es hostil. La dinámica de los síntomas es mucho más importante en el tratamiento de los pacientes que el describirlos y una lista rígida limita usualmente las interpretaciones dinámicas.

Para que la indicación y prescripción de la terapia ocupacional sea adecuada, deberá atender los siguientes factores:

a. Descripción de la conducta actual del enfermo y la naturaleza de su padecimiento, incluyendo por supuesto los síntomas más sobresalientes.

b. Una descripción de la estructura básica de la personalidad del sujeto. Aquí se tratará de hacer una evaluación de la clase de perso-

no dentro de la situación las necesidades emocionales básicas del individuo.

c. Una descripción y evaluación de las relaciones interpersonales del sujeto, previas y actuales. Una vez proporcionada esta información mínima que es pertinente para la aplicación de la terapia, se establecerán los objetivos del tratamiento:

d. Establecimiento de las metas y finalidades a alcanzar, lo que el siquiatra desea lograr a través de la terapia ocupacional.

La prescripción deberá ser tan cuidadosamente señalada e implica tanta responsabilidad como cualquier otra prescripción médica. Su propósito es establecer objetivos o metas en la terapia ocupacional y proporcionar suficiente información al terapeuta para llevarlos a cabo.

La psicología y la psiquiatría se han percatado y preocupado de la expresión de necesidades inconscientes del individuo por medio del arte, relaciones, profesiones, diversiones, "hobbies", etc. Es necesario por lo tanto para el terapeuta pensar en algún medio particular y qué oportunidades aportaría para la expresión de impulsos y necesidades emocionales. Es pues conveniente buscar cuidadosamente medios específicos para alcanzar estos objetivos y utilizarlos más científicamente. Las actividades controladas y guiadas permitirán aumentar el valor terapéutico de una labor específica y acelerarán el logro de las metas psicoterápicas. Es por esto que las actividades deberán ser analizadas y evaluadas, comprendiendo todos los componentes de cada una, como un medio potencialmente terapéutico o patógeno y así escoger aquellas que reúnan las mejores características y sean el medio más adecuado para el logro de tal o cual objetivo en particular. Los principales elementos que se deberán considerar en el análisis de cada actividad serán:

1. El proceso mental que presupone, destacando la iniciativa, habilidad y concentración requeridas.

2. El proceso físico que comprende movimientos generales y específicos, coordinación mental y motora y la fatiga.

3. La practicabilidad de alguna actividad, tanto por lo que se refiere a equipo, lugar y costo.

4.—Evaluación psicológica sobre la oportunidad que permita de expresión constructiva de impulsos, actitudes y afectos, creatividad y originalidad. También la facilitación para relaciones interpersonales con el terapeuta y con el grupo; y el significado del proyecto para el mismo paciente.

La variedad y adaptabilidad de una actividad ante circunstancias diversas, y en último lugar

6. Las contraindicaciones específicas, si las hay.

Qué tan deseable o indeseable sea alguno de los factores analizados o la actividad total, dependerá del caso individual y sus particulares necesidades, mediante un estudio comparativo de las actividades posibles para ese caso.

Por último es de vital importancia en la aplicación de la terapia ocupacional valorar la evolución del caso y los resultados obtenidos, la actuación y conducta del paciente. Una correcta evaluación, profesional e inteligente, tendrá un valor extraordinario sea como una orientación diagnóstica más o como una ayuda en el manejo psicoterápico del caso. Un control adecuado se hará mediante notas de observación escritas que proporcionen información a cualquier integrante del equipo en cualquier momento. Para tener una visión más completa y general del caso se deberán hacer varias notas; la primera anotación, dentro de la primera semana de tratamiento, el que debe ser iniciado lo más pronto posible, casi inmediato a la hospitalización, deberá comprender: a) un resumen breve de los objetivos terapéuticos, b) los procedimientos terapéuticos que habrán de seguirse tentativamente y c) una descripción de la conducta y actitud del paciente hacia el terapeuta y la situación. Se seguirá la evolución del caso mediante observaciones y notas periódicas y al final, concluido el tratamiento o discontinuado por otra causa, se deberá hacer un pequeño sumario que comprenda: las metas terapéuticas originales, los procedimientos empleados en el tratamiento y una valoración del progreso del paciente.

Existen errores frecuentes en las notas de evolución que dificultan su manejo y utilización adecuadas: por ejemplo tenemos descripciones muy subjetivas e interpretaciones, falta de claridad en la forma de expresión, olvido de elementos descriptivos, con marcado énfasis en otros, incluso ampliados exageradamente con opiniones, etc. Las anotaciones deberán ser lo más descriptivas posibles, objetivas y concisas que permitan una evaluación más exacta. Por esto se propone que tales observaciones se hagan en una forma especial de concentración, sea en tarjetas u hojas, en las que además de los datos del paciente y terapeuta, se coloque en una columna una lista de actitudes hacia el grupo y el terapeuta, y las formas de ejecución o realización de la actividad. En las columnas laterales se anotarían una calificación convencional que denotara el grado de manifestación de tal actitud, siendo cada columna para una nueva fecha de observación, recomendándose cada 8 a 15 días en pacientes más o menos agudos y cada 4 a 8 semanas en pacientes crónicos. Un ejemplo de escala de calificación sería el siguiente: 0: nula, 1: mínima, 2: moderada y 3: intensa.

Las actitudes hacia el grupo o terapeuta que se podrían considerar son: hostilidad, agresividad, resistencia, negativismo, hiperactividad, dependencia, sociabilidad, cooperación, accesibilidad, responsabilidad, confiabilidad, reticencia, sumisión, autoridad y competencia. Las actitudes frente a la actividad o formas de ejecución importantes serían: comprensión, retención y ejecución de instrucciones, productividad, iniciativa, cuidado personal y en la actividad, interés en ella y en el producto final, laboriosidad, coordinación, concentración, decisión, formas de ejecución y habilidad.

Esta concentración de observaciones en forma objetiva permitiría una apreciación global del caso en forma más completa e inmediata, por lo que se refiere al manejo, progreso y resultados en la terapia ocupacional, con una valoración casi numérica, que facilitaría un juicio más certero sobre la situación, de lo cual derivaría una mejor insistencia en el programa de trabajo o un cambio del plan terapéutico, todo ello en beneficio del enfermo, pues sería con bases más sólidas y no en una forma empírica y tentativa.

El considerar todos estos elementos en la aplicación de la terapia ocupacional la facilita y la hace un instrumento aún más agudo en el tratamiento del psicótico que tanto beneficio puede recibir de ella. Claro que no siempre se llenan todos los requisitos, pero la práctica permitirá hacerlo, aumentando los beneficios obtenidos.

EN EL MANICOMIO GENERAL

Nos encontramos con uno de los problemas más graves que impiden la mejor recuperación de los enfermos mentales: la inactividad y el ocio. Así vemos como en nuestra máxima Institución Neuropsiquiátrica los enfermos viven en condiciones ínfimas, casi inírahumanas, olvidada su calidad de seres humanos, hecho que subleva cualquier espíritu bien nacido, por el abandono en que la sociedad y las autoridades los tienen. Pues bien, fuera de las horas en que se les reúne para sus alimentos o los tratamientos prescritos, yacen en su mayoría en los patios, sentados o acostados, tomando el sol u holgando. Ni siquiera descansan, pues en vez de distraerse tienen oportunidad de darse mejor cuenta de su situación miserable aquéllos que pueden hacerlo, meditar mal sobre ella, deformando la realidad por sus trastornos mentales y aumentando así su angustia vital, lo que agrava más la situación del enfermo, obstaculiza su tratamiento y retarda su recuperación. Aquellos que no pueden darse cuenta de ellos agotan sus ya menguadas energías elaborando cuadros más complejos, de acuerdo con la dinámica del proceso mental, o desarrollando conductas de tipo maniaco, o encerrándose en un mayor autismo que los aleja más de la traumática realidad en que están casi vegetando, pues en esas condiciones no se puede humanamente vivir. Ante esta pavorosa situación los esfuerzos desarrollados son mínimos y por desgracia, aún menores que los que se realizaban en años anteriores en que se contaba con mejores elementos y más facilidades.

Actualmente tenemos que de los aproximadamente 1450 enfermos hombres internados asisten tan sólo diariamente a los talleres de Ergo-

terapia, un promedio entre 80 y 95 enfermos, cifra que apenas llega al 7% y 8% de los asilados que pueden aprovechar las ventajas de la Terapia Ocupacional; siendo el mayor número de los pabellones de Observación Hombres, Trabajadores A y Bernardino Alvarez. Del segundo que se menciona, también salen enfermos a realizar labores de limpieza y otras ocupaciones no dirigidas fuera de los talleres. Por lo que se refiere a mujeres el promedio diario fluctúa entre 130 y 160 o sea cerca del 10% de las enfermas internadas (hay aproximadamente 1550), saliendo en mayor número de los pabellones de Epilépticas y Tranquilas de segunda. Daremos comparativamente algunas cifras de los enfermos que asistían antiguamente: hombres, un promedio cercano a 200 o más diarios y mujeres unas 260 a 300. Considerando que esto era en 1948 y 1949 en que la población del Manicomio era menor, nos damos cuenta como ha disminuído en forma considerable el número de enfermos beneficiados con Ergoterapia.

Esta situación se debe a que, a pesar de las mayores necesidades, se ha reducido inexplicablemente el presupuesto para los talleres, divididos en departamento de hombres, atendido por un personal de 18 profesores y auxiliares (antes había 25); y departamento de mujeres con 31 empleados en total, profesores, auxiliares y vigilantes, (antes había 45). Además los conceptos sobre "laboroterapia" son atrasados, pues el personal carece de toda formación o comprensión psicológica elemental para el enfermo. Por otra parte, el material e instrumentos con que se cuenta, es ya insuficiente, está deteriorado, en malas condiciones y aún inservible, en tanto que otros elementos son ya realmente inadecuados. Por fortuna crece ser que la Dirección interesada en el problema repara los talleres, lo que no es suficiente mientras persistan los demás defectos mencionados. Además la selección de los enfermos que asisten a los talleres se realiza de la siguiente manera: en una ínfima proporción por orden del Médico tratante, el que tampoco señala el tipo de ocupación más conveniente para ese enfermo ni objetivos; el resto, la inmensa mayoría son los que desean ir o voluntariamente aceptan ir enviados por el Enfermero o Enfermera primeros de pabellón, quien es el que juzga si están en condiciones de ir y "hacer algo". El horario de trabajo se reduce supues-

tamente de 8 a 12 AM, de lunes a viernes, menos jueves que hay visita. Así, el departamento de hombres labora en las siguientes secciones: Carpintería, Encuadernación, Pintura y Dibujo, Sastrería, Reparación de Calzado, Mimbre y Bejuco, Talabartería, Tapetes, Tejidos y Planchaduría, los equipos de trabajo son reducidos, en tanto que en el Departamento de Mujeres con menos secciones los equipos son más numerosos y hay: Tapetes, Tejidos y Bordados de diversos tipos, destacando por su mayor demanda (interés en el producto) los trabajos que se hacen de trapos de cocino y manteles individuales. Pero se les niega a los enfermos todo incentivo o estímulo económico, a pesar de ser objetos para la venta, esto hace que muchos enfermos se queden en sus pabellones ejecutando algún trabajo o realizando labores de limpieza para los empleados, mediante lo cual obtienen una compensación económica mínima o se les remunera con pequeñas prerrogativas, lo que los estimula más, pero sin control. Hay también dos pequeñas bibliotecas en los talleres, a base de revistas no muy apropiadas. La Hortaliza en la que se desarrollaban labores de utilidad y beneficio para los enfermos, no funciona. En lo relativo a terapia recreacional solamente se cuenta con proyecciones cinematográficas jueves y sábados, a las que van enfermos en número y condiciones semejantes. Hay una clase de gimnasia de 1 a 2 horas 4 veces por semana (van de 50 a 80 hombre y mujeres). En los pabellones de pensionistas cuentan con televisión, sin embargo no siempre los enfermeros escogen los programas con el criterio más adecuado teniendo en cuenta la condición de los enfermos que observan. Hemos indicado brevemente los elementos con que se cuenta para lograr una mejor adaptación de los enfermos a su condición de hospitalizados, no habiendo hasta el momento ningún método o procedimiento que tienda a prepararlos para su reincorporación a una sociedad tal vez agresiva y poco tolerante para un enfermo mental, que obstaculiza su rehabilitación.

Como mencionábamos ya en la introducción, se pudo organizar un grupo de alumnos de 1o. y 2o. año de Psicología que asistieran al Pabellón Observación Mujeres y realizaran algunos procedimientos elementales de Terapia Ocupacional, sin intentar metas específicas por

falta de personal más prearado y entrenado, sin embargo su mejor comprensión del enfermo permitía alcanzar las ventajas derivadas de los objetivos generales. Con gusto y sorpresa observamos que la oportunidad de establecer nuevas relaciones interpersonales positivas con el "terapeuta" o con otros pacientes, sentirse más seguros y capaces de producir, descargar impulsos y emociones en situación más aceptable, el interesarse en las actividades, etc., permitía a los enfermos conectarse mejor con la realidad, salir de sus actitudes autistas, de negativismo o retiscencia, buscar aceptación del grupo a través de la propia, eliminar sus temores e inseguridad, disminuyendo su ansiedad. Este último dato lo pudimos observar e investigar más objetivamente, por la elaboración de un trabajo que hacíamos en aquel entonces. Se investigaba la reacción de ansiedad y sus correlatos fisiológicos (presión arterial, ritmo y revoluciones cardíacas, pupila, resistencia eléctrica de la piel, etc.) ante una situación específica de stress: el electrochoque. Pues bien, independientemente de otros factores que no viene al caso mencionar, pudimos comprobar que era menos frecuente en aquellas enfermitas que estaban en terapia ocupacional, un cuadro severo de ansiedad ante la situación indicada, con sus elementos fisiológicos aundados.

En pequeños grupos se realizaban labores de costura, bordado, lectura, dibujo, se les enseñaba a leer y escribir, gimnasia, juegos, e incluso se organizaron entre las enfermas especia de festivales en los que actuaban, cantaban, bailaban, etc., es decir participaban en el grupo en su propia diversión. Algunos casos llegaron a alcanzar una readaptación casi total y se observaba la influencia de la terapia, pues eran enfermas sometidas por largo tiempo a tratamientos psiquiátricos sin gran mejoría, con recaídas, al entrar en los grupos aceleraban su recuperación, la conservaban o francamente empezaban a mejorar aún más o sólo hasta entonces lo hacían. Insistimos en esto siempre asociado al tratamiento psiquiátrico indicado. Se valoraba la evolución del caso mediante las notas de observación periódicas que por costumbre realizamos en el servicio, a través de entrevista y observación clínica.

No hemos podido hacer una mejor labor por nuestras muchas limitaciones, pero esperamos que en el futuro con fé y entusiasmo, más preparación y mejores condiciones podamos mejorar en este aspecto y trabajar más de acuerdo a los lineamientos teóricos que hemos esbozado en los capítulos anteriores.

Para concluir presentamos a continuación algunos resúmenes de casos clínicos seleccionados en los que los resultados fueron bastante satisfactorios.

CASOS CLINICOS

Los resúmenes que presentamos a continuación son de algunos casos que hemos tenido la oportunidad de observar en el Pabellón Observación Mujeres del Manicomio General, desde 1956 en que nos empezó a interesar el tema que tratamos de considerar.

I. G. P. Exp. 44580.

Al ingresar esta enfermita de 14 años, en febrero de 1956, se pudieron obtener los siguientes datos: dos años antes empezaron a notar cambios en su personalidad; era una chica alegre, entusiasta y sociable, gustaba de tener amigas y asistir a fiestas, se tornó irritable, desobediente, rebelde en la escuela, con fabulaciones. A raíz de que la pérdida de un libro desarrolló síntomas francamente psicóticos: presentó ideas delirantes de tipo paranoide, decía que su mamá y su abuelita le ponían veneno a sus alimentos y se negaba a tomarlos, que la gente la vigilaba, temía que le hicieran daño, oía que tocaban su puerta. Decía que le tenían envidia porque era muy rica y quería aparentar mayor edad para sentirse superior a sus amigas. Fácilmente se tornaba agresiva e intentaba pegarles a sus hermanos, en ocasiones crisis de risa y de llanto, excitación psicomotriz, se volvía coprolática y se desnudaba, y llegó a tener alucinaciones auditivas y visuales. En estas condiciones fué internada, en el pabellón se la observaba indiferente e inactiva, permanecía aislada y era sumamente retiscente, en las primeras entrevistas contestaba más o menos adecuadamente aunque en forma breve y muy simplista, pasiva y desinteresada no era posible conectarse bien con ella, ocasionalmente se

notaban sonrisas inmotivadas. En un Rorschach que se le aplicó se apreciaron algunos rasgos esquizofrenicos: respuestas de autreferencia, numerosas formas mal vistas, cierta estereotipia y perseveración, siendo su inteligencia más o menos media, normal. Diagnosticada como Esquizofrenia simple, fué tratada primero con electroshocks y luego con serpil sin ningún resultado; en junio se inició tratamiento de comas hipoglicémicos, un mes después un poco mejorada empieza a asistir a terapia ocupacional, con el propósito de estimular en ella motivaciones e intereses y que establezca relaciones interpersonales, pronto participa en forma intensa en actividades como gimnasia, costura y dibujo, es una de las más entusiastas en la organización de un festival que hacen las enfermas. En las nuevas entrevistas se la ve siempre contenta, cuida su aliño personal, tiene deseos de salir para sus 15 años, se puede comunicar uno fácilmente con ella, colabora activamente con ella, colabora activamente en el servicio y con interés; no se observan ya los elementos patológicos de su ingreso, también en un nuevo Rorschach dan desaparecido los rasgos anormales anteriores. Así, es dada de alta por recuperación social total, después de haber logrado las metas propuestas e nel programa terapéutico, en octubre de 1956.

C. O. C. Exp. 45959.

Ingresó en enero de 1957. Seis meses antes el padre de un hijo natural de la enferma se casó con otra mujer y ella tuvo que soportar las burlas que con tal motivo le hicieron, por lo mismo la dejó otro novio que tenía. Desde entonces la notaron muy triste, y deprimida, aparentemente tenía alucinaciones visuales, decía cosas incoherentes y presentó excitación psicomotriz, verborreica, cantaba; después se volvió completamente negativista e inactiva, no salía, no se bañaba, no comía, hasta llegar a un mutismo absoluto, estado en que fué internada. En la entrevista inicial no fué posible conectarse con ella, a pesar de que entendía algunas órdenes elementales, no se logró hacerla hablar, indiferente, permanecía en una misma postura y retenía la saliva y los alimentos en la boca, conservaba sus miembros en las distintas posiciones en que se le colocaban. El caso se diagnosticó co-

mo Esquizofrenia catatónica y fué tratada ampliamente con clorpromatizina, comas insulínicos y electroshocks sin obtenerse resultados definitivos, solamente con éstos últimos se obtuvo en varias ocasiones alguna mejoría, sin embargo al poco tiempo volvía a recaer, hudiéndose de nuevo en su hermetismo e indiferencia. Se la notaba deprimida, insegura, tímida, aislada, inactiva, y en todas las entrevistas había un marcado bloqueo emocional al tratar el tema de sus relaciones sexuales con el padre de su hija. Por último se inicia tratamiento con perfenazina en febrero de 1958, mes y medio más tarde aún negativista, pero con cierta mejoría empezó a asistir a terapia ocupacional con el objeto de proporcionarle ocasión para fomentar su seguridad, se interesara en relaciones interpersonales que le proporcionaran aceptación y protección efectiva; entonces se observa que su mejoría se hace más notable, es capaz de conectarse mejor con el grupo e individualmente, colabora activamente en todo el servicio al grado de hacerse casi indispensable. En una última entrevista la encontramos contenta, risueña, perfectamente orientada, nos dice que se siente muy bien y expresa deseos de salir a ver a sus padres, e interés por el futuro de su hijo sin embargo no, puede informar casi nada sobre su período psicótico. Más segura de sí misma y con una mejor adaptación a su realidad, es dada de alta por remisión en junio del mismo año.

C. S. R. Exp. 44267.

Esta enferma presentaba un cuadro psicótico de 7 años de evolución aproximadamente, con remisiones espontáneas y recaídas cada 6 a 8 meses. Se quejaba de intensa cefalea, tenía ratos de agresividad, crisis de risa y llanto sin motivación aparente, errores de conducta como tratar de desnudarse en la calle y al parecer llegó a presentar alucinaciones visuales y auditivas, sin francas ideas delirantes. Ingresó al pabellón en estas condiciones por primera vez en noviembre de 1955, se la trató entonces con electroshocks y serpil, y habiendo mejorado con éste último fue externada en junio del año siguiente. Meses después de su externamiento presentó nuevamente errores de conducta, en el restaurant donde trabajaba de mesera revolvía los guisados,

quitaba los platos antes de tiempo, etc. Siend casada, asistía a los cabarets y se dedicaba a la prostitución, volvió a presentr raptus de gresividad y crisis de risa, por lo que reingresó al Manicomio en julio de 1957. En esta ocasión se observó que su conducta en el pabellón adquiri francos matices esquizofrénicos: permanecía aislada, indiferente a tdo, frecuentemente se la veía desnuda o con los senos al descubierto, riéndose. Así fué tratada con Largactil y Serpil, mejoró bastante pero volvió a recaer de nuevo, en enero de 1958 se inicia tratamiento a base de perfenazina y empieza a asistir a terapia ocupacional tratando de que canalizara sus impulsos y necesiddes emocionales en actividades productivas más adecuadas. Ocupa un papel importante en el festival que organizan las enfermas para el día de las madres, lo que satisface su necesidad de aceptación y sobresalir, además colabora en otras actividades siendo capaz de conectarse mejor con el grupo. Frontamente se nota una marcada mejoría en la enferma, expresa deseos de salir, está contenta, han desaparecido las risas ma, está contenta, se la observa aliñada, más interesada en su situación, expresa deseos de salir, han desaparecido las risas inmotivadas, está bien orientada y su discurso es coherente, niega que se hubiera dedicado a la prostitución, aunque acepta que ocasionalmente iba a los cabarets. En estas condiciones se suprime la medicina y la mejoría se cnserva, su adaptación es más aceptable y puede ser dada de alta por mejoría en junio del presente año.

O. G. V. Exp. 45233.

Un año y medio antes de su internamiento empezó a presentar trastornos mentales. En su escuela se burlaban mucho de elal y la espantaban diciéndole que un señor se la iba a robar y llevar a la China Roja. Así estuvo durante algún tiempo con miedo y en un

que al parecer intentaron quitarle a la niña, después de esto perma-

al cabo de los cuales se notó inestabilidad en su conducta, con tendenci a la fuga llegó a salirse de la casa en la noche en camión, es-

taba excitada, coprolática y agresiva, en especial con su madre, tenía frecuentemente risas inmotivadas y a veces crisis de llanto, decía incoherencias en soliloquios y al parecer estaban alucinada visual y auditivamente platicando aparentemente con antiguas amigas de su escuela. En estas condiciones es traída por su padre y su hermana, ingresando en julio de 1956, a los 13 años de edad, se la observa ligeramente confusaW sumamente inquieta, siendo su conducta durante la entrevista demasiado pueril; brinca, canta, juega, se emoja las manos, se agacha y se arrastra, por momentos sus movimientos son francamente estereotipados. Es muy difícil conectarse con ella, está desorientada y presenta falsos reconcimientos, su discurso es sumamente disgregado y emplea algunos neologismos, es capaz de leer un escrito, pero su atención disminuye rápidamente y su lectura se vuelve pronto incoherente, con fugas de ideas, se observa especialmente agresiva con su hermana a la que intenta ahorcar como jugando y la insulta. Una vez ya internada se la notó primero muy retiscente y negtivista, desarrollando más tarde un intenso cuadro de agitación psicomotriz y confusión mental, por lo que fué sometida a una serie de tratamientos de electroshock, se cntrla así su excitación, per continúa retiscente, desinteresada, permanece aislada en el servici. Se piensa que se trata de una esquizofrenia y se trata nuvamente con electroschocks y largactil sin obtenerse resultados positivos, después se inician comas hipoglicémicos y la enferma empieza a participar en terapia ocupacional, buscando interesarla, fomentando motivaciones y relaciones interpersnales. Cada vez colabora más, se interesa por las labores de costura y dibujo, ayuda además en el servicio tendiendo las camas, haciendo limpieza y su relación a su ambiente es cada vez mejor. En una última observación se la ve tranquila y contenta, orientada, tiene interés en salir con su padre que va a venir por ella, no se aprecian ya ninguno de los síntmas que había presentado y se da de alta por remisión en mayo de 1957.

A. V. Q. Exp. 42163.

Era una muchacha muy retraída en la escuela, no le gustaba platicar ni tener amigas. Dos años antes de su primer ingreso en ju-

nio de 1954, se observó un cambio notorio en su carácter, se tornó agresiva y querulante, principalmente en contra de sus parientes. Seis meses antes de este internamiento se sentía angustiada con miedo, realizaba en forma estereotipada algunos simbolismos de acción y llegó a estar muy excitada volviéndose muy agresiva, en contra de su madre principalmente. Al entrar al manicomio se la notó muy desconfiada y retiscente, sin conciencia de realidad adecuada y con un marcado déficit en la memoria. Tratada con comas insulínicos mejora y es dada de alta en octubre de 1955. Vive durante 4 meses en casa de unos parientes más o menos bien, sin embargo al regresar a su casa aparecieron nuevamente la irritabilidad, la ansiedad y el insomnio, muy retraída no se conectaba bien a su ambiente, esta situación se acentuó habiendo necesidad de internarla nuevamente en febrero de 1956. Siguió períodos de mejoría relativa, sin embargo volvía a recaer, por lo que tuvo otros dos ingresos antes del último de enero de 1958, en que tuvimos oportunidad de observarla. Este fué motivado por un cuadro más severo, sus errores de conducta se agravaron, al grado de querer salir desnuda a la calle, comía en forma desordenada con las manos, insultaba a su padre y a su madre y en ocasiones se mostraba francamente agresiva con ellos. Ya en el pabellón se encontraba muy retiscente y negativista, era casi imposible conectarse con ella. Se inició su tratamiento con perfenazina y empezó a salir de su aislamiento, fué posible entrevistarla y darnos cuenta de una acre actitud crítica hacia sus padres, por su pobreza y deseos de ahorrar dinero, por las limitaciones que les impusieron cuando eran chicos, sin embargo más adelante al comentar las privaciones y dificultades de la vida del padre, modifica un poco su postura contra él. Entonces empieza a asistir a terapia ocupacional y presenta problema con la autoridad del terapeuta, por lo que se le da un trabajo a realizar sola, en bordado y costura; poco a poco empieza a interesarse más en actividades en grupo, acepta la dirección en sus labores y es capaz de establecer nuevas relaciones interpersonales más positivas, sin conflicto con la autoridad a la que llega aceptar racionalmente; le agradaba participar en las sesiones de música, platicar en forma franca con algunas compañeras en el servicio y auxiliaba en las labores del pabellón que se le encomendaban. Modificó su actitud ha-

cia la familia y durante las visitas se veía que sus relaciones con ella eran bastantes adecuadas. Después de seis meses de haber continuado con este programa terapéutico en forma amplia se consideró que su mejoría era suficiente para darla de alta. Salió nuevamente con su familia y por informes posteriores que tuvimos de ella su adaptación al medio familiar era bastante satisfactorio.

M. L. de M. Exp. 21747.

Al ingresar esta enferma en agosto de 1956 se pudo saber que existía el antecedente de uninternamiento anterior en 1938 motivado por un cuadro maniaco que aparentemente remitió en forma total, su conducta era buena, enviudó y volvió a contraer matrimonio, trabajaba como afanadora en un consultorio de Salubridad. Tres o cuatro días antes del último ingreso notarn sus primeras alteraciones; hiperactiva, aparentemente alucinada, con ideas místico-religiosas, tendencia a bañarse constantemente. En la primera entrevista se observa con cierto estado hipomaniaco, negativista, sus actividades son teatrales y cambiantes, plática y responde poco a las preguntas que se le hacen o se finge estar dormida para no contestar. Es tratada con una serie de electroshocks y se observa una mejoría notable, pensándose en darla de alta, sin embargo tiene una recaída con intensa excita-

ción psicomotriz, por lo que se observa deprimida, desorientada totalmente, incoherente y con ciertas ideas de referencia. Entonces se empieza a tratar con comas hipoglucémicos y terapia ocupacional, buscando se conecte mejor a la realidad en la situación terapéutica, se alternan labores de costura y bordado con trabajos del servicio, dada su ocupación previa de afanadora. En los grupos de terapia empieza a conectarse mejor con sus compañeras, se siente más animada y su noción de realidad se hace más adecuada, siendo su comportamiento bastante aceptable en el servicio. A pesar de su mejoría no se da de alta inmediatamente pues se teme que vuelva a recaer de nuevo. Así continúa en teoría ocupacional, siendo una de las que más entusiastamente colaboran en todas las actividades del grupo,

aunque desea salir, acepta racionalmente la necesidad de seguirlo controlando aún en el servicio y sus reacciones emocionales son más adecuadas. Finalmente un mes después sale, de alta, habiendo remitido totalmente sus alteraciones patológicas.

~~~~~

## COMENTARIO

Creemos que la Terapia Ocupacional en Psicóticos es uno de los capítulos más importantes que debe ser tomado en cuenta al plantearse el programa terapéutico que se deba seguir frente a un caso por el equipo psiquiátrico completo. Insistimos que debe ir aunada e integrada al plan general más amplio de tratamiento que incluya todos los elementos que puedan auxiliar al enfermo: tratamientos médicos y físicos, psicoterapia, métodos recreacionales, manipulación ambiental, etc. No pensamos nunca que ella sólo alcanza objetivos fijados para el programa total de tratamiento, pero si afirmamos que puede ser un auxiliar para abreviar el tiempo necesario para alcanzarlos o bien para reafirmarlos en forma más consistente. Lo importante es lograr el alivio del psicótico, más que el interés, laudable también, de definir más finamente los efectos de cada uno de los elementos utilizados.

Por otra parte ya hemos visto que además de proporcionar situaciones terapéuticas auxiliares, también lo hace en el terreno diagnóstico lo que le proporciona aún más valor. Todo esto resalta su importancia, sin olvidar jamás que es tan sólo una parte del programa total que debe ser abordado por todo un equipo que trabaje en forma armónica e integral.

En nuestra pobre experiencia hemos puesto más interés en las necesidades generales de los sujetos que asistían a la terapia, que en la distinción diagnóstica para su manejo; es decir la necesidad de aceptación y el cómo satisfacerla era lo que interesaba resolver, fuera en un esquizofrénico o en un maníaco, sin mayor distinción.

Volvemos a manifestar que lo que hemos realizado ha sido tan sólo un intento en forma empírica de auxiliar a los enfermos mentales a resolver sus necesidades utilizando la función dinámica general de la terapia ocupacional para alcanzar los objetivos más amplios,

Si nuestra labor ha sido útil, puede mejorar, y sobre todo despierta también inquietud en otros para dirigir sus esfuerzos en este sentido, será el mejor premio y la mayor satisfacción a nuestro esfuerzo humilde.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. FIDLER, G. S. y FIDLER, J. W. Introduction to Psychiatric occupational Therapy, The Macmillan Co. New York, 1954.
2. FROMM, E. *Ética y Psicoanálisis*. Fondo de Cultura Económica, México, 1957.
3. FROMM, E. *Psicoanálisis de la Sociedad Contemporánea*. Fondo de Cultura Económica, México, 1958.
4. GEMELLI, A. *El Psicólogo ante los problemas de la Psiquiatría*. Filosofía y Letras, UNAM, México, 1955.
5. KRAKAUR, H. B. *Las Terapias Rehabilitativas*. Tesis, UNAM, México, 1955.
6. LINAS, J. J. *El Equipo Psiquiátrico en acción*. Rev. de la Conferación Médica Panamericana, 5:325-326, 1958.
7. MACIAS, R. *El problema ocupacional en el Manicomio*. Informe de Servicio Social, SSA. México, 1956.
8. MACIAS, R.—*Electroshocks y Meprobamato*. Tesis, UNAM, México, 1957.
9. MASSERMAN, J. H. *Principles of Dynamic Psychiatry*. W. B. Saunders Co. Philadelphia, 1947.
10. MOORE, M. *Psychiatric Occupational Therapy*. Am. J. Psych., 98: 676, 1942.
11. MOORE, M. Swell collecting. J. Florida M. A., 29:20, 1942.

12. MULLAHY, P. A study of Interpersonal Relations. Hermitage Press, New York, 1949.
13. NOYES, A. P. Modern Clinical Psychiatry, W. B. Saunders Co., Philadelphia, 1944.
14. SOLOMON, H. C. y YAKOVLEV, P. I. Manual of Military Neuropsychiatry, W. B. Saunders Co., Philadelphia, 1944.
15. SULLIVAN, H. S. The Interpersonal Theory of Psychiatry. W. W. Norton & Co. Inc. New York, 1953.
16. SULLIVAN, H. S. The Psychiatric Interview, W. M. Norton & Co. Inc. New York, 1954.
17. WOLBERG, L. R. The technique of Psychotherapy. Grune & Stratton, Inc., New York, 1945.