



**UNIVERSIDAD CHAPULTEPEC**

---

---

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

ACUERDO UNAM Núm. 01/04 del 1º de junio de 2004

CLAVE DE INCORPORACIÓN UNAM 3290-25

**Efecto de las Terapias basadas en actividades  
recreativas-lúdicas y actividades artísticas,  
en pacientes psiquiátricos diagnosticados con  
Trastorno Depresivo Mayor**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

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

**ALEJANDRA MONTERO DÍAZ**

Director de tesis : Lic. Manuel Alejandro Cano Villegas

Revisor: Dr. Christian López Gutiérrez

Sinodales: Mtro. Jorge Isaac Atala Delgado

Lic. Karla Ximena Díaz Galván

Lic. Dinko Alfredo Trujillo Gutiérrez

CIUDAD DE MÉXICO

FEBRERO 2017



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.

## Dedicatoria

La presente tesis la dedico a todos los que me acompañaron en éste largo camino, pero sobre todo a mis padres por apoyarme, orientarme, escucharme y sobretodo alentarme y levantarme en mis derrotas he impulsarme a seguir adelante, porque admiro su fortaleza y lo que han hecho de mí, porque gracias a ustedes hoy puedo ver alcanzada mi meta. Agradezco a mi hermana porque a través de ella y su apoyo incondicional conocí la más grande esencia de amor puro que me permite hoy ver realizado un gran sueño.

Gracias a los tres por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida, y lo más importante por enseñarme a ser feliz, porque ustedes son el más grande motivo de sonrisa en mi rostro. Mil palabras no bastarían para enumerar la gran cantidad de cualidades que me hacen amarlos y admirarlos inmensamente. Doy gracias a la vida por tenerlos a mi lado, agradezco infinitamente su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles. Siempre están ahí para mí y así me dan valor para enfrentarme sola en esta gran historia que estoy escribiendo.

¡Gracias por todo... los amo infinita e intensamente!.

## Agradecimientos

Doy gracias de manera muy especial al Dr. Christian López Gutiérrez por aceptar éste trabajo de investigación e instruirme durante todo el proceso de formación como profesionalista.

Agradezco al profesor Manuel Alejandro Cano Villegas por expandir mis horizontes para plantear un proyecto que aporte beneficios a la sociedad y a la ciencia al realizar una propuesta que provea mayor calidad de vida a diversos pacientes.

Gracias al profesor Khalil Guzmán por las ideas y conocimientos que me compartió para llevar a cabo esta investigación y por su gran paciencia, me encontraré siempre en deuda con él.

Agradezco infinitamente a la profesora Karla Ximena Díaz Galván por sus sugerencias y correcciones pero sobre todo por el apoyo brindado para la culminación de ésta tesis.

Extiendo mi agradecimiento a los prestigiados profesores que transmitieron su conocimiento fuera y dentro de las aulas para enriquecerme como persona y guiar mi camino para realizar poco a poco ésta meta; Gracias al Maestro Dinko Alfredo Trujillo Gutiérrez, al Maestro Jorge Isaac Atala Delgado y al Profesor Samuel Acosta por sus valiosas contribuciones, por el tiempo dedicado para revisar éste trabajo a pesar de tantas actividades que los ocupan, agradezco su paciencia, su disponibilidad y participación, porque sin ellas ésta tesis no habría llegado satisfactoriamente a su fin.

## Tabla de contenido

Resumen.....	Viii
Introducción.....	1
Terapia Ocupacional.....	13
Trastorno Depresivo Mayor.....	23
Inventario de Depresión de Beck BDI-II.....	27
Justificación.....	30
Planteamiento del problema.....	31
Objetivos.....	32
Objetivo General.....	32
Objetivos Específicos.....	32
Hipótesis.....	33
Método.....	34
Muestra.....	34
Criterios de exclusión.....	34
Escenario.....	35
Variables.....	35
Procedimiento.....	38
Resultados.....	39
Discusión.....	41

Limitaciones del estudio.....	44
Lista de referencias.....	45
Apéndice. Escala Beck BDI-II.....	52
Puntuaciones y valoración.....	56
Interpretación de puntajes.....	60
Anexo 1.....	61
Actividades artísticas.....	61
Actividades recreativas-lúdicas.....	63
Anexo 2 Programa de actividades.....	64
Anexo 3 Puntajes brutos.....	66

## Lista de tablas

Tabla 1. Análisis de varianza factorial 2x3 del efecto del género y tipo de Terapia Ocupacional sobre la disminución de los síntomas depresivos.	40
--	----

## Resumen

La presente investigación complementa la información obtenida en trabajos anteriores basados en el impacto que tiene la Terapia Ocupacional (TO) en pacientes psiquiátricos dándole énfasis al género del participante como un factor importante en su recuperación a través del tratamiento farmacológico y ejecución de las actividades que conforman la TO. Se utilizó una muestra de 90 pacientes psiquiátricos diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor (TDM), divididos por género y por actividad a realizar en 2 grupos control y 4 grupos experimentales; durante 20 sesiones (5 sesiones por semana) con duración de dos horas cada sesión, cada grupo realizó diferentes actividades de la TO. Se empleó el instrumento BDI-II para medir cambios en la sintomatología de cada paciente antes y después del estudio; a través del Análisis de Varianza Factorial (ANOVA)  $3 \times 2$  se llevó a cabo el análisis de los resultados. El género fue un factor importante en la determinación de las actividades a realizar con los pacientes, con ello se podrá contribuir a la disminución del tiempo de recuperación y bienestar del paciente psiquiátrico con TDM; por ende disminuirían los gastos de la familia del paciente al ser reinsertado más rápido a la sociedad. Mediante éste y futuros trabajos se pretende crear conciencia de que en México no se han realizado estudios que determinen la importancia de crear protocolos de atención distintos para hombres y para mujeres.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, Trastorno Depresivo Mayor, hombres y mujeres, pacientes, México.

La terapia ocupacional (TO) tiene sus inicios desde antes del año 1955, sin embargo hasta la fecha hay pocas investigaciones sobre el tema, tanto de Psicólogos, Médicos, Diseñadores Gráficos, Enfermeros y Trabajadores Sociales.

Macías (1958) realizó una investigación en la cual intento de forma empírica auxiliar a los enfermos mentales a resolver sus necesidades utilizando la terapia ocupacional para alcanzar objetivos más amplios, después de su investigación concluyó que debe darse la indicación adecuada y tener control de la evolución del caso para que se pueda aplicar la TO de manera adecuada; se deben tomar en cuenta las características y diagnóstico del paciente, su estructura básica de personalidad, las relaciones interpersonales que establece y tener en claro las metas que se quieren alcanzar con la terapia ocupacional.

Posteriormente se encontró que los métodos de la terapia ocupacional eran poco conocidos sin embargo a pesar de sus limitantes ayudaban positivamente en la rehabilitación de los pacientes mentales supervisados por psicólogos; desde ese entonces, en los primeros estudios realizados, se descubrió que a pesar de la mejoría de los pacientes con la TO, no existían terapeutas ocupacionales propios, por lo cual se sugirió que debería ser una especialidad dentro de la carrera de psicología para que se pudieran atender todas las necesidades de los pacientes psiquiátricos en todos los talleres (García, 1967).

Aunada a esta investigación, Montemayor (1969) concluyó mediante la observación, que las actividades de ludoterapia que forman parte de la TO, son actividades que ayudan evidentemente a la rehabilitación de pacientes, sin embargo por restricciones presupuestales, para las mujeres dentro de su proceso terapéutico únicamente tenían como actividades los bordados, tejidos, lectura de libros y revistas; para los hombres habían lecturas de revistas, libros y periódicos; canchas de voleibol, salas de televisión y radio para ambos sexos. Por ende el investigador determinó que realmente no existían programas adecuados para los pacientes, y los métodos de terapia ocupacional y ludoterapia eran poco conocidos.

Posteriormente se encontró que la TO era una actividad que ayuda evidentemente a la rehabilitación, reduciendo los periodos de convalecencia y aligerando la inactividad de pacientes hospitalizados; se comprobó que únicamente en

los hospitales psiquiátricos, de rehabilitación física, asilos para ancianos y hospitales pediátricos existían departamentos para llevar a cabo la terapia ocupacional, por otro lado en la mayoría de hospitales generales por restricción de presupuestos y falta de nexos apropiados, esta terapia se reduce en el mejor de los casos, a lecturas de revistas ya que los métodos de la TO son poco conocidos y no hay personal especializado para llevarlos a cabo (Acevedo, 1975).

Martínez (1989) realizó una observación en la casa hogar “Arturo Mundet” de las actividades llamadas talleres y encontró que dichos talleres no eran suficientes ni motivantes dado el índice bajo de asistencia, así como el tiempo tan corto en que se llevaban a cabo, por ende no se cumplía con el objetivo de proporcionar asistencia integral a toda la población residente en la institución, detectó que los ancianos no vivían plenamente y su estado emocional estaba muy afectado, por ende concluyó en la necesidad de elaborar un programa de actividades basadas en la TO que en lo posible cumpliera en su forma más completa con los requerimientos propios de los ancianos.

Roció de Jesús (1989) observó que la TO beneficia al paciente y a la familia, el mantener ocupado creativamente al paciente, es decir física y mentalmente favorece la recuperación más rápida del mismo; el paciente debe ser orientado y motivado por cada uno de los miembros del equipo de salud en sus respectivas áreas, brindándole comprensión, confianza y apoyo moral para contribuir en su recuperación integral en donde la familia juega un papel importante en la recuperación del mismo. Los profesionales de la salud deben informar sobre objetivos, ventajas y trascendencia de la TO en la vida del paciente para que esta terapia cumpla con sus objetivos de sanación.

Trejo (1998) demostró a través de un estudio comparativo con diseño test-retest en pacientes diagnosticados con TDM hospitalizados, que la TO promueve cambios en el estado de ánimo favorables para la recuperación del paciente, por ende la Terapia Ocupacional aunada al tratamiento farmacológico beneficia al paciente depresivo erradicando o disminuyendo la sintomatología.

En otra investigación, después de observar el comportamiento de pacientes con Alzheimer se concluyó que a través de la TO se ayuda a dichos pacientes para mantener funciones cognitivas sociales y motrices, por ende retardar su deterioro

funcional, sin embargo para tener un proceso terapéutico completo se necesita de otras terapias aunadas a la TO como la terapia de psicomotricidad y socioterapia para tener mayor mejoría en menor tiempo y capacitar a personal adecuado para atender a los pacientes; en conclusión se sugirió que se debía llevar a cabo un Manual de procedimientos para beneficio del paciente (Juárez, 2000).

Domínguez (2005) descartó a través de un estudio comparativo, la mayor utilidad del uso de biofeedback electromiográfico contra la utilidad de la TO en el manejo de la mano hemiparética en pacientes con secuelas de enfermedad vascular cerebral, por ende la TO de forma independiente al biofeedback es útil en la evolución del paciente y se le debe dar la importancia que merece.

González (2007) presentó y aplicó nuevas propuestas de material didáctico basado en técnicas de representación gráfica adecuadas y diseño gráfico para la TO en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) para los pacientes psiquiátricos mediante la valoración de los usuarios obteniendo el material adecuado, útil y funcional para los terapeutas y por ende, para el proceso terapéutico de los pacientes; llegando a la conclusión que la TO es efectiva en sí misma y con el uso de materiales adecuados la mejoría de los pacientes será más rápida.

Posteriormente se demostró a través de la TO en el INPRFM, los pacientes diagnosticados con TDM tuvieron un aumento significativo en la autoestima tomando a la TO como un factor de cambio y mejoría aunado al tratamiento farmacológico, encontrando que los antidepresivos no son suficientes para reintegrar al sujeto a su medio social y familiar al 100% y por ende se debe dar atención de carácter integral en donde la TO puede ser un complemento valioso en el tratamiento convencional (Camacho, 2007).

Delgado (2009) concluye que se necesita abordar con mayor seriedad la función del arte en los hospitales psiquiátricos y poder elaborar programas en donde la enseñanza artística sea explotada hacia el desarrollo integral del individuo ya que las personas diagnosticadas con esquizofrenia y cualquier tipo de persona o artista realizan obras debido a un impulso interior, por lo tanto, cualquier producción con una previa intención artística posee en sí mismo un carácter y una esencia innatas a su naturaleza que la hacen ser y significar; si se le diera la importancia adecuada a la enseñanza artística se podrían cumplir realmente los objetivos de los hospitales psiquiátricos.

Posteriormente se abordó el tema de la senectud describiendo sus características, limitantes y describiendo la vida de pacientes dentro de un asilo, dando propuesta de un taller de sensibilización para familiares y redes de apoyo llegando a la conclusión de que los ancianos necesitan sentirse útiles, poniendo en práctica sus habilidades sociales, cognitivas y motrices para tener una mejor calidad de vida en la vejez, mediante la Terapia Ocupacional (González, 2014).

Como se puede observar la mayoría de las investigaciones relacionadas con Terapia Ocupacional dirigidas a pacientes psiquiátricos, niños y ancianos, se enfocan en si la terapia está cumpliendo con sus objetivos terapéuticos mediante las actividades artísticas y las actividades recreativas-lúdicas con el paciente. Estas investigaciones se basan en el impacto que tienen las actividades sobre algunos síntomas que presenta el paciente, en donde se encuentra que los pacientes al llevar a cabo un proceso terapéutico evolucionan favorablemente adquiriendo nuevas habilidades que no tenían o fortaleciendo las existentes, mejorando su autoestima, disminuyendo estados de ánimo depresivos, aumentando habilidades sociales y de comunicación etc., sin embargo dentro de los hospitales se encuentran diferencias significativas que debemos tomar en cuenta para realizar dichas investigaciones como son el diagnóstico, la edad, el género, habilidades, intereses, etc. Ya que en las investigaciones anteriores descritas brevemente se menciona dentro de las limitaciones de cada una de ellas, que no se pudieron controlar dichas variables y que si se considerarán en investigaciones futuras, se podrían obtener resultados más específicos que contribuyeran a dar mayor énfasis a la Terapia Ocupacional aunada al tratamiento farmacológico y modificar cualquier error que se pudiera encontrar.

Por ende la variable género descrita únicamente en porcentajes en la investigación de Camacho (2007), donde del 100% de su muestra empleó a 67% mujeres y 33% hombres, sin llevar a cabo ningún análisis específico de éste factor, deja una puerta abierta para que en investigaciones posteriores se pueda controlar y analizar con mayor detalle y por ende en el análisis de resultados obtener información más específica.

Cada una de las variables mencionadas debe tomarse en cuenta ya que de ellas dependen los resultados, por ende ésta investigación tomará en cuenta la variable

género para ampliar los horizontes de conocimiento sobre Terapia Ocupacional con mayor especificidad.

Cabe señalar que la terapia ocupacional con sus actividades artísticas y actividades recreativas-lúdicas, es un tema que se ha investigado muy poco en México; ya que al realizar éste estudio se realizó una revisión de las investigaciones existentes, encontrando pocas publicaciones sobre éstas, la mayoría de ésta son de carácter observacional, sin embargo es una herramienta muy importante en el proceso de sanación del paciente aunado al tratamiento farmacológico que reciben en los hospitales psiquiátricos, asilos y/o consulta privada.

Por otro lado en distintos países como España se ha desarrollado el tema de Terapia Ocupacional desde sus inicios, las publicaciones más recientes hacen hincapié en la importancia del terapeuta ocupacional relacionado a distintos padecimientos, y a la necesidad de formar terapeutas ocupacionales que cumplan con sus labores para poder implementar una nueva cultura de sanación, por ejemplo:

Carrasco (2011) publicó un artículo sobre la Terapia Ocupacional en la fase final de la vida, dando a conocer el tratamiento que dan a personas en fase terminal en el hospital Virgen de la Poveda centrándose en la capacidad funcional de la persona valorando las limitaciones o restricciones de la actividad que suponen un impedimento para alcanzar una buena calidad de vida, usando como herramienta de trabajo la actividad terapéutica indicada, divididas en actividades auxiliares, de capacitación, con propósito para valorar las capacidades sensoriomotoras, cognitivas, psicológicas-afectivas y sociales-emocionales denominadas destrezas de ejecución mediante la utilización de las escalas Barthel (valora la capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria), Katz (valora la capacidad básica de la persona para cuidarse ella sola), E.F.A.T. (valora 10 funciones de los pacientes, permitiendo conocer la situación del enfermo, los cambios evolutivos y la eficacia del tratamiento rehabilitador), ECOG (valora el estado de actividad del paciente), Karnofsky (estado de actividad); con éste artículo llegaron a la conclusión que su función es intentar preservar la actividad (función) del paciente, porque así generarán autonomía y ganas de vivir.

Matilla (2013) publicó un artículo de Obesidad y TO en el cual informa sobre el papel que desempeñan los terapeutas ocupacionales abordando el impacto que tiene la obesidad en las actividades diarias. La salud está directamente ligada con el estilo de

vida de la persona, por ende, los patrones diarios de las actividades elegidas por los individuos proporcionan un estilo de vida equilibrado o desequilibrado, la filosofía de la Terapia Ocupacional se basa en el concepto de que la ocupación y la actividad son esenciales para una existencia saludable. Por lo tanto, la TO tiene como objetivo general facilitar la toma de conciencia y autonomía frente a la situación de salud del individuo en relación a sus hábitos alimentarios y estilo de vida, abordando al individuo de manera biopsicosocial mediante un enfoque familiar sistémico, un modelo de ocupación humana y/o un modelo ecológico.

Aunado a esto, Fuertes (2013) hace una propuesta en la Universidad Catilla la Mancha, del diseño de un modelo socio-sanitario para personas en situación de dependencia mediante la creación de un enfoque preventivo y rehabilitador, dirigido a la creación de un centro socio-sanitario por zonas, en donde cada centro contendrá sala multiusos, baño adaptado, servicio de cocina, salas para tratamientos individuales (Terapia Ocupacional, psicología y fisioterapia), servicio de ayuda a domicilio, sala-banco de productos de apoyo. Por consiguiente el terapeuta ocupacional tendrá actividades específicas de acuerdo a su profesión contando con el área necesaria para su desempeño, al igual que el psicólogo y el fisioterapeuta, gracias a éste modelo se podrá proporcionar ayuda y mejorar la calidad de vida de éstas personas con la creación de recursos duraderos en el tiempo y planificar objetivos más realistas acorde a la situación socio-sanitaria de cada individuo.

Posteriormente en un artículo sobre TO y personas con VIH/SIDA realizado en centros residenciales de Cataluña, se encontró que en ninguno de los 13 centros de la Fundació Acol·lida i Esperança existían terapeutas ocupacionales; por ende se dio a la tarea de dar a conocer mediante su artículo la importancia de un terapeuta ocupacional para implementar programas de integración comunitaria que fomenten una comunidad inclusiva eliminando las etiquetas sociales que se les atribuyen a las personas con VIH, asimismo dar acompañamiento, ayudar a cubrir las necesidades y a afrontar o superar las necesidades mediante una red de apoyo de familiares y comunidad (Flores, 2014).

González y Montañez (2014) publicaron un artículo en el cual describieron las características ocupacionales en las áreas básicas de la vida diaria (ABVD) y en las áreas instrumentales de la vida diaria (AIVD) en 20 personas, 10 hombres y 10 mujeres

mayores de 65 años, diagnosticadas con trastorno afectivo dentro de centros residenciales, con la finalidad de contribuir en la descripción de necesidades ocupacionales más frecuentes y determinar en qué grado limitan su participación en las diferentes tareas de su vida. Para ello se tomó en cuenta el género y el estado civil. En conclusión, gracias a ésta investigación se podrán implementar las medidas necesarias para que el terapeuta ocupacional apoye al residente de la tercera edad a realizar las actividades que le son de más dificultad y en donde presentan mayor dependencia, con ello se logrará brindar mejor calidad de vida dentro de los centros residenciales; sin embargo en éste estudio no se profundizó en la diferencia de género en cuanto a las medidas adecuadas a los pacientes.

En Madrid realizaron un estudio para que siete personas en tratamiento en pisos de apoyo a la reinserción, pertenecientes a Madrisalud, pudieran describir la percepción de pacientes con patología dual respecto a su funcionamiento ocupacional y la influencia del ambiente en su desempeño cotidiano. La importancia de ese estudio radica en la necesidad de un diseño de intervención en el campo de la patología dual mediante Terapia Ocupacional, para lograr un proceso de recuperación con la finalidad de alcanzar una mayor independencia, satisfacción personal y mejorar la calidad de vida. Los resultados obtenidos reflejaron el nivel de dificultad que presentan en la gestión de su economía, en identificar y resolver problemas, cuidar del lugar donde viven y de ellos mismos, hacer las cosas básicas que necesitan para vivir y cuidar de sí mismos; éstos factores sirven como orientación para el terapeuta ocupacional a la hora de poder crear objetivos realistas y cercanos para los individuos y adquirir un rol más activo y valioso en el establecimiento de sus propios objetivos de reinserción (Camarero y López, 2013).

En países latinoamericanos existen publicaciones recientes de la puesta en marcha de la Terapia Ocupacional, en diferentes poblaciones, por ejemplo.

Véliz y Uribe (2006) presentaron en escuelas municipales de la comuna Huechuraba un tipo de intervención de la TO al Contexto Educativo Inclusivo en la cual se relacionó el Enfoque Psicosocial, La Teoría de Integración Sensorial y acciones de Atención Temprana dirigida a niños con Necesidad Educativa Especial (NEE) en condiciones socioeconómicas bajas; utilizando intervención directa e indirecta con el niño y su familia durante un periodo aproximado de 9 meses a 1 año, siendo la intervención directa el trabajo directo con el niño ya sea individual o grupalmente (juego)

y por otro lado la intervención indirecta fue la observación clínica de los contextos ocupacionales en los que participa el niño, por ejemplo visita y coordinación con profesores, participación en al menos dos actividades recreativas y talleres de capacitación a profesores a familiares o cuidadores primarios en temáticas que los Terapeutas Ocupacionales seleccionan.

Se destinaron de 2 a 3 sesiones de evaluación a áreas del desempeño ocupacional (escuela, tiempo libre), habilidades y destrezas del desempeño ocupacional, disfunción sensorio integrativa, patrones del desempeño ocupacional: hábitos, rutinas y roles, contextos de participación, motivaciones e intereses, demandas de la actividad, contexto social y familiar. Desde que se puso en marcha el programa, con el tiempo se incorporaron más modelos de trabajo y se ha ampliado el aporte profesional del terapeuta ocupacional ya que se requiere visualización del funcionamiento del niño y su familia en diferentes contextos ocupacionales.

Se concluyó que la presencia de Terapia Ocupacional en el campo educativo permite generar un sistema de atención constante, con derivación y seguimiento oportuno, detección y atención temprana de dificultades. Esta terapia en el contexto de inclusión escolar es un área en desarrollo y su importancia radica en la capacidad del profesional para abarcar la vida y desarrollo del niño en los contextos habituales en el que se desenvuelve.

Rondina (2011) en Argentina, aportó una perspectiva constructivista acerca de la Terapia Narrativa y TO; Rondina llegó a la conclusión de que la narración y la ocupación mantienen vínculos: por un lado la ocupación como recurso aporta a la posibilidad de narrar y re-narrarse tanto en el proceso terapéutico como en el de construcción personal y social de la identidad; pero también la narración y la ocupación pueden ser pensadas como actividades con propósitos y devenires similares: ya que el ser humano se reencuentra con actividades humanas cruciales que le permiten armar una trama de significados para organizar y validar las experiencias, para figurarse al mundo, a uno mismo y a los otros, para transformar y transformarse sin dejar de ser ellos mismos.

Posteriormente en el mismo país Valverdi y Álvarez (2012) publicaron un artículo sobre los pacientes adictos y las distintas evaluaciones del desempeño ocupacional en TO; los autores llegaron a la conclusión de que las labores de un

terapeuta ocupacional en relación a la población adicta son desarrollar, mantener y/o restaurar la ejecución o desempeño de las funciones necesarias, compensar la disfunción, minimizar o prevenir el deterioro, promover la salud y el bienestar; el terapeuta ocupacional determina a través de la evaluación qué limitaciones de los componentes del desempeño ocupacional están afectando a las áreas del desempeño ocupacional, en donde las áreas del desempeño ocupacional incluyen actividades de la vida diaria, actividades de trabajo y actividades de ocio y por otro lado los componentes en el desempeño ocupacional se refieren a las habilidades funcionales como componentes sensoriales, motores, cognitivos y psicosociales. Aunado a esto, describen los instrumentos de medición más usados para la evaluación de personas adictas en TO, las cuales permiten conocer, clasificar y comprender las dificultades que presentan dichas personas y así poder analizar las repercusiones reales que tales déficits suponen en el quehacer diario de los pacientes en situaciones reales y con ello se pueda seguir desarrollando y dando un mayor énfasis a la Terapia Ocupacional.

Todos éstos estudios e investigaciones realizados en México, España y Argentina, nos demuestran que la Terapia Ocupacional aún sigue en desarrollo y se necesita profundizar más en el tema tomando en cuenta variables que se han omitido o que aún no se estudian para enriquecer la Terapia en sí, dándole mayor énfasis en sus resultados y mayor especificación al tipo de personas a quien puede ir dirigida, a las técnicas empleadas, a las tareas que deben realizar los terapeutas ocupacionales y adaptarse al tipo de población con la que se trabaje.

Por consiguiente, ésta investigación pretende tomar en cuenta factores que no se han estudiado en investigaciones anteriores en donde se comprobó cuantitativamente que la Terapia Ocupacional tuvo gran impacto en la mejoría del paciente, como en el estudio experimental realizado para comprobar mediante la aplicación de la Escala de Autoestima de COOPERSMITH, si la TO tenía algún efecto sobre la autoestima del paciente Psiquiátrico diagnosticado con TDM, teniendo como muestra a 20 pacientes hombres y mujeres de 16 a 40 años de edad divididos en dos grupos, 10 pacientes para el grupo control y 10 pacientes para el grupo experimental, en donde los pacientes del grupo experimental recibieron la TO aunada a los fármacos y el grupo control únicamente recibió los fármacos como tratamiento. La TO constó de 20 sesiones en un lapso de 30 días, 5 veces a la semana con duración de 3 horas cada

sesión. Y al terminar el tratamiento se evaluó a los dos grupos con la Escala de Autoestima COOPERSMITH. Con lo cual se comprobó que existe un aumento significativo en la autoestima del paciente con TDM al participar en la TO, la cual fue un factor de cambio y mejoría para los pacientes. El autor deja únicamente el porcentaje de casos en sexo, edad, estado civil, escolaridad y ocupación como resultados extras de su investigación, lo cual como él lo menciona son factores para poder profundizar con mayor detalle el tema; el no consideró importante tomar en cuenta dichas variables en su investigación porque enfocó toda su atención en responder a su pregunta de investigación que abordaba el impacto de la TO sobre el autoestima de los pacientes psiquiátricos con TDM, sin embargo el mismo señala que estas variables deberían ser consideradas en investigaciones posteriores para profundizar más en el tema y ampliar los conocimientos sobre TO (Camacho, 2007).

La importancia de tomar en cuenta la variable género se ejemplifica mejor en investigaciones en donde se enfatiza que los hombres y las mujeres reaccionan de diferente forma a tratamientos, a estilos de amor, al aplicar escalas que midan patologías, al utilizar diferentes estrategias de aprendizaje, diferencias en la prevalencia de enfermedades y diferencias totalmente significativas en cuanto a la neurobiología del cerebro. Por ejemplo:

Los resultados de un estudio dirigido a identificar las características particulares de un grupo de mujeres, en comparación con un grupo de hombres que asistieron a un tratamiento para bebedores problema arrojaron que los hombres y las mujeres difieren en una serie de variables como: situación laboral, nivel educativo estado civil e historia de consumo (Jiménez, 1998).

Al investigar si existen diferencias de género en los estilos de amor en las relaciones de pareja, se encontraron diferencias significativas de género en los estilos de amor Eros (basado en la atracción de física), Ludus (juegos sexuales, sin sentir ningún apego entre ellos), Pragma (amor profundo con control, basado en requisitos y cualidades), Manía (amor arrebatado y confuso que crea inestabilidad emocional), Ágape (se basa en lo tradicional, sin exigencias, sumiso, paciente y bondadoso) y Storgo (simpatía y afecto en un amor sin pasión) a través de los factores de infidelidad, elementos materiales en la pareja, características físicas de la pareja y el factor amor bondadoso (Saenz, 2005).

En otra investigación, se comparó el género respecto al inventario de Ira-Hostilidad, test de ansiedad manifiesta y test de depresión, y se encontró que los hombres presentan menos ira y hostilidad que las mujeres, ya que los hombres presentan un tipo de Ira- hostilidad instrumental y las mujeres un tipo de Ira- Hostilidad expresiva; por otra parte en cuanto al nivel de ansiedad, los hombres presentan menos reactividad emocional que las mujeres y por consiguiente se asume que los hombres son menos ansiosos que las mujeres; finalmente en cuanto a la depresión se encontró que las mujeres sufren más anhedonia, desmotivación, decepción y apatía en comparación con los hombres (Herrera, 2006).

Al comparar diferencias genéricas en la presentación de sintomatología depresiva, en niños escolares deprimidos en comparación con niñas escolares deprimidas, se encontró que el sexo masculino deprimido presentó un porcentaje más alto en problemas externalizados de agresión en comparación a las niñas. Las niñas deprimidas tienden a dar más problemas de conducta y problemas de desafío en comparación con los niños deprimidos (Zúñiga, 2007).

Otra investigación que pretendía observar diferencias estadísticamente significativas de género en cuanto al uso, facilidad y calidad de las estrategias de aprendizaje, dio como resultado que los hombres usan con mayor frecuencia las estrategias convergentes, divergentes, eficacia percibida, aprobación externa y contingencia interna, por otra parte las mujeres utilizan con mayor frecuencia las estrategias generativas, de recuperación de tareas, de recuperación de exámenes, contingencia interna y orientación a la tarea en sí (Sánchez, 2009).

Los resultados obtenidos en un estudio en el cual se pretendió determinar la prevalencia de depresión en relación al género se concluyó que la presencia de depresión en Adultos Mayores comparando entre hombres y mujeres es diferente, predominando la depresión en el sexo femenino (Gamboa, 2009).

En otra investigación se detectaron diferencias respecto al género, en las funciones ejecutivas del rubro emocional-social que se manifiestan en los estilos cognitivos utilizados para la interacción en la vida diaria con el medio ambiente mediante el análisis de tareas. Las mujeres son más sensibles al procesamiento emocional, más flexibles para adaptarse a las demandas del contexto social en planeación y organización de esquemas de acción para solucionar situaciones de la vida diaria,

hacen un mejor uso de estrategias de memoria de trabajo para mantener, manipular y automonitorear información, son más sensibles a la novedad, las funciones relacionadas con el hemisferio derecho se muestran más desarrolladas en sus estilos cognitivos, evitan el castigo ya que parecen más sensibles a éste, y en general a las emociones negativas, así como a los errores de su actividad. Las mujeres muestran mayor desempeño para darse cuenta de las expresiones emocionales, tienen mayor empatía y se dan cuenta de sentimientos de otros, establecer relaciones interpersonales, tienen mayor habilidad de manejar y regular emociones y manejan el afrontamiento de tipo pasivo. Por otro lado los hombres tienen mejor procesamiento espacial, tienden a sistematizar y se basan en lo concreto de acuerdo a patrones o hábitos para interactuar con el medio ambiente, las funciones relacionadas con el hemisferio izquierdo se muestran más desarrolladas en sus estilos cognitivos, buscan la inmediatez de la recompensa ya que son más sensibles a una gratificación inmediata sobre un beneficio a largo plazo, describen más conductas agresivas en su interacción social. En tareas de atención, memoria a corto plazo, abstracción mental, control motor, no se encontraron diferencias significativas en cuanto al género (Reyes, 2010).

Se han encontrado diferencias significativas en el género en adolescentes con diagnóstico de TDAH, en los factores de promedio escolar saliendo más elevadas las mujeres, en la edad de inicio del padecimiento en donde los pacientes masculinos tuvieron su inicio promedio a los 9.73 años mientras las pacientes femeninas a los 11.26 años, por otro lado, en el motivo de consulta el estudio reflejó que los hombres tienen más problemas en escuela y en la sociedad, mientras que las mujeres reflejaron tener más problemas en la familia o la escuela (Contreras, 2011).

Analizando las investigaciones anteriores, se puede concluir que con respecto a cualquier tipo de terapia psicológica que pretenda intervenir en hombres y mujeres, se deben de tomar en cuenta los factores biológicos, sociales, culturales y psicológicos que llevan a mujeres y a hombres a reaccionar distinto ante el ambiente que los rodea y ante una terapia específica, de ahí, la importancia de tomar en cuenta la variable Género, ya que puede contribuir a la especificación de las actividades de Terapia Ocupacional dependiendo de ser paciente hombre o mujer, para la rehabilitación en menor tiempo y si se llegan a encontrar diferencias significativas poder crear nuevos protocolos de tratamiento especializados.

## Terapia Ocupacional

William Rush Dunton, Eleonor Clarke Slagle, Susan Cox Johnson, Susan E. Tracy, George Edward Barton, Thomas Bessell Kidner y Herbert James Hall fueron los fundadores de la National Society for the Promotion of Occupational Therapy Association (NSPOT) en Nueva York el 17 de marzo de 1917; después se le designó como American Occupational Therapy Association AOTA.

William Rush Dunton fue el líder defensor de la TO a partir de 1912 a través de sus escritos y presentaciones profesionales, en 1917 fue nombrado el padre de ésta terapia, convencido del valor de la ocupación, por su trabajo como supervisor de las clases de ocupación en el Sheppard Pratt Hospital en Maryland. Dunton propuso que la TO sería una continuación de un enfoque introducido en el siglo anterior denominado tratamiento moral (reeducación moral) de las personas con enfermedades mentales.

Eleonor Slagle era una trabajadora social atraída desde el comienzo por el valor terapéutico de la ocupación formando una asociación con sus colaboradoras Julia Latrop y Jane Adams, de Hull house; por ende fue nombrada la madre de la TO. Slagle fue nombrada directora de TO en la Philipps Clinic, en donde implementó el entrenamiento en hábitos como forma de estructurar la participación en ocupaciones de las personas con enfermedades mentales graves; ella se volvió legendaria por la experiencia administrativa y política que demostró como secretaria ejecutiva de la AOTA (Willard y Spackman, 2005).

Por otra parte George Barton era un arquitecto que comprendió el valor de la ocupación a través de sus esfuerzos por curarse de la tuberculosis y la parálisis; Barton creó un lugar adecuado para la curación, en el cual las personas podían participar para aclarar sus mentes, fortalecer sus cuerpos y descubrir después de la recuperación “una vida nueva”.

Susan Johnson fue maestra de artes y artesanías, nombrada directora de ocupación en el Montefiore Hospital de Nueva York y conferencista en el Columbia Teachers College; por sus conocimientos defendió el uso de la artesanía manual en la terapia ocupacional como una forma de ayudar a los pacientes a reorientar sus pensamientos, recuperar su autoconfianza y a fortalecer sus cuerpos mediante el uso del ejercicio físico graduado.

Thomas Kidner como secretario vocacional en los Canadian Military Hospitals defendió el uso de las ocupaciones en rehabilitación prevocacional y propuso crear un taller preindustrial para que los soldados convalecientes volvieran al trabajo o adquirieran una nueva profesión (Willard, et al., 2005).

Mientras Dunton en Europa rastreó las raíces de la TO hasta el movimiento filosófico “tratamiento moral” del siglo XIX, Philippe Pinel propuso en Francia una revolución moral para reemplazar el punto de vista de que las personas con enfermedad mental debían ser recluidas ya que eran peligrosas e incurables, por un enfoque humanístico de la amabilidad y un régimen de vida diaria que consistía en ocupaciones creativas y recreativas en hospitales para restablecer la salud mental. Los hospitales de tratamiento moral en Estados Unidos estaban equipados para promover la participación ocupacional, con talleres de artesanías, jardines y áreas recreativas. En 1902 Dunton fue nombrado médico asistente y supervisor de las clases de ocupación en el Sheppard Pratt Asylum, lo cual le permitió influir en los programas terapéuticos.

Adolph Meyer, profesor de psiquiatría en la John Hopkins University y mentor de Dunton y Slagle, tomó las ideas fundamentales del tratamiento moral y trabajó sobre ellas para crear su propia filosofía de la terapia ocupacional. Meyer agregó la idea de que la enfermedad mental era principalmente un problema de adaptación, de deterioro de los hábitos y de falta de equilibrio entre trabajo y ocio. La solución que propuso incluyó el entrenamiento de hábitos, ejemplificado en los programas de Slagle y programas terapéuticos ideados para brindar oportunidades de participación en ocupaciones que fueran creativas, placenteras y educacionales (Willard, et al., 2005).

Las artes y artesanías creativas son actividades importantes de la terapia ocupacional debido a que estas actividades se volvieron populares en Inglaterra a principios del siglo XX gracias al movimiento “Artes y Artesanías” fundado por William Morris (artesano, impresor, poeta, escritor, activista político, pintor y diseñador británico) y John Ruskin (escritor, crítico de arte y sociólogo británico); este movimiento tenía como objetivo mejorar los efectos negativos de la industrialización al recomendar el entorno a una vida más sencilla en la que el cuerpo y la mente pudieran participar en ocupaciones que dieran como resultado objetos finos de artesanía manual; debido a esto los fundadores de la TO reconocieron el valor terapéutico de la experiencia creativa y placentera que brindaba la artesanía

Posteriormente la enfermera Susan E. Tracy creó un programa ocupacional en el asilo Adams Nervine, en el cual hacía participar a los pacientes en trabajos de alfombras y telas finas, cestería, armado de libros y modelado de arcilla; por otra parte Dunton impartía clases de ocupación en el Sheppard Pratt que incluían tejido, trabajo en metales, arte y encuadernación. Es así como los fundadores de la TO se dan cuenta que *“Las artesanías tienen un valor terapéutico especial, ya que proporcionan una ocupación que combina los elementos del juego y la recreación de trabajo y logro. Brindan una recompensa concreta y proporcionan al mismo tiempo un estímulo para la actividad mental y el ejercicio muscular y ofrecen la oportunidad de creación y autoexpresión”* (Willard, et al., 2005, p.7).

Se reconoció la importancia de poder establecer científicamente la eficacia de la TO para que la profesión fuera reconocida adecuadamente; por su lado, Barton propuso que el tiempo y los estudios de movimiento podrían ofrecer un modelo de la investigación en terapia ocupacional; Dunton analizó sistemáticamente las ocupaciones y lidió con los fondos y la metodología, los cuales eran factores que podían frenar la investigación de la TO; En cuanto a la metodología, Dunton reconoció que no era sencillo estudiar los efectos de la TO en los pacientes ya que el medio y el proceso para medir las emociones eran complejos y por tanto difíciles de reducir a las variables discretas necesarias para el paradigma de investigación existente.

Posterior a la primera Guerra Mundial, el desarrollo de la TO fue relativamente lento hasta que Estados Unidos entró a la segunda Guerra Mundial, en el año 1941, ya que la demanda de personal entrenado incrementó y únicamente los hospitales militares necesitaba más terapeutas ocupacionales de los que existían en todo el país; esto llevó al desarrollo de programas ocupacionales, por lo cual en el año de 1945 se habían creado 21 programas y existían 3 224 terapeutas ocupacionales. En los hospitales de la Veteran's Administration se crearon nuevos departamentos de rehabilitación que produjeron una gran demanda de terapeutas ocupacionales para tratar a los soldados con problemas físicos, después de la batalla. Gracias al Acta de Rehabilitación de 1954, la necesidad de servicios de rehabilitación siguió incrementando, aunado a esto, debido a la aprobación de la legislación de Medicare en 1965 la demanda de servicios de TO para cubrir necesidades de personas ancianas, crónicamente enfermas y discapacitadas aumentó.

Las distracciones y entretenimientos que se les buscaba a los enfermos y los convalecientes de los antiguos hospitales entran en los antecedentes de la TO, ya que se implementaron con el fin de ocupar sus horas vacías, sobre todo cuando las hospitalizaciones eran recurrentes. Poco a poco se fue descubriendo que al realizar estas actividades dirigidas a la función física perdida del paciente se podían disminuir los síntomas de su enfermedad (Miralles y Ayuso, 2004).

En la década de los 60's, la profesión de TO tenía dos áreas de especialidad distintas: discapacidades físicas y disfunción psicosocial. Los adelantos en la rehabilitación médica exigieron que los terapeutas ocupacionales contaran con conocimiento especializado y habilidades técnicas para tratar a las personas con disfunción física. La AOTA estableció lazos estrechos con la American Medical Association para aumentar credibilidad científica y médica de la profesión; con el fin de establecer una base científica para la práctica psiquiátrica, se propuso alinear la TO con la teoría psicoanalítica, sin embargo el movimiento de des-institucionalización de las décadas de 1960 y 1970 condujo el cierre de hospitales estatales, la apertura de centros comunitarios de salud mental y la adopción del enfoque de tratamiento del medio, por consiguiente se debió brindar la oportunidad a los terapeutas ocupacionales para crecer y supervisar la Consolation Houses de todo el país que eran lugares en donde se experimentaba con pacientes lisiados y enfermos, pero no fue así, ya que los fondos eran insuficientes para proporcionar servicios esenciales a las personas con enfermedades mentales que fueron desplazadas de las instituciones, creyendo que la situación era grave; en un artículo de la 50ª Conferencia anual de la American Occupational Therapy Association se advirtió sobre la posible muerte de la práctica de la TO en psiquiatría: *“La TO psiquiátrica podría dejar de existir porque otras profesiones, están absorbiendo los conocimientos que los terapeutas ocupacionales tenían, esas otras profesiones brindaban los mismos servicios y vendían los programas a otros profesionales”*.

El problema de la Terapia Ocupacional es que la perspectiva del modelo médico había eclipsado muchos de los ideales inherentes a la filosofía de la ocupación expresada por los fundadores; la profesión no contaba con ninguna ciencia que desarrollara los conceptos básicos de la Ocupación ni con investigación suficiente para justificar su práctica, lo único que se tenía eran anécdotas sobre los beneficios de la

misma, los cuales no sirvieron para persuadir a la comunidad científica sobre la eficacia de la terapia. Dadas las circunstancias se debía realizar una investigación sistemática para demostrar la eficacia de la TO (Kielhofner, 2004).

Reilly y colaboradores al ver esto, presentaron el comportamiento ocupacional como una construcción teórica para explicarla a través de su énfasis en los roles, la adaptación humana, la competencia, el trabajo y el juego; esta obra amplió la filosofía de Meyer de la TO en la cual destacaba la importancia de la ocupación, el entrenamiento en hábitos, la adaptación y el equilibrio entre trabajo y juego. Más tarde el Modelo de la Ocupación Humana de Kielhofner en 1997 agregó las dimensiones de motivación y la influencia del ambiente en el comportamiento ocupacional; dentro de las áreas de la práctica se desarrollaron varios modelos teóricos como la integración sensorial, el tratamiento del desarrollo neurológico y las capacidades cognitivas. Debido a lo anterior, desde la década de 1980, la profesión ha logrado progresar sustancialmente en la concepción de los modelos teóricos que puedan guiar la intervención en TO (Kielhofner, 2004).

A partir de ese momento, los terapeutas ocupacionales pasaron a ser los colaboradores principales de artículos escritos por el American Journal of Occupational Therapy (AJOT). Por otra parte en canto a la metodología, los académicos han adaptado diseños de investigación de las ciencias y las ciencias sociales; utilizaron datos cuantitativos y cualitativos para captar la complejidad de la ocupación y el proceso de la terapia ocupacional.

El ejercicio de la terapia ocupacional ha crecido notablemente desde 1980, se ha extendido más allá de los hospitales hasta los hogares, las escuelas públicas, los orfanatos, el lugar de trabajo y los centros comunitarios. En el 2000, el Accreditation Council of Occupational Therapy (ACOT) exigió que los estudiantes comprendan el significado y la dinámica de la ocupación, para que puedan ser capaces de desarrollar planes de intervención basados en la ocupación (AOTA, 1999). Al requerir maestría en la profesión de la TO para el ejercicio de nivel inicial, significa que los terapeutas ocupacionales estarán mejor preparados para conducir al futuro de la profesión en la creación de la práctica centrada en la ocupación y basada en la evidencia.

Hoy en día la TO es el arte y la ciencia de apoyar a las personas para realizar actividades de la vida diaria que sean importantes para su salud y su bienestar en todas

sus esferas a través de la participación en diversas actividades que permitan a la persona mantenerse, contribuir a la vida de su familia y participar en la sociedad. Estas actividades son elegidas por los terapeutas para cada paciente basándose en que:

- el tratamiento sea lo más parecido a lo que podrá desempeñar el individuo
- la etapa en la que se encuentre el paciente
- la meta que se persiga con la TO

En virtud de este fin la TO se puede dividir en:

- Terapia recreacional: actividades recreativas-lúdicas.
- Terapia artística: actividades artísticas.

En cuanto a la terapia recreacional, el objetivo es que el individuo disfrute su tiempo libre mediante actividades gratificantes y satisfactorias, en las cuales se utilizan juegos u otra clase de actividades como medio para modificar conductas de inadaptación, despertar el interés social y/o mejorar la capacidad de comunicación. Tradicionalmente se empleaba la terapia recreacional como expansión y descanso, por lo cual se intercala entre diferentes tratamientos o bien para cubrir horas libres de los enfermos hospitalarios, sobre todo en la primera fase del tratamiento y en niños (Miralles, et al., 2005).

Debido a esto en la terapia ocupacional el juego se entiende como un tipo específico de ocupación esencial para el ser humano, ya que ésta actividad según la clasificación de AOTA se puede incluir en las ocupaciones de ocio y ocupaciones lúdicas. Esta perspectiva del juego se extiende en distintas edades matizada por los valores en cada cultura y ambiente social. El juego es utilizado en TO desde sus inicios como terapia, facilitando el aprendizaje sobre el mundo, para desarrollar habilidades físicas, cognitivas o sociales y para relajación. El ocio, el juego y la recreación amplían intereses, necesidades y capacidades de la fantasía; la realidad y la fantasía combinadas en armonía producirán experiencias que no se encuentran fácilmente en las interacciones convencionales con el mundo real; por ende, esto contribuye a la satisfacción y crecimiento personal, proporcionando una salida de emociones y generación de vínculos. El juego es placentero, aunque en la adolescencia y juventud también ayude a definir la propia identidad y a comprender y asumir reglas sociales.

Miralles (2005) dijo que según Meyer, el padre de la filosofía de la TO, la vida diaria del ser humano se equilibra según sus actividades de ocio, actividades productivas y actividades de autocuidado.

En general los juegos del adulto se pueden clasificar en juegos de azar y juegos estratégicos. Los juegos de azar proporcionan experiencias basadas mayormente en el cambio, lo imprevisible, lo inesperado y la sorpresa, por ende el potencial terapéutico de este tipo de juegos radica en poner en juego las destrezas de afrontamiento al estrés, de angustia y la tolerancia a la frustración; estos juegos simulan situaciones de la vida real, en las que se pueden llegar a tener dificultades impredecibles y se escapan del control del individuo. Por otro lado los juegos estratégicos permiten a los participantes utilizar habilidades y planificar estrategias para terminar el juego, estos juegos tienen definidos reglas y metas, cada jugador tiene asignado un rol para adquirir habilidades sociales básicas, como seguir reglas, ponerse en el lugar del otro, ser consciente de los roles de los otros, negociar, cooperar, resolver problemas, etc.

En cuanto a la otra parte de la TO, la terapia artística (arteterapia) es una modalidad psicoterapéutica que utiliza el lenguaje artístico y el proceso creador para expresar contenidos y vivencias personales, construir significados y analizar cada problema personal para crear más alternativas y así poderles dar solución. Dentro de las familias de las psicoterapias, el arteterapia se ha incluido en el grupo de las terapias expresivas, en el medio anglosajón, o no verbales (Científicas, 2001).

La mayoría de las terapias expresivas en sus inicios tenían orientación psicoanalítica, sin embargo después concordaron con otras terapias de orientación humanista. Desde la teoría psicoanalítica con sus seguidores como Freud, Winnicott, Fiorini y Teresa Dalley, los conceptos de inconsciente, deseo, transferencia, repetición, asociación libre, elaboración psíquica, etc., son esenciales para pensar sobre el acontecer del taller de arteterapia. Dalley expuso que la terapia artística se halla más vinculada con los procedimientos de terapia psicoanalítica, puesto que sus métodos se basan en fomentar la libre asociación y la expresión espontánea (Dalley, 1987).

La actividad artística por sí sola posee ciertas cualidades terapéuticas, sin embargo la dinámica de la práctica arteterapéutica reside en el proceso y no en el

resultado final obtenido; por ende no se basa ni en la belleza ni en la calidad artística de la obra, ésta facilita un lenguaje alternativo, libre de defensas verbales tanto cognitivas como racionalizadas y trabaja con lo simbólico a través de imágenes. Es un espacio dinámico, que se utiliza tanto en sesiones individuales como grupales, en donde entra en juego la transferencia hacia la obra y hacia el arteterapeuta y la contratransferencia, lo cual permite construir una narrativa de recuperación: a través de la obra existe la posibilidad de volverse a narrar. El arteterapia implica una concepción del arte como metáfora (Pain, 1995). En el proceso terapéutico, el terapeuta acompaña al paciente para que pueda integrar sentimientos, pensamientos, emociones y recuerdos.

El arteterapia se originó como tal en hospitales generales y centros psiquiátricos de Inglaterra y Estados Unidos a mediados del siglo pasado.

Durante la segunda Guerra Mundial se empezó a considerar el arte como forma de tratamiento terapéutico gracias a Adrian Hill, el cual era un artista hospitalizado que se dedicó a pintar para liberarse de la angustia y del dolor; en 1946, al finalizar la guerra, Hill se convirtió en el primer terapeuta artístico que trabajaba en un hospital.

La terapia artística como nueva disciplina se originó gracias al sustento teórico de diferentes corrientes psicoterapéuticas, a las teorías de creatividad, a la educación por el arte y a los inicios de la psicoterapia de grupo para tratar traumas ocasionados por la guerra. Margaret Naumburg en Estados Unidos y Edith Kramer en Inglaterra fueron sus fundadoras a partir de los años cuarenta. En París 1950 se realizó la primer exposición de arte psicopatológico, ese mismo año Marion Millner publicó los primeros programas de estudio de arteterapia. En 1959 se fundó la SIPE (Sociedad Internacional de Psicopatología de la Expresión) por varios psiquiatras europeos, principalmente descendientes de Prinzhorn. Cinco años después, en 1964 se creó la British Association of Art Therapists y en el año 1966 se creó la Asociación Americana de Arteterapia (AATA); a partir de esto, se inició la publicación periódica más consolidada sobre esta materia, con el Bulletin of Art Therapy, actualmente conocida como American Journal of Art Therapy.

La concepción actual sobre la enfermedad mental grave considera a la persona desde lo biopsicosociocultural, lo cual permite tener una visión global para facilitar llegar

al objetivo común de reducir el dolor de la persona que sufre y ayudar a mejorar su calidad de vida. La aparición del paradigma de la rehabilitación psicosocial de personas con enfermedades crónicas, en la década de los setentas comenzó a centrarse en el aprendizaje de habilidades y en la potenciación de fortalezas, tanto o más que en los síntomas psiquiátricos.

En Estados Unidos nació un movimiento en los años 90's dentro del campo de la rehabilitación psicosocial, a partir del registro de experiencias relatadas por los protagonistas y por los enfermos que habían conseguido mejorar su salud. La experiencia de recuperación ha sido definida como un proceso personal de aprender a vivir mejor a pesar de los síntomas y limitaciones de la enfermedad. Se resalta la importancia de la perspectiva personal del paciente y se valora lo subjetivo: cómo la persona ha mejorado en su vida y ha aprendido a sobrellevar su enfermedad; el movimiento Recovery (Recuperación) localiza su atención en la construcción de una narrativa de recuperación de la propia historia personal.

Los efectos terapéuticos clínicos de esta disciplina se pueden dividir en cinco categorías:

La primera es la madurez del ego (yo o self), en la cual el arteterapia permite que el yo alcance mayor integración dando como resultado defensas del paciente menos patológicas, tienen mayor consciencia de sí mismos en cuanto a sentimientos y pensamientos, y por ende los pacientes al surgir como sujetos a través de la actividad logran reflexionar y verbalizar sobre su mundo interno con el terapeuta.

La segunda categoría es la mejoría de la autoestima, en la cual se estimula la autoimagen positiva de los pacientes, al incentivar la obtención de logros artísticos que los hace sentirse valorados, admirados y reconocidos como personas capaces de producir cosas positivas superando el estigma de la enfermedad mental.

La tercer categoría es la mejora de las relaciones interpersonales o interacción social; el arteterapia proporciona un entorno seguro, confiable y contenedor en el cual los pacientes pueden crear y se pueden comunicar verbalmente con su terapeuta y compañeros, lo cual desarrolla su habilidad de socialización y les permite reaprender

aptitudes sociales; este efecto ayuda a los pacientes a reintegrarse en su comunidad y/o sociedad ,por lo cual el efecto terapéutico va más allá de los límites de la sesión.

La cuarta y la quinta categoría van unidas, ya que esta terapia reduce síntomas de apatía, baja motivación y mejora la capacidad de concentración característicos de los síntomas psiquiátricos y ayuda a que los pacientes logren un mayor contacto con la realidad externa y tengan consciencia de ella (Farkas, 2007).

En conclusión de esta sección de la tesis, se ha visto que la Terapia Ocupacional a lo largo del tiempo ha demostrado ser eficaz en la sanación de personas con enfermedades mentales, personas de la tercera edad, niños, soldados y personas con enfermedades físicas.

La terapia recreacional (actividades recreativas- lúdicas) y el arteterapia que conforman a la Terapia Ocupacional, llevada a cabo con pacientes, tienen un rol importante como complemento del tratamiento farmacológico para que el paciente obtenga y/o fortalezca habilidades sociales, cognitivas y físicas para obtener una mejor calidad de vida y por ende un estado completado de bienestar.

## Trastorno Depresivo Mayor

La OMS define a la depresión como el trastorno mental más común que afecta en todo el mundo, alrededor de 340 millones de personas. El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) tiene 17% de prevalencia a lo largo de la vida, ésta prevalencia, es la más alta entre todos los trastornos psiquiátricos; el TDM afecta del 7 al 15% de los hombres y del 10 al 30% de las mujeres dentro de una población, aunado a esto, es considerado la segunda causa de discapacidad a nivel mundial. El TDM es un importante problema de salud pública, presenta incidencia anual de 1.59%, siendo esta menor en los hombres 1.10%, que en mujeres 1.89%. La edad de inicio es en promedio los 40 años de edad, en el 50% de los casos, esta enfermedad aparece entre los 20 y 50 años, sin embargo los datos epidemiológicos arrojan que la incidencia aumenta entre los sujetos menores de 20 años, apareciendo con mayor frecuencia en personas que no mantienen relaciones interpersonales estrechas, personas divorciadas y/o separadas. Su causa es desconocida; se cree que es multifactorial involucrando a los factores biológicos, genéticos y psicosociales (Medina-Moralcaza, Borges, & Lara, 2003).

No existen datos recientes de la epidemiología en México, los datos de la ONU de la nota descriptiva No. 369 de Abril 2016 arrojan que se calculan 350 millones de personas afectadas por depresión en el mundo, de los cuales más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en muchos países) no recibe los tratamientos adecuados (OMS, 2016).

El término “depresión” viene del latín *depressus* que significa “abatido”, “derribado”. La Real Academia Española (2001) define la depresión como un “síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos”. Galimberti (2002) la define como una alteración del tono del humor hacia formas de tristeza profunda, con reducción de la autoestima y necesidad de autocastigo (p. 300).

Algunos tipos de depresión tienden a transmitirse de generación en generación, lo que sugiere una relación genética, sin embargo, la depresión también puede presentarse en personas sin antecedentes familiares de depresión. La investigación genética indica que el riesgo de desarrollar depresión es consecuencia de la influencia de múltiples genes que actúan junto con factores biológicos, genéticos y psicológicos (Tsuang M.t., Bar J.L., Stone W.S., Faraone S.V., 2004).

- En los factores biológicos, se ha descrito alteraciones con trastornos del estado de ánimo; entre las causas bioquímicas se propone un déficit en las concentraciones de los neurotransmisores monoamínicos, los cuales son noradrenalina, serotonina y dopamina. Stahl en el 2002 reportó que la disminución de serotonina es la causa principal de depresión debido a que es un neurotransmisor que actúa en la regulación de distintos sistemas biológicos como la función endocrina, la actividad sexual, el sueño o el hambre, lo cual puede ser representado por los síntomas depresivos como son la alteración de sueño, apetito y funciones cognitivas. Además existe una relación con la función tiroidea en la disminución de la hormona triiodotironina (T3), porque varios pacientes que presentaron ésta disminución padecían depresión, sin embargo muchos pacientes con depresión no tienen ésta disminución; por ende falta mayor investigación para su sustento.

Otro hallazgo importante es que en los pacientes deprimidos existe disminución en la liberación de la hormona del crecimiento durante las horas de sueño, que permanece hasta un año después de la desaparición de los síntomas de depresión (Stahl, 2002).

- En los factores genéticos se ha observado que la depresión tiende a transmitirse de generación en generación, sin embargo la depresión también se puede presentar en personas sin antecedentes familiares de depresión (Tsuang et al., 2004).

El TDM es entre 1.5 y 3 veces más frecuente en los familiares biológicos de primer orden (madre, padre e hijos) de las personas que lo padecen que en la población general (Kendler K.S., Kessler R.C., Neale M.C., 1993).

En diversos estudios se analiza si la tasa de la enfermedad entre los miembros de una familia donde algún integrante posee el trastorno, es mayor que entre la población en general; según estos estudios, si uno de los padres tiene un trastorno del estado de ánimo, su hijo tiene un riesgo entre 10 y 25% de representarlo, por ende si ambos padres están afectados entonces el riesgo aumenta al doble, el riesgo para el niño es mayor cuantos más miembros de la familia padezcan este trastorno. (Wickramaratne et al., 2000). Lieb en el 2002

encontró a través de un estudio con gemelos que los genes explican exclusivamente 50 a 70% de la causa de los trastornos del estado del ánimo.

- En cuanto a los factores psicológicos Stahl (2002) considera que tienen gran importancia en los cuadros depresivos en grado leve ya que se cree que la depresión es producto de un pensamiento distorsionado que produce una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro; éstos factores psicológicos que incluyen propiedades de la persona como su carácter, personalidad, pensamiento, etc, pueden ser los que predisponen, precipitan y mantienen diversas situaciones externas como por ejemplo divorcios, separaciones de pareja, fallecimientos, inestabilidad matrimonial, familiar o laboral.

Algunos profesionales creen que las situaciones relacionadas con la muerte tienen un papel principal en la depresión, mientras que para otros las situaciones de ésta índole tienen exclusivamente una función limitada en el inicio y el desarrollo de la depresión. Los datos más convincentes indican que el suceso que se asocia más a menudo con el desarrollo de la depresión es la pérdida de los padres antes de los 11 años de edad. Otro factor de riesgo es el desempleo: las personas que pierden su trabajo tienen 3 veces más probabilidades de presentar síntomas de un episodio de depresión mayor que las personas que tienen trabajo (Wickramaratne et al., 2000).

Por otra parte, la disminución de apetito sexual o la disfunción sexual (disfunción eréctil en el hombre o anorgasmia en la mujer) es muy común, lo que provoca problemas en la relación de pareja.

El síntoma de la ansiedad está presente en grados variables en un enfermo deprimido y van desde síntomas mínimos hasta ataques de pánico. La ansiedad tiene síntomas:

-Psicológicos: predomina la expectación aprensiva que es una preocupación excesiva de que algo malo suceda, existe inquietud e irritabilidad.

-Somáticos: falsa disnea (dificultad para respirar), síntomas gastrointestinales que son catalogados como gastritis y colitis, tensión muscular.

-Otros dos síntomas característicos son el vértigo y las oleadas de calor (casi siempre alternan con escalofrío) (Plan Nacional para el SNS del MSC, 2008).

López (1997) recopila la información sobre el curso y pronóstico del Trastorno Depresivo Mayor que se describe a continuación:

**Inicio:** El primer episodio depresivo aparece antes de los 40 años en un 50% de los pacientes. El inicio tardío se asocia a la ausencia de historia familiar de trastornos del estado de ánimo, trastorno antisocial de la personalidad y abuso de alcohol.

**Duración:** Un episodio depresivo que no recibe tratamiento dura de 6 a 13 meses; la mayoría de los que reciben tratamiento duran aproximadamente 3 meses. A medida que avanza el curso del trastorno, los pacientes tienden a sufrir episodios más frecuentes y de mayor duración. Tras un periodo de 20 años, la media de episodios sufridos es de 5-6.

**Pronóstico:** El trastorno Depresivo mayor es un trastorno que tiende a cronificarse y los pacientes suelen recaer. Los pacientes que han sido hospitalizados por un primer episodio depresivo mayor tienen un 50% de posibilidades de recuperarse durante el primer año. El porcentaje de individuos que se recupera tras la hospitalización, un 10-15 % de los pacientes no se recuperan. En general, a medida que el paciente sufre más episodios depresivos, el tiempo entre éstos se reduce y la gravedad se incrementa.

Actualmente no se cuenta con exámenes de laboratorio que puedan corroborar el diagnóstico de depresión, por lo tanto éste sigue basándose en la entrevista clínica y en los datos que se obtienen de ella y el examen físico. También se han diseñado un amplio repertorio de instrumentos de medición clínica como escalas e inventarios, que sirven para evaluar la intensidad de las manifestaciones depresivas y permiten hacer el seguimiento de la respuesta a los tratamientos establecidos.

Los criterios diagnósticos del Trastorno Depresivo Mayor se encuentran en la sección de método de la presente tesis.

## Inventario de Depresión de Beck BDI-II

Existe un instrumento de medición para los síntomas de la depresión llamado Inventario de Depresión de Beck BDI construido por Beck y sus colaboradores con ítems basados en enunciados descriptivos de los síntomas y actitudes que presentaban los pacientes diagnosticados con depresión otros pacientes diagnosticados sin depresión; y no en alguna teoría de la depresión (Steer, Beck, Garrison, 1986). La versión original se diseñó para administrarse leyendo los 21 ítems en voz alta para que los pacientes seleccionaran la respuesta que mejor se ajustaba a su humor en ese momento; después se comenzó a emplear la versión revisada del BDI, el BDI-1A, la cual eliminaba frases alternativas y palabras para los mismos síntomas, evitaba la doble negación, limitaba a cuatro respuestas opcionales cada ítem y reformulaba quince de ellos. De acuerdo con Beck y cols. (2006), estos y otros ajustes permitieron la eficiencia del inventario para detectar los niveles de depresión del paciente evaluado. Posteriormente se ajustó el BDI-1A a los arreglos en la definición de depresión y la aparición del DSM-III-R y el DSM-IV, reformulando algunos de sus ítems, eliminando otros que resultaban poco útiles conforme a los nuevos criterios de diagnóstico, e introduciendo otros nuevos ítems necesarios para mejorar su validez, naciendo así el Inventario de Depresión de Beck BDI- II.

El BDI-II consta de 21 reactivos que representan síntomas de depresión. Cada ítem tiene cuatro posibles respuestas de las cuales el paciente debe seleccionar una, y cada respuesta tiene un valor de nivel oficial asignado que va desde 0 (nulo) a 3 (severo). Beck y cols. (1979) clasificaron los ítems en seis categorías de acuerdo a los síntomas de la depresión:

Afectiva: ítems 1, 4, 10 y 13.

Motivacional: ítems 2 y 9.

Cognoscitiva: ítems 12 y 19.

Distorsión Cognoscitiva: ítems 3, 5, 6 y 7.

Conductual: ítems 11, 15, 16 y 20.

Fisiológica/Vegetativa: ítems 16, 18 y 21.

Las cuales fueron probadas mediante el Enfoque de Escalamiento Multidimensional (MDS) (Cohen, 2007), este enfoque establece la proximidad de dos o más variables mediante medidas como sus correlaciones, cuyas relaciones se pueden apreciar en un espacio Euclidiano (bi/tri-dimensional). Cohen (2007) – a partir de un meta análisis de la muestra original empleada por Beck, Steer & Brown (1996, citado en Cohen 2007)- encontró 2 dimensiones, en la primera confirmó las seis categorías mencionadas arriba y en la segunda encontró 3 categorías cuyo criterio es el nivel de excitación, donde:

Mínimo: ítems 21, 15, 12 y 4.

Moderado: ítems 16, 18, 19, 10, 13, 1, 14, 2, 7, 6, 5 y 3.

Alto: ítems 8, 9, 11 y 17.

El BDII-II se administra en un tiempo aproximado de 10 minutos, de manera escrita, las puntuaciones se suman, en donde la puntuación máxima es de 69 y se ajustan al rango que correspondan de acuerdo a las normas de su población, el cual varía entre mínimo, leve, moderado y severo (Beck, Steer, Brown, 2006).

El BDI-II ha probado en diferentes investigaciones ser un instrumento muy eficiente y válido para detectar el nivel de depresión de una persona que padezca depresión y otro trastorno, por ejemplo:

Dum y cols. (2008) encontraron correlaciones ítem-total que variaban entre .42 y .80 de un estudio con una muestra de 108 adictos a sustancias con una media de 38 años y una desviación estándar de 11.54 años.

En poblaciones con problemas cardiacos, especialmente con pacientes externos de infarto al miocardio, el BDI-II también ha probado tener varias propiedades psicométricas (Low, Hubley, 2007; Thoms y cols., 2008).

Low y Hubley (2007) obtuvieron para el BDI-II un alfa de Cronbach de .89 en un estudio con una muestra de 119 pacientes con infarto al miocardio en su historial clínico.

Harris (2007) encontró en el BDI-II un alfa de Cronbach de .92 y un modelo trifactorial Actitud negativa- Dificultad de rendimiento- Elementos somáticos, en una muestra de 481 pacientes con dolor crónico con una edad promedio de 43.25 años (SD= 8.71).

Estas dos investigaciones anteriores demuestran la fiabilidad del BDI-II como escala de medida, cuyas propiedades psicométricas han sido examinadas tanto en muestras españolas de estudiantes universitarios (Sanz, J., y Navarro, M.E. 2003) y de adultos de la población general (Sanz, J., Perdigón, L. A., y Vázquez, C. 2003), como de pacientes con trastornos psicológicos (Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Forttún, M., y Vázquez, C. 2005), obteniéndose en todos los casos índices de fiabilidad y validez adecuados.

Debido a la fiabilidad y validez del instrumento, en la presente investigación se decidió utilizar el BDI-II como instrumento de medición ya que es un inventario completo de corta aplicación y basado en los criterios del DSM-IV (*ver Apéndice*).

### Justificación

Con ésta investigación se pretende contribuir a la información que se tiene de la terapia ocupacional, para darle un mayor énfasis a su importancia en la recuperación del paciente psiquiátrico y conocer si las diferencias de género son un factor importante en la determinación de las actividades a realizar con los pacientes, con ello se podría contribuir a disminuir el tiempo de recuperación y bienestar del paciente psiquiátrico con TDM; por ende disminuirían los gastos de la familia del paciente al ser reinsertado más rápido a la sociedad. En diferentes estudios mencionados con anterioridad se observó que los hombres y las mujeres reaccionan de manera diferente al relacionarse con el medio ambiente, al llevar a cabo un tratamiento, etc. debido a factores biológicos, sociales y culturales, sin embargo no se le ha dado la debida importancia para crear o ajustar protocolos de atención especializados para cada género; mediante éste trabajo se pretende crear conciencia de que en México no se han realizado estudios que determinen la importancia de crear protocolos de atención distintos para hombres y para mujeres.

### Planteamiento del problema

Está comprobado que la Terapia Ocupacional conformada por actividades artísticas y actividades recreativas-lúdicas, es una herramienta necesaria para la recuperación o sanación integral de pacientes psiquiátricos y/o ancianos; sin embargo tomar en cuenta la variable género, que puede ser un factor elemental para el proceso de recuperación mediante la terapia ocupacional aunada a tratamiento farmacológico, tomando en cuenta que los intereses o roles de cada género son definidos intrínsecamente por la familia, la escuela, la cultura, la religión y la sociedad debido a lo anterior, surgen las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Qué efecto tendrán las actividades artísticas en la disminución de los síntomas indicadores de depresión en pacientes con TDM medidos con el BDI-II?
- ¿Qué efecto tendrán las actividades recreativas-lúdicas en la disminución de los síntomas indicadores de depresión en pacientes con TDM medidos con el BDI-II?

Cabe mencionar que la administración de las actividades recreativas-lúdicas y actividades artísticas forman parte de un tratamiento integral a pacientes con TDM, por consiguiente los resultados obtenidos son resultado del tratamiento farmacológico prescrito por médicos psiquiatras y a la administración de dichas actividades que forman parte de la TO.

En esta investigación se utilizó la versión traducida al español del Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) como parámetro para medir los síntomas indicadores de depresión, y así mediante el test- retest con el mismo instrumento, percibir si existen o no diferencias o cambios en el paciente que pueden ser interpretados como disminución de los síntomas de depresión tomando en cuenta las actividades administradas y el género del paciente.

## Objetivos

### Objetivo General

Analizar el efecto de las actividades artísticas y las actividades recreativas-lúdicas, que constituyen la Terapia Ocupacional, en pacientes hombres y en pacientes mujeres diagnosticados con TDM.

### Objetivos Específicos

Determinar si la TO tiene algún efecto en los síntomas indicadores de depresión, comparando pacientes que realizan actividades de la TO con pacientes que no realizan dichas actividades.

Determinar si existen diferencias en los efectos de participar en las actividades artísticas y participar en las actividades recreativas-lúdicas sobre los síntomas indicadores de depresión.

Determinar si las actividades artísticas tienen el mismo efecto en los síntomas indicadores de depresión tanto en hombres como en mujeres, comparando la sintomatología depresiva antes y después de dichas actividades.

Determinar si las actividades recreativas-lúdicas tienen el mismo efecto en los síntomas indicadores de depresión tanto en hombres como en mujeres, comparando la sintomatología depresiva antes y después de dichas actividades.

## Hipótesis

H1 (alternativa): La TO disminuirá los síntomas indicadores de depresión en pacientes psiquiátricos.

H1 (nula): La TO aumentará o mantendrá sin cambios los síntomas indicadores de depresión en pacientes psiquiátricos.

H2 (alternativa): El efecto de la TO basada en actividades artísticas sobre los síntomas indicadores de depresión, será diferente en pacientes con TDM hombres y mujeres.

H2 (nula): El efecto de la TO basada en actividades artísticas sobre los síntomas indicadores de depresión, será igual en pacientes con TDM hombres y mujeres.

H3 (alternativa): El efecto de la TO basada en actividades recreativas-lúdicas sobre los síntomas indicadores de depresión, será diferente en pacientes con TDM hombres y mujeres.

H3 (nula): El efecto de la TO basada en actividades recreativas-lúdicas sobre los síntomas indicadores de depresión, será igual en pacientes con TDM hombres y mujeres.

## Método

La presente investigación es un estudio experimental en donde se empleó una muestra de 90 pacientes psiquiátricos previamente diagnosticados con TDM por médicos psiquiatras, divididos en: dos grupos control (no realizarán actividades de la TO) y cuatro grupos experimentales. A cada uno de los participantes se les aplicó el BDI-II antes y después de las actividades de TO correspondientes, con el objetivo de analizar si existe o no algún impacto, diferencias y/o similitudes entre los grupos.

### Muestra

Se contó con una muestra de 90 pacientes en total, los cuales serán 45 pacientes hombres y 45 pacientes mujeres diagnosticados con TDM de edades entre 16 y 46 años.

### Criterios de exclusión

- Pacientes con daño orgánico y con diagnóstico diferente al TDM.
- Pacientes menores de 16 y mayores de 46 años.
- Pacientes que no cumplan con el total de sesiones de TO.

Siguiendo los criterios de exclusión, los 45 pacientes hombres y las 45 pacientes mujeres fueron separados en tres grupos; teniendo así 6 grupos, de 15 participantes cada uno (15 hombres grupo A1, 15 hombres grupo B1, 15 hombres grupo C1, 15 mujeres grupo A2 y 15 mujeres grupo B2 y 15 mujeres grupo C2).

A los grupos A1 y A2 se les aplicaron las actividades artísticas que forman parte de la TO, y a los grupos B1 y B2 se les aplicaron las actividades recreativas-lúdicas que forman parte de la TO; y a los grupos C1 y C2 que son nuestros dos grupos control, no se les aplicó ninguna actividad de la TO.

El listado de actividades y programa se encuentran en el Anexo 1 y 2.

## Escenario

La investigación se llevó a cabo en un área adecuada para las diversas actividades a realizar, se contó con sillas, mesas y material suficiente y adecuado para el número de pacientes; el área tuvo iluminación, espacio y ventilación adecuada.

## Variables

Variable Dependiente: TDM (síntomas depresivos)

- Definición conceptual: Según los criterios Diagnósticos del DSM-V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association), el Trastorno Depresivo Mayor:
  - A. Cinco o más de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
  8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
  9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., Duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa.

Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maniaco o hipomaniaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

- Definición operacional: Se aplicó la versión traducida al español del Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) de 21 reactivos en escala de respuesta de tipo Likert para evaluar la “magnitud” de depresión que se presenta y así poder observar los cambios en los síntomas indicadores de depresión. Cabe señalar que este inventario está basado en los criterios de diagnóstico del DSM-IV, sin embargo comparando en TDM en el DSM-IV y DSM-V únicamente cambia el inciso B) Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto (del DSM-IV); por los incisos D) y E) (DSM- V) descritos con anterioridad.

Variable Independiente: TO (actividades artísticas y actividades recreativas-lúdicas).

- Definición conceptual: Según el Diccionario Médico Masson (2003) es el Tratamiento empleado en diversas enfermedades somáticas y psíquicas que tienen como finalidad readaptar al paciente, haciéndole realizar acciones y movimientos de la vida diaria.
- Definición Operacional: Se realizaron actividades artísticas y actividades recreativas-lúdicas que forman parte de la TO, con los grupos experimentales correspondientes para observar el efecto que tienen estas actividades sobre los síntomas indicadores de depresión. En cuanto a los grupos control, no se les administró ninguna actividad de la TO.

## Procedimiento

Dentro del Instituto Psiquiátrico se seleccionó la muestra basada en el criterio diagnóstico de TDM de los médicos psiquiatras y tomando en cuenta los criterios de exclusión; posteriormente, teniendo la muestra establecida de 45 hombres y 45 mujeres diagnosticados con TDM de 16 a 46 años de edad, se le aplicó a cada participante el BDI-II antes de comenzar el proceso psicoterapéutico de TO; posteriormente se separó, a los 45 hombres y a las 45 mujeres en seis grupos; el grupo A1 de 15 hombres y el A2 de 15 mujeres comenzaron con el proceso psicoterapéutico que únicamente constó de actividades artísticas y su tratamiento farmacológico; por otro lado, el grupo B1 de 15 hombres y el grupo B2 de 15 mujeres comenzaron con el proceso terapéutico de actividades recreativas-lúdicas y su tratamiento farmacológico; y el grupo C1 de 15 hombres y el grupo C2 de 15 mujeres no realizaron ninguna actividad de la TO, únicamente llevaron a cabo su tratamiento farmacológico. Estas actividades las realizaron durante 20 sesiones (5 sesiones por semana) con duración de dos horas cada sesión. Al finalizar éste lapso de tiempo se les aplicó el post test con el mismo instrumento BDI-II a cada participante y se analizó el efecto de las actividades sobre los grupos correspondientes.

## Resultados

Se calculó un Análisis de Varianza Factorial (ANOVA) 3 x 2 (3 tipos de terapia: control, terapia basada en actividades artísticas y terapia basada en actividades recreativas-lúdicas; 2 tipos de género: masculino y femenino), sobre los puntajes que resultaron de la resta entre el puntaje obtenido por cada sujeto en el inventario de Beck BDI-II (2006) en el pre-test menos el post-test. Por lo que un puntaje de diferencia alto y positivo se interpretó como una disminución en los síntomas depresivos y un puntaje cercano a cero se interpretó como una poca o nula disminución en los síntomas depresivos. Dicho ANOVA se presenta en la Tabla 1. Se encontró un efecto significativo de la interacción entre el tipo de terapia y el género sobre la disminución en los síntomas de depresión,  $F(2, 84) = 20.97, p < 0.01$ . Para el efecto principal del género se encontró que la diferencia en la disminución de síntomas depresivos entre hombres ( $\bar{x}=17.04$ ) y mujeres ( $\bar{x}= 22.06$ ) fue significativa,  $F(1, 84) = 20.04, p < 0.01$ . Respecto al efecto principal del tipo de terapia se encontró que las diferencias entre las medias de la disminución de los síntomas depresivos entre los tres niveles de la variable fue significativa  $F(2, 84) = 55.64, p < 0.01$ . Para analizar el efecto principal del tipo de terapia, se calculó un ANOVA de una vía para comparar las medias en la disminución de los síntomas de depresión entre los tres niveles de la variable independiente. Se encontró un efecto significativo del tipo de terapia sobre la variable dependiente,  $F(2, 87) = 33.16, p < 0.01$ . Se realizaron comparaciones múltiples calculando el HSD de Tukey (por sus siglas en inglés, Diferencia Honestamente Significativa) para el tipo de terapia. Se encontró que la media de los sujetos en el grupo control ( $\bar{x} = 11.26$ ) fue significativamente diferente a la media de los sujetos expuestos a la Terapia artística ( $\bar{x} = 22.70$ ) y a la media de los sujetos expuestos a la Terapia recreativa- lúdica ( $\bar{x} = 24.70$ ). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la Terapia artística y la Terapia recreativa-lúdica ( $\bar{x}= 22.70$  y  $\bar{x}= 24.70$ , respectivamente).

Tabla 1

Análisis de varianza factorial 2x3 del efecto del género y tipo de Terapia Ocupacional sobre la disminución de los síntomas depresivos.

Fuente	gl	F	SC	<i>p</i>
Terapia X Género	2	5.667	299.617	.005
Género	1	40.916	2163.200	.000
Terapia	2	15.834	837.150	.000
Error (Intrasujetos)	84		52.870	

## Discusión

Algunos autores como Macías (1958), García (1967), Acevedo (1975), Rocío de Jesús (1989), Domínguez (2005), Véliz y Uribe (2006), Carrasco (2011), Valverdi y Álvarez (2013), Matilla (2013), y Flores (2014) confirmaron mediante sus investigaciones y estudios que la Terapia Ocupacional disminuye los síntomas de diversos padecimientos de pacientes psiquiátricos, pacientes con enfermedad vascular cerebral, pacientes adictos, pacientes en fase terminal, pacientes con VIH/SIDA, y mejora la cognición y calidad de vida de estudiantes, ancianos y niños; con ello se puede comprobar que ésta terapia tiene efectos de gran importancia no sólo en pacientes con depresión. Por otro lado de acuerdo a Trejo (1998) y Camacho (2007) mencionados en el marco teórico, existe una disminución significativa en los síntomas depresivos de pacientes diagnosticados con trastorno depresivo mayor que llevan a cabo actividades recreativas-lúdicas y actividades artísticas que conforman la Terapia Ocupacional, por lo cual en ésta investigación se puede comprobar nuevamente en base al ANOVA factorial mixto la H1 (alternativa): Que nos dice, que la TO disminuirá los síntomas indicadores de depresión en pacientes psiquiátricos y se rechaza la H1 (nula) en la cual los síntomas depresivos aumentarán o se mantendrán sin cambios.

A partir de diversos análisis enfocados en encontrar diferencias en cuanto al género en diversos temas tales como, estilos de amor en relaciones de pareja, hostilidad, ansiedad, uso, facilidad y calidad de estrategias de aprendizaje y promedio escolar en niños y niñas con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad TDAH que realizaron autores como Saenz (2005), Herrera (2006), Sánchez (2009), y Contreras (2011) se puede concluir que con respecto a cualquier tipo de terapia psicológica que pretenda intervenir en hombres y mujeres, se deben de tomar en cuenta los factores biológicos, sociales, culturales y psicológicos que llevan a mujeres y a hombres a reaccionar distinto ante el ambiente que los rodea y ante una terapia específica, de ahí, la importancia de tomar en cuenta la variable Género. Otros autores Zúñiga (2007) y Gamboa (2009) abordaron específicamente en sus investigaciones el tema de TDM en cuanto a las diferencias de género en niños y en Adultos mayores respectivamente, dando como resultado diferencias significativas en cuanto al género, éste fue otro motivo de importancia por el cual se realizó la presente investigación.

No se ha encontrado información relevante sobre el efecto de la TO sobre los síntomas indicadores de depresión en pacientes psiquiátricos comparando el género de los pacientes, sin embargo a través del análisis efectuado en ésta investigación se comprobaron las H2 (alternativa) y H3 (alternativa) que mencionan lo siguiente respectivamente: el efecto de la TO basada en actividades artísticas sobre los síntomas indicadores de depresión, será diferente en pacientes con TDM hombres y mujeres; el efecto de la TO basada en actividades recreativas-lúdicas sobre los síntomas indicadores de depresión, será diferente en pacientes con TDM hombres y mujeres, por ende se rechaza la H2 (nula) y H3 (nula) en las cuales no se encontraría ninguna diferencia de las actividades de la TO con relación al género de los pacientes. Al demostrar éstas diferencias significativas en cuanto al género y tipo de terapia brindada al paciente psiquiátrico con TDM se coincide con Montemayor (1969), Martínez (1989), Juárez (2000), González (2007), Delgado (2009), Fuertes (2013) y González (2014) en la importancia de elaborar, programas, manuales, talleres y materiales adecuados y especializados para cada tipo de padecimiento, situación y género del paciente con lo cual se puede concluir que éste trabajo aporta una nueva visión de la Terapia Ocupacional y las actividades que la conforman, para darle mayor énfasis a su importancia en la recuperación o disminución de sintomatología en el paciente psiquiátrico con TDM.

Es necesario que se replantee o reestructure un programa de TO especializado para pacientes con TDM de acuerdo al género del mismo; en el cuál, en el caso de las mujeres se les apliquen más actividades artísticas que recreativas-lúdicas y en el caso de los hombres viceversa, mayor porcentaje de actividades recreativas lúdicas que artísticas, aunado a su tratamiento farmacológico; con ello está comprobado se disminuirá el tiempo de recuperación y bienestar del paciente psiquiátrico con TDM; por ende disminuirían los gastos económicos del paciente al ser reinsertado más rápido a la sociedad.

Considerando ésta investigación como empuje a nuevas investigaciones y análisis, se sugiere realizar un estudio aún más profundo que tome en cuenta la edad, el estado civil y la escolaridad del paciente para conocer si también son factores que pudieran repercutir en la disminución de sintomatología. Este estudio previo dará pauta a complementar o corregir resultados, analizar con más detalle para que la

investigación final sea lo más precisa posible y permita estructurar un nuevo programa de TO para ofrecerle al paciente psiquiátrico un tratamiento Integral Especializado que considere el padecimiento, fármacos, género, edad, estado civil y escolaridad de cada paciente para reducir tiempos y costos de sanación.

### Limitaciones del estudio

Considerando que toda investigación es un terreno fértil para el análisis, así como para el surgimiento de nuevos estudios que reafirmen, complementen o rebasen el conocimiento de toda disciplina, este estudio previo da pauta a complementar y enriquecer investigaciones posteriores ya que en el presente se encontraron las siguientes limitaciones:

- La muestra es pequeña, contando con menos de 100 participantes; si se tuviera una muestra grande enriquecería los resultados y podríamos obtener un análisis más completo.
- No se tomaron en cuenta otros factores como la escolaridad ni el estado civil de los pacientes, los cuales si se consideraran darían como resultado una intervención específica a cada caso.
- No se pudo controlar la terapia farmacológica que llevaron a cabo los 90 pacientes, la idea sería contar con 2 grupos a los cuales solo se les impartiera la TO sin que tomaran ningún medicamento para ver el impacto real de la TO y así deducir qué tan indispensable es la administración del medicamento en el proceso de tratamiento de los pacientes.

## Lista de referencias

- Acevedo, A. (1975). *Participación del trabajador social en Terapia Ocupacional en la clínica Hospital T-1#1 del I.M.S.S. de Cuernavaca, Morelos*. Tesis que para obtener el título de Licenciado en Trabajo Social. UNAM Escuela Nacional de Trabajo Social. México.
- American Occupational Therapy Association (1999). *Occupational Therapy services for Children and youth under the individuals with Disabilities Education Act*. (2<sup>nd</sup> ed.). Bethesda, MD: Author.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R.A., y Brown, G.K. (2006). *BDI-II Inventario de Depresión de Beck Segunda Edición Manual*. Argentina: Paidós.
- Bernal, M. (1969). *Terapia Ocupacional y Ludoterapia*. Tesis que para obtener el título de Licenciado en Trabajo Social. UNAM Escuela Nacional de Trabajo Social. México.
- Gamache, P. (2009). *El Beneficio de la Terapia Ocupacional en la autoestima del paciente psiquiátrico con diagnóstico de TDM en el INPRFM*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. Universidad Salesiana. México.
- Camarero, F. & López, E.. (2013). *Características, necesidades y prioridades en la participación ocupacional, según la percepción de las personas con patología dual que reciben tratamientos en pisos de apoyo a la reinserción, pertenecientes a Madrid salud (Ayuntamiento de Madrid)*. Febrero 18, 2015, de Terapia-Ocupacional Sitio web: [http://www.terapiaocupacional.com/articulos/Patologia\\_dual\\_Camarero\\_Lopez\\_San\\_Roman\\_nov12.pdf](http://www.terapiaocupacional.com/articulos/Patologia_dual_Camarero_Lopez_San_Roman_nov12.pdf)
- Carrasco, P. (2011). *Terapia Ocupacional en la fase Final de la Vida..* Febrero, 18, 2015, de Terapia Ocupacional Sitio web: [http://www.terapiaocupacional.com/articulos/Pilar%20Carrasco/paliativos\\_terapia\\_ocupacional\\_Carrasco\\_jun11.pdf](http://www.terapiaocupacional.com/articulos/Pilar%20Carrasco/paliativos_terapia_ocupacional_Carrasco_jun11.pdf)

- CIENTÍFICAS, R. (2001). ARTÍCULOS ORIGINALES Terapia por el arte.
- Cohen, A. (2007). *The underlying structure of the Beck Depression Inventory II: A multidimensional scaling approach*. Journal of research in personality, 42, 772-786.
- Conde. V, & Franch .J.L.(1984). *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología de los trastornos angustiosos y depresivos*. Madrid.
- Contreras, M. (2011). *Diferencias de género clínicas y sociodemográficas en adolescentes con diagnóstico de TDAH de una muestra clínica*. Proyecto de Investigación para la tesis de especialidad en psiquiatría. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Dalley, T. (1987) *El arte como terapia*, Barcelona: Herder.
- Delgado, R. (2009). *Arte esquizofrénico y mundos alternativos: historia de una metamorfosis*. Tesis que para obtener el grado de Maestro en Artes Visuales. UNAM, Escuela Nacional de Artes Plásticas. México.
- deCharms, R. (1968). *Personal causation: The internal affective determinants of behavior*. New York: Academic.
- Deci, E. L. y Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York, NY: Plenum.
- Deci, E. L. y Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: human needs and the self-determination theory. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
- Diccionario médico. (2003). Masson. Cuarta edición.
- Domínguez, M (2005). *Aplicación de un programa de reeducación muscular con Biofeedback electromiográfico en pacientes con mano hemiparética secundario a enfermedad vascular cerebral comparado con el tratamiento convencional de Terapia Ocupacional*. Tesis que para obtener el grado de Especialista en Medicina de Rehabilitación. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Dum, M., Pickren, J., Sobell, L. C., y Sobell, M. B. (2008). *Comparing the BDI-II and the PHQ-9 with outpatient substance abusers*. Addictive Behaviors, 33, 381-387.
- Farkas, M. (2007). *Restablecimiento (Recovery) y Rehabilitación. La consideración actual de la recuperación: Lo que es y lo que significa para los servicios de atención*. . Madrid: Grupo Web CRL de Ventas.

- Fernández, M. & Montañez, M. (2014). *Descripción de las necesidades ocupacionales de población psicogeriatría afectada por trastornos afectivos*. Febrero, 2015, de Terapia-Ocupacional Sitio web: [http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Ocupaciones\\_mayores\\_trastornos\\_afectivos\\_julio14.pdf](http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Ocupaciones_mayores_trastornos_afectivos_julio14.pdf)
- Flores, D. (2014). *TERAPIA OCUPACIONAL EN CENTROS RESIDENCIALES PARA PERSONAS CON VIH/SIDA*. Junio, 2014, de Terapia-Ocupacional Sitio web: [http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/VIH\\_SIDA\\_residencias\\_Terapia\\_ocupacional\\_Flores\\_Molla\\_2014.pdf](http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/VIH_SIDA_residencias_Terapia_ocupacional_Flores_Molla_2014.pdf)
- Fuertes, M. (2013). *Atención a las personas en situación de dependencia a través de la terapia ocupacional comunitaria*. Febrero, 2015, de Terapia-Ocupacional Sitio web: [http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Atencion\\_dependientes\\_terapia\\_ocupacional\\_comunitaria.pdf](http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Atencion_dependientes_terapia_ocupacional_comunitaria.pdf)
- Galimberti, U. (2002) *Diccionario de Psicología*. Argentina: Siglo XXI Editores.
- Gamboa, A. (2009). *Prevalencia de depresión en el adulto mayor en relación al género*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Enfermería y Obstetricia. Escuela de Enfermería de Zamora. México.
- García, J. (1967). *Estudio Psicológico de la Terapia Ocupacional en Hospitales Psiquiátricos*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Godínez, R. (1989). *La trascendencia de la Terapia Ocupacional en los pacientes del Hospital de ortopedia Magdalena de las Salinas*. Tesis que para obtener el título de Licenciado en Trabajo Social. UNAM Escuela Nacional de Trabajo Social. México.
- González, C. A. (2014). *La Terapia Ocupacional como método terapéutico para mejorar la calidad de vida de adultos mayores que habitan asilos públicos*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

- González, J. (2007). *El diseño Gráfico y las técnicas de representación gráfica como recurso para la elaboración de material didáctico aplicable a Terapia Ocupacional del INP Ramón de la Fuente Muñiz*. Tesis que para obtener el título de Licenciado en Diseño Gráfico. UNAM, Escuela Nacional de Artes Plásticas. México.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud SNS: UETS N° 2006/10.
- Harris, C. A., y D'Eon, J.L. (2007). *Psychometric properties of the Beck Depression Inventory- Second Edition (BDI-II) in individuals with chronic pain*. Pain.
- Herrera, C. (2006). *Comparación entre género y estado conyugal respecto al inventario de Ira- hostilidad, test de ansiedad manifiesta y el test de depresión*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Jimenez, K. (1998). *Diferencias por género en un grupo de personas que acuden a un tratamiento para bebedores problema*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Juárez, S. (2000). *Manual de procedimientos de enfermería sobre Terapia Ocupacional, Terapia de Psicomotricidad y Socioterapia para la atención del paciente con demencia tipo Alzheimer*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Enfermería y Obstetricia. UNAM, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. México.
- Kendler K.S., Kessler R.C., Neale M.C. (1993). *The prediction of major depressive disorder in women: toward an integrated a etiological model*. Am J Psychiatry. 150: 863-870.
- Kielhofner, G. (2004). *Terapia ocupacional: modelo de ocupación humana: teoría y aplicación*. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana.
- Lieb R. (2002). *Parental major depression and other mental disorders in offspring*. Arch Gen Psychiatry. 59:365-374.

- López J., López M. (1997). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV*. Trastornos del estado del ánimo. Primera Edición. Masson. Pp. 593-654.
- Low, G. D., y Hubley, A.M. (2007). *Screening for depression after cardiac events using the beck depression inventory- II and the geriatric depression scale*. Social Indicators Research, 82, 527- 543.
- Macías, R. (1958). *Terapia Ocupacional en psicóticos: el problema en el manicomio general*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Martínez de Alva, G. (1989). *Una casa hogar para ancianos /*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Pedagogía. Universidad Intercontinental. México.
- Matilla, R. (2013). *OBESIDAD Y TERAPIA OCUPACIONAL*. Febrero 17, 2015, de Terapia-Ocupacional Sitio web: [http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Obesidad\\_tratamiento\\_terapia\\_ocupacional.shtml](http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Obesidad_tratamiento_terapia_ocupacional.shtml)
- Miralles, P. M., & Ayuso, D. M. R. (2004). Terapia ocupacional en Salud Mental: la ocupación como entidad, agente y medio de tratamiento. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*, (1), 3.
- Medina- Mora Icaza, M.E., Borges, G., & Lara Muñoz, M. del C. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud mental, Láser*.
- Pain, S., Jarreau, G. (1995). *Una psicoterapia por el arte. Teoría y técnica*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Ramos-Brieva JA, Cordero A. (1986). Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr*, vol 14:324-334.
- Ramos-Brieva JA, Cordero A. (1988). A New validation of the Hamilton Rating Scale for Depression. *J.Psychiatr Res*, vol 22; 21-28.
- Reyes, A. (2010). *Diferencias de género en funcionamiento ejecutivo*. Reporte de experiencia profesional para obtener el grado de Maestra en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

- Rondina, M. (2011). *Narrativa y Terapia Ocupacional: una perspectiva constructivista*. Febrero, 18, 2015, de Terapia Ocupacional Sitio web: [http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Narrativa\\_terapia\\_ocupacional\\_constructivismo\\_Rondina\\_marzo11.pdf](http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Narrativa_terapia_ocupacional_constructivismo_Rondina_marzo11.pdf)
- Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25, 54-67.
- Saenz, R. (2005). *Diferencias de género en los estilos de amor en la relación de la pareja*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Sánchez, A. (2009). *Diferencias de género en la utilización de estrategias de aprendizaje en universitarios: el caso de psicología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M., y Vázquez, C. (2005). *Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck G (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos*. *Clínica y Salud*, 16(2), 121-142.
- Sanz, J., y Navarro, M.E. (2003). *Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios*. *Ansiedad y Estrés*, 9 (1), 59-84.
- Sanz, J., Perdigón, L. A., y Vázquez, C. (2003). *Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck G (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general*. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280.
- Stahl S.M. (2002). *The psychopharmacology of painful physical symptoms in depression*. *J Clin Psychiatry*. 65: 382-383.
- Steer, R. A., Beck, A. T., y Garrison, B. (1986). *Aplications of the Beck Depression Inventory*, en N. Sartorius y T.A. Ban (eds.) *Assessment of Depression* (p. 121-142), Nueva York, Springer Verlag.
- Trejo, M. (1998). *La Terapia Ocupacional, su beneficio en el estado de ánimo de pacientes depresivos internos en el Instituto Mexicano de Psiquiatría, evaluados a través de la escala de depresión de Hamilton*. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

- Tsuang M.t., Bar J.L., Stone W.S., Faraone S.V. (2004). *Gene- environment interactions in metal disorders*. World Psychiatry. 3 (2): 73- 83.
- Valverdi, J. & Alvarez, M. (2012). *Los pacientes adictos y las distintas evaluaciones del desempeño ocupacional en Terapia Ocupacional* . Febrero 17, 2015, de Terapia-Ocupacional Sitio web: [http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Adicciones\\_evaluaciones\\_terapia\\_ocupacional\\_Valverdi\\_mayo13.shtml](http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Adicciones_evaluaciones_terapia_ocupacional_Valverdi_mayo13.shtml)
- Véliz, V. & Uribe L. (2010). *Aportes de la Terapia Ocupacional al Contexto Educativo Inclusivo: Interrelación entre el Enfoque Psicosocial, la Teoría de la Integración Sensorial y acciones de Atención Temprana*. Febrero 2015, de Terapia-Ocupacional Sitio web: [http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Terapia\\_Ocupacional\\_Contexto\\_Educativo\\_Inclusivo\\_Veliz\\_Urbe-Echevarria\\_enero10.pdf](http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Terapia_Ocupacional_Contexto_Educativo_Inclusivo_Veliz_Urbe-Echevarria_enero10.pdf)
- Wickramaratne P.J., Warner V., Weissman M.M. (2000). *Selecting early onset probands for genetic studies: results from a longitudinal high risk study*. Am J Med Genet.96:93-101.
- Willard, H.S., & Spackman, C. S. (2005). *Terapia ocupacional*. E. B. Crepeau, E. S. Cohn, & B.A.B. Schell. Madrid, España: Ed. Médica Panamericana.
- Zuñiga, J. (2007) *Diferencias de género en niños deprimidos de 6 a 12 años*. Tesis para obtener el grado de Especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Apéndice. Escala Autoaplicada para la evaluación de la Depresión de Beck BDI- II

(Tomado de Rojas, 2006)

Elija para cada uno de los siguientes 21 apartados la expresión que mejor refleje su situación actual:

1.

- No estoy triste
- Siento desgana de vivir. Estoy triste
- Siento siempre desgana de vivir, Siempre estoy triste y no lo puedo remediar
- Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que sufro mucho
- Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que no lo puedo soportar más

2.

- No soy demasiado pesimista ni me siento muy desanimado con respecto a mi futuro
- Me siento desanimado por lo que respecta a mi futuro
- Creo que no debo esperar ya nada
- Creo que jamás me librare de mis penas y preocupaciones
- Tengo la impresión de que mi futuro es desesperado y que no mejorará mi situación

3.

- No tengo la sensación de haber fracasado
- Tengo la sensación de haber fracasado más que otras personas
- Creo haber hecho en la vida pocas cosas que valgan la pena
- Si pienso en mi vida veo que no he tenido más que fracasos
- Creo que he fracasado por completo

4.

- No estoy particularmente descontento
- Casi siempre me siento aburrido
- No hay nada que me alegre como me alegraba antes
- No hay nada en absoluto que me proporcione una satisfacción
- Estoy descontento de todo

5.

- No me siento particularmente culpable
- Siento muchas veces que hago las cosas mal o que no valgo nada
- Me siento culpable
- Ahora tengo constantemente la sensación de que hago las cosas mal o de que no valgo nada
- Considero que soy muy malo, que hago todo muy mal y que no valgo absolutamente nada

6.

- No tengo la impresión de merecer un castigo
- Creo que me podría pasar algo malo
- Tengo la impresión de que ahora, o muy pronto voy a ser castigado
- Creo que merezco ser castigado
- Quiero ser castigado

7.

- No estoy descontento de mí mismo
- Estoy descontento de mí mismo
- No me gusto a mí mismo
- No me soporto a mí mismo
- Me odio

8.

- No tengo la impresión de ser peor que los demás
- Tengo muy en cuenta mis propias faltas y mis propios defectos
- Me hago reproches por todo lo que no sale bien
- Tengo la impresión de que mis defectos son muchos y muy grandes
- Me siento culpable de todo lo malo que ocurre

9.

- No pienso, ni se me ocurre quitarme la vida
- A veces se me ocurre que podría quitarme la vida pero no lo haré
- Pienso que sería preferible que me muriese
- He planeado como podría suicidarme
- Creo que sería mejor para mi familia que yo me muriese

- Si pudiese, me suicidaría
- 10.
- No lloro más de lo corriente
  - Llora con mucha frecuencia, más de lo corriente
  - Me paso todo el tiempo llorando y no puedo dejar de hacerlo
  - Ahora ya no puedo llorar, aunque quisiera, como lo hacía antes
- 11.
- No me siento más irritado que de costumbre
  - Me enfado o me irrito con más facilidad que antes
  - Estoy constantemente irritado
  - Ahora no me irritan ni siquiera las cosas que antes me enfadaban
- 12.
- No he perdido el interés por los demás
  - Me intereso por los demás menos que antes
  - He perdido casi por completo el interés hacia los demás y siento poca simpatía por otras personas
  - Los demás no me interesan nada y todo el mundo me es totalmente indiferente
- 13.
- Tengo la misma facilidad que antes para tomar decisiones
  - Ahora me siento menos seguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones
  - Ya no puedo tomar decisiones sin que me ayude alguien a hacerlo
  - Ahora me siento completamente incapaz de tomar ninguna decisión, sea lo que sea
- 14.
- No tengo la impresión de presentar peor aspecto que de costumbre
  - Temo que mi aspecto cause mala impresión o parecer aviejado
  - Tengo la impresión de presentar cada vez peor aspecto
  - Tengo la impresión de que mi aspecto es feo, desagradable y repulsivo
- 15.
- Trabajo con la misma facilidad de siempre
  - Ahora me cuesta más esfuerzo que antes ponerme a trabajar
  - Ya no trabajo bien como antes

- Tengo que hacer un gran esfuerzo para realizar cualquier cosa
- Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea

16.

- Duermo tan bien como de costumbre
- Por la mañana me levanto más cansado que de costumbre
- Me despierto una o dos horas más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir
- Me despierto tan cansado que soy incapaz de hacer nada, por poco esfuerzo que cueste

17.

- No me canso antes que de costumbre
- Me canso más pronto que antes
- Cualquier cosa que haga me cansa
- Me siento tan cansado que soy incapaz de hacer nada por poco esfuerzo que cueste

18.

- Mi apetito no es peor que de costumbre
- No tengo tanto apetito como antes
- Tengo mucho menos apetito que antes
- No tengo en absoluto ningún apetito

19.

- No he perdido peso y si lo he perdido, es desde hace poco tiempo
- He perdido más de dos kilos de peso
- He perdido más de cuatro kilos de peso
- He perdido más de siete kilos de peso

20.

- Mi salud no me preocupa más que de costumbre
- Me preocupo constantemente por mis molestias físicas y mis malestares
- Mis molestias físicas me preocupan tanto que me resulta difícil pensar en cualquier cosa
- No hago nada más que pensar en mis molestias físicas

21.

- No he notado que desde hace poco haya cambiado mi interés por los asuntos sexuales
- Me intereso menos que antes por cuestiones relativas al sexo
- Me intereso ahora mucho menos que antes por todo lo que se refiere al sexo
- He perdido todo mi interés por las cosas del sexo

#### Puntuaciones y valoración

1.

0. No estoy triste

1. Siento desgana de vivir. Estoy triste

2. Siento siempre desgana de vivir, Siempre estoy triste y no lo puedo remediar

2. Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que sufro mucho

3. Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que no lo puedo soportar más

2.

0. No soy demasiado pesimista ni me siento muy desanimado con respecto a mi futuro

1. Me siento desanimado por lo que respecta a mi futuro

2. Creo que no debo esperar ya nada

2. Creo que jamás me librare de mis penas y preocupaciones

3. Tengo la impresión de que mi futuro es desesperado y que no mejorará mi situación

3.

0. No tengo la sensación de haber fracasado

1. Tengo la sensación de haber fracasado más que otras personas

2. Creo haber hecho en la vida pocas cosas que valgan la pena

2. Si pienso en mi vida veo que no he tenido más que fracasos

3. Creo que he fracasado por completo

4.

0. No estoy particularmente descontento

1. Casi siempre me siento aburrido

1. No hay nada que me alegre como me alegraba antes

2. No hay nada en absoluto que me proporcione una satisfacción
  3. Estoy descontento de todo
- 5.
0. No me siento particularmente culpable
  1. Siento muchas veces que hago las cosas mal o que no valgo nada
  2. Me siento culpable
  2. Ahora tengo constantemente la sensación de que hago las cosas mal o de que no valgo nada
  3. Considero que soy muy malo, que hago todo muy mal y que no valgo absolutamente nada
- 6.
0. No tengo la impresión de merecer un castigo
  1. Creo que me podría pasar algo malo
  2. Tengo la impresión de que ahora, o muy pronto voy a ser castigado
  3. Creo que merezco ser castigado
  3. Quiero ser castigado
- 7.
0. No estoy descontento de mí mismo
  1. Estoy descontento de mí mismo
  1. No me gusto a mí mismo
  2. No me soporto a mí mismo
  2. Me odio
- 8.
0. No tengo la impresión de ser peor que los demás
  1. Tengo muy en cuenta mis propias faltas y mis propios defectos
  2. Me hago reproches por todo lo que no sale bien
  2. Tengo la impresión de que mis defectos son muchos y muy grandes
  3. Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
- 9.
0. No pienso, ni se me ocurre quitarme la vida
  1. A veces se me ocurre que podría quitarme la vida pero no lo haré
  2. Pienso que sería preferible que me muriese

2. He planeado como podría suicidarme
  2. Creo que sería mejor para mi familia que yo me muriese
  3. Si pudiese, me suicidaría
- 10.
0. No lloro más de lo corriente
  1. Llora con mucha frecuencia, más de lo corriente
  2. Me paso todo el tiempo llorando y no puedo dejar de hacerlo
  3. Ahora ya no puedo llorar, aunque quisiera, como lo hacía antes
- 11.
0. No me siento más irritado que de costumbre
  1. Me enfado o me irrito con más facilidad que antes
  2. Estoy constantemente irritado
  3. Ahora no me irritan ni siquiera las cosas que antes me enfadaban
- 12.
0. No he perdido el interés por los demás
  1. Me intereso por los demás menos que antes
  2. He perdido casi por completo el interés hacia los demás y siento poca simpatía por otras personas
  3. Los demás no me interesan nada y todo el mundo me es totalmente indiferente
- 13.
0. Tengo la misma facilidad que antes para tomar decisiones
  1. Ahora me siento menos seguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones
  2. Ya no puedo tomar decisiones sin que me ayude alguien a hacerlo
  3. Ahora me siento completamente incapaz de tomar ninguna decisión, sea lo que sea
- 14.
0. No tengo la impresión de presentar peor aspecto que de costumbre
  1. Temo que mi aspecto cause mala impresión o parecer aviejado
  2. Tengo la impresión de presentar cada vez peor aspecto
  3. Tengo la impresión de que mi aspecto es feo, desagradable y repulsivo

15.

- 0. Trabajo con la misma facilidad de siempre
- 1. Ahora me cuesta más esfuerzo que antes ponerme a trabajar
- 1. Ya no trabajo bien como antes
- 2. Tengo que hacer un gran esfuerzo para realizar cualquier cosa
- 3. Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea

16.

- 0. Duermo tan bien como de costumbre
- 1. Por la mañana me levanto más cansado que de costumbre
- 2. Me despierto una o dos horas más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir
- 3. Me despierto tan cansado que soy incapaz de hacer nada, por poco esfuerzo que cueste

17.

- 0. No me canso antes que de costumbre
- 1. Me canso más pronto que antes
- 2. Cualquier cosa que haga me cansa
- 3. Me siento tan cansado que soy incapaz de hacer nada por poco esfuerzo que cueste

18.

- 0. Mi apetito no es peor que de costumbre
- 1. No tengo tanto apetito como antes
- 2. Tengo mucho menos apetito que antes
- 3. No tengo en absoluto ningún apetito

19.

- 0. No he perdido peso y si lo he perdido, es desde hace poco tiempo
- 1. He perdido más de dos kilos de peso
- 2. He perdido más de cuatro kilos de peso
- 3. He perdido más de siete kilos de peso

20.

0. Mi salud no me preocupa más que de costumbre
1. Me preocupo constantemente por mis molestias físicas y mis malestares
2. Mis molestias físicas me preocupan tanto que me resulta difícil pensar en cualquier cosa
3. No hago nada más que pensar en mis molestias físicas

21.

0. No he notado que desde hace poco haya cambiado mi interés por los asuntos sexuales
1. Me intereso menos que antes por cuestiones relativas al sexo
2. Me intereso ahora mucho menos que antes por todo lo que se refiere al sexo
3. He perdido todo mi interés por las cosas del sexo

Interpretación de puntajes.

- De 0 a 9 puntos: no deprimidos.
- De 10 a 15 puntos: ligeramente deprimidos.
- De 16 a 24 puntos: moderadamente deprimidos.
- De 25 a 62 puntos: gravemente deprimidos

## Anexo 1

## Actividades artísticas

Las actividades artísticas que se realizarán durante 20 sesiones en un lapso de 20 días 5 veces por semana con una duración de dos horas cada sesión serán:

Actividad Artística	Material
CAJA O ALHAJERO DE MADERA	Abatelenguas o palitos de madera (de paleta), pegamento blanco, pinturas plásticas, acrílicas y/o acuarelas.
CANASTAS DE PAPEL	Pliegos de varios colores de papel crepé, tijeras, lápiz adhesivo, circunferencias de cartulina.
CASCARONES DECORADOS	Cascarones completos de huevo, pinturas acrílicas varios colores, pinceles, plastilina varios colores, laca en spray.
DECORADO EN CERÁMICA	Figuras de cerámica de distintas formas, pinturas acrílicas de varios colores, laca en spray y pinceles.
DIBUJOS DE DIAMANTINA ENMARCADOS	Hojas de cartulina tamaño media carta, diamantina de varios colores, pegamento blanco, lápices, palitos de madera y lápices de colores.
FIGURAS DE HARINA RELLENAS DE GLOBO	Globos de diferentes colores, harina de trigo, cucharitas de plástico, estambre en varios tonos, pinturas plásticas de diferentes colores.

FIGURAS DE PAPEL MACHÉ	Engrudo preparado (harina y agua), globos, papel periódico cortado en pedazos chicos, pinturas acrílicas varios colores, brochas, pinceles, cartones de huevo.
MIGAJÓN	Pan Bimbo, resistol blanco, crema para manos, pinturas acrílicas de varios colores, pinceles, laca en spray.
MODELADO DE FIGURAS EN HOJAS DE MAÍZ	Hojas de maíz remojadas en agua, bolitas de unicel, estambre de colores y tijeras.
MOLDEADO EN ALGODÓN	Algodón, gis de colores en polvo, talco para bebé, pegamento blanco, abatelenguas.
PINTURAS CON CASCARÓN	Dibujos tamaño carta, cascarón de huevo en trozos pequeños, agua en recipientes individuales, pinceles y acuarelas.
PINTURA DE TRASFONDO	Tinta china negra, crayolas, hojas de cartulina tamaño carta, palillos de madera.
PINTURA DIGITAL	Pinturas digitales de varios colores, hojas de cartulina tamaño carta.
PINTURA PLÁSTICA	Pintura plástica de varios colores, cortes individuales tamaño carta de yute, lápices
PINTURA PLASTICA/ GRIS	Varios colores de pintura plástica, yute tamaño carta, gises de colores,

	lápices.
PINTURA CON CABALLETES	Caballetes, acuarelas, pinceles, hojas de cartulina grandes, agua en recipientes individuales.
PORTALÁPICES	Cartones de leche cortados por la mitad, aserrín, pegamento blanco, acuarelas, pinceles.
PORTARETRATOS	Tela de algodón, papel cascarón (o cualquier cartón rígido), algodón, lápiz adhesivo (Pritt).
SEGUNDA DIMENSIÓN	Varios pares de dibujos tamaño carta, lápices de colores, algodón, resistol blanco, abatelenguas y tijeras.
SEPARADORES DE LIBRO Y/O MANTELES INDIVIDUALES	Pliegos de papel corcho, tijeras, lápices, pinturas plásticas de varios colores.
VITRALES	Papel cartoncillo, papel celofán varios colores, lápiz adhesivo, gises, lápices de colores y tijeras.

---

#### Actividades recreativas-lúdicas

Las actividades recreativas-lúdicas que se realizará durante 20 sesiones en un lapso de 20 días 5 veces por semana con una duración de dos horas cada sesión será:

- JUEGOS DE MESA: domino, memorama, lotería, jenga, baraja.
- JUEGOS o DEPORTES: voleibol, futbol, ping-pong, aros y badminton.
- DINÁMICAS DE JUEGO.

## Anexo 2 Programa de actividades

Programa de Actividades Artísticas para grupo A1 de hombres y grupo A2 de mujeres.

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Semanas					
<b>Primera</b>	pintura digital	moldeado en algodón	canastas de papel	pintura plástica	figuras de papel maché
<b>Segunda</b>	Migajón	caja o alhajero de madera	pinturas con cascarón	dibujos de diamantina enmarcados	decorado en cerámica
<b>Tercera</b>	modelado de figuras en hojas de maíz	portarretratos	pintura de trasfondo	cascarones decorados	pintura plástica/gris
<b>Cuarta</b>	pintura con caballetes	figuras de harina rellenas de globo	segunda dimensión	separadores de libro y/o manteles individuales	vitrales

Programa de Actividades recreativas-lúdicas para grupo B1 de hombres y grupo B2 de mujeres.

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
<b>Primera</b>	Juegos de mesa	Juegos o Deportes	Dinámicas de juego	Juegos de mesa	Juegos o Deportes
<b>Segunda</b>	Dinámicas de juego	Juegos de mesa	Juegos o Deportes	Dinámicas de juego	Juegos de mesa
<b>Tercera</b>	Juegos o Deportes	Dinámicas de juego	Juegos de mesa	Juegos o Deportes	Dinámicas de juego
<b>Cuarta</b>	Juegos de mesa	Juegos o Deportes	Dinámicas de juego	Juegos de mesa	Juegos o Deportes

## Anexo 3. Puntajes brutos

Puntajes brutos de cada grupo antes y después de la TO.

## Grupo C1 (Hombres, grupo control)

Participante	Test	Re- test
1	37	26
2	56	34
3	34	26
4	38	26
5	56	42
6	42	31
7	42	26
8	37	26
9	38	26
10	42	34
11	56	42
12	42	34
13	42	26
14	38	34
15	34	26

## Grupo C2 (Mujeres, grupo control)

Participante	Test	Re- test
1	56	42
2	56	42
3	54	42
4	42	39
5	42	34
6	56	42
7	42	34
8	54	42
9	56	42
10	42	39
11	54	42
12	54	39
13	42	34
14	54	42
15	56	42

## Grupo A1 (Hombres, actividades artísticas)

Participante	Test	Re- test
1	37	25
2	34	25
3	37	22
4	38	25
5	34	22
6	42	28
7	42	28
8	38	25
9	38	25
10	42	28
11	56	42
12	38	28
13	42	25
14	56	28
15	56	28

## Grupo A2 (Mujeres, actividades artísticas)

Participante	Test	Re- test
1	42	17
2	56	22
3	54	22
4	42	17
5	56	22
6	54	22
7	56	22
8	42	17
9	54	22
10	55	17
11	54	17
12	54	22
13	55	39
14	42	17
15	56	22

## Grupo B1 (Hombres, actividades recreativas-lúdicas)

Participante	Test	Re-test
1	37	12
2	37	16
3	42	22
4	34	12
5	56	16
6	42	22
7	38	16
8	38	16
9	38	16
10	34	12
11	42	16
12	56	22
13	42	16
14	38	16
15	38	16

## Grupo B2 (Mujeres, actividades recreativas-lúdicas)

Participante	Test	Re-test
1	56	26
2	54	26
3	54	26
4	55	42
5	56	26
6	54	26
7	42	22
8	54	26
9	54	22
10	42	22
11	54	26
12	56	26
13	42	26
14	54	26
15	42	26