

263
2 es.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

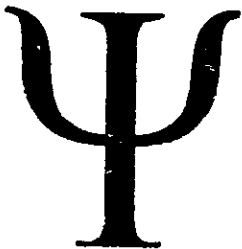
FACULTAD DE PSICOLOGIA

**LA TERAPIA OCUPACIONAL, SU BENEFICIO EN EL
ESTADO DE ANIMO DE PACIENTES DEPRESIVOS
INTERNOS EN EL INSTITUTO MEXICANO DE
PSIQUIATRIA, EVALUADOS A TRAVES DE LA
ESCALA DE DEPRESION DE HAMILTON.**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
MARIA GUADALUPE TREJO CORONA**

**DIRECTORA Y ASESORA METODOLOGICA:
LIC. BLANCA ELENA MANCILLA GOMEZ**



MEXICO, D. F. CIUDAD UNIVERSITARIA

1998

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

257509



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimiento

Al ver finalizada esta labor académica, resultado del esfuerzo propio y el apoyo de gente valiosa, vaya una manifestación de gratitud a todos quienes de alguna manera contribuyeron a este logro.

A todos los profesores que a lo largo de mi formación académica me compartieron sus conocimientos y experiencias, a la Universidad Nacional Autónoma de México, al igual que a la Facultad de Psicología, mi reconocimiento y orgullo.

A mi directora y asesora de tesis Lic. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ por su profesionalismo e interés en este estudio, también Muchas gracias a la Mtra. Fayne Esquivel A., Lic. Rosario Muñoz C., Lic. Juan Carlos Muñoz B. así como a la Lic. Patricia Moreno W. quienes fungieron como sinodales del mismo, por la atención y tiempo dedicado.

Al Instituto Mexicano de Psiquiatría, en especial al Dr. RAMÓN DE LA FUENTE, al Dr. GERARDO HEINZE M. y

al Lic. JAVIER TORRES TORIJA C. por el espacio brindado y la oportunidad de desarrollo profesional; así como al Dr. ENRIQUE CHÁVEZ por su valiosa colaboración.

Agradezco también al C.P. LEÓN M. CHÁVEZ AMAYA de la D.G.E.T.I. por el tiempo valioso con que conté para elaborar este trabajo.

Pero principalmente le estoy agradecida a los Pacientes que intervinieron en esta investigación, ya que sin ellos no hubiera sido posible llevarla a cabo.

MARIA GUADALUPE TREJO C.

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

Indice

Resumen	1
Introducción	3
Justificación	6
Objetivo	8
Estructura	10

Marco Teórico

Capítulo 1 La Terapia Ocupacional

1.1. Antecedentes	12
1.2. ¿Qué es la Terapia Ocupacional?	18
1.3. Recreación	24
1.4. Rehabilitación	31

Capítulo 2 Depresión

2.1. Antecedentes de la Depresión.....	35
2.2. ¿Qué es un trastorno depresivo?.....	38
2.3. Tipos de depresión.....	41
2.4. Causas de la depresión.....	43
2.5. Síntomas de Depresión.....	52
2.6. Depresión Mayor.....	58
2.7. Criterios Diagnósticos del DSM-IV para Depresión Mayor.....	62
2.8. Escalas para medir la Depresión.....	65
2.9. Escala de Hamilton.....	67

Capítulo 3 La Terapia Ocupacional en el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP)

3.1. Antecedentes del IMP	69
3.2. Aplicación de la Terapia Ocupacional en el IMP.....	75

3.3. Características, responsabilidades y lineamientos del terapeuta ocupacional..... 80

Método

Planteamiento del problema.....	85
-Hipótesis	
-Variables	
-Tipo de estudio	
-Muestra	
-Criterios de exclusión	
-Escenario	
-Instrumento	
-Procedimiento	

Estadísticas

Procedimiento Estadístico	92
Conclusion	96
Sugerencias	99
Limitantes de la Investigación.....	101

Anexo "A"	
Escala de Depresión de Hamilton.....	103
Anexo "B"	
Cuadro de actividades y material de la Terapia Ocupacional en el IMP.....	106
Anexo "C"	
Calendario de actividades de Terapia Ocupacional realizadas en esta investigación.....	108
Anexo "D"	
Organigrama general del IMP.....	110
Anexo "E"	
Plano de ubicación de áreas del IMP.....	112
Bibliografía.....	114

Resumen

El presente estudio permitió el trabajo de un tema interesante en el ámbito de la psicología clínica llamado terapia ocupacional, importante y útil dentro de Instituciones de salud, Hospitales, Centros de Rehabilitación, etc.

El propósito de esta investigación fue haber valorado el beneficio de la terapia ocupacional 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.

Para llevar a cabo lo anterior, se seleccionaron de forma aleatoria 33 sujetos de la población existente de pacientes, cuyo diagnóstico fue trastorno depresivo mayor (Depresión), de acuerdo a los criterios del DSM-IV

Posteriormente se formaron dos grupos: uno experimental y otro control, el primero recibió tratamiento farmacológico y la terapia ocupacional dedicando 20 sesiones a cada paciente, de tres horas cada sesión,

cinco veces por semana, durante cuatro semanas continuas; mientras tanto el grupo control fue excluido de la terapia ocupacional siendo tratado únicamente con fármacos, durante el mismo lapso de tiempo.

Al inicio del estudio, la escala les fue aplicada a los pacientes de cada grupo, al momento de ingresar al Instituto (pretest) y al final de la investigación (postest).

En ambos grupos al final de las evaluaciones se pudo apreciar mejoría clínica (cambios en el estado de ánimo), pero al comparar ésta mejoría se observó que el grupo experimental mostró un beneficio anímico, clínica y estadísticamente mas significativo.

Introducción

A la serie de acciones que permiten relajar, divertir, y distraer la atención humana de las actividades rutinarias, se le conoce como recreación, ésta ha existido desde las mas remotas épocas cuando el hombre ideó actividades diferentes a sus labores diarias.

Mediante estudios psicológicos se ha podido observar que la recreación es una actividad necesaria para conservar un adecuado equilibrio emocional, ya sea como espectador o como actor, por ejemplo, en el juego se pueden canalizar cargas de energía reprimida, tales como la agresividad, problemas con la autoridad, la necesidad de compensar sentimientos de inferioridad, dando así salida a un torrente de impulsos que de otra manera quedarían bloqueados produciendo tensiones.

La recreación debe entenderse como un elemento de rehabilitación importante dentro del tratamiento de pacientes depresivos. En la terapia ocupacional se realizan actividades que permiten al individuo utilizar productivamente sus habilidades, aptitudes y energías,

reflejando todo ello en manualidades y trabajos creativos, que una vez terminados ofrezcan una satisfacción personal, sintiéndose en armonía con las personas que se encuentran a su alrededor, cubriendo de esta manera las necesidades humanas básicas de adaptación, creatividad, toma de decisiones, autonomía, conocimiento de si mismo e interacción social.

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

Es significativo también que en ocasiones los mismos pacientes propongan actividades nuevas para enriquecer la terapia ocupacional, en relación a esto es recomendable considerar sus inquietudes, ya que

despertar su interés por emprender alguna cosa forma parte de su recuperación.

El terapeuta ocupacional puede desarrollar su trabajo en hospitales generales, psiquiátricos y de mayor especialización, como son los centros ortopédicos infantiles, de educación especial, de rehabilitación, etc.

Justificación

La terapia ocupacional es vista como un elemento auxiliar de rehabilitación en diversos hospitales, sin embargo no se le llega a otorgar la importancia que merece como factor de mejoría emocional e integración social, particularmente tratándose de pacientes internos en hospitales psiquiátricos.

Las personas que ingresan a un centro psiquiátrico con algún diagnóstico como por ejemplo: depresión, muestran un claro desinterés por todo, inclusive por la misma vida, que para ellos es algo poco atractivo; en estos casos la labor que se realiza con la terapia ocupacional adquiere gran trascendencia, rescatando actividades sencillas, a veces, tal vez demasiado obvias o que pueden parecer hasta infantiles, sin embargo ahí reside su valor, claro está que existen actividades con un grado de dificultad mayor que otras, que por ende requieren de mas creatividad, concentración, coordinación motora, etc.

La intención de la terapia ocupacional es lograr que el paciente perciba lo que tiene a su alrededor, que capte el valor de las cosas más triviales, que se de cuenta que la vida vale la pena, que existen materiales que están al alcance de la mano de cualquier persona sin ser costosos y que al invertir en ellos un poco de tiempo, trabajo e ingenio se pueden transformar en cosas útiles, generando a la vez un sentimiento de satisfacción por lo creado y no solo eso, también se puede observar en el paciente: alegría, emoción, placer, júbilo, risa etc. tantas expresiones que a veces el hombre olvida poner en práctica por el acelerado ritmo de la vida moderna.

Por todo lo anterior, se decidió trabajar acerca de este interesante tema y de este modo poder resaltar la importancia que posee la terapia ocupacional en general, y en particular, como beneficio en el estado de ánimo de pacientes depresivos internos, en el Instituto Mexicano de Psiquiatría; es decir, se buscó que ésta investigación tuviera un doble carácter: informativo y concientizador, para proporcionar conocimientos útiles a personas interesadas en el tópico, principalmente a profesionales de la psicología.

Objetivo

Existen muchos factores que están en juego, para que un paciente depresivo de carácter interno se rehabilite y sea dado de alta satisfactoriamente. Desde su ingreso al Instituto, se intenta proporcionar una atención integral y profesional en las entrevistas previas, trámites administrativos de ingreso, estudios clínicos, hospitalización, manejo médico y psiquiátrico, etc.; la terapia ocupacional forma parte también de esa atención como factor auxiliar de rehabilitación, sin embargo tal vez sea el de menor reconocimiento en relación a la recuperación de los pacientes.

Es por lo anterior que el objetivo de esta investigación es: resaltar la importancia que tiene la terapia ocupacional, aplicada a pacientes internos diagnosticados con trastorno de depresión mayor, en el Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Se busca destacar el beneficio que causa dicha terapia, en el ánimo de los sujetos que conforman el estudio, considerando el hecho de que la terapia ocupacional no

es por si sola una panacea, sino parte de un tratamiento integral, donde diversos elementos coadyuvan en beneficio de la salud física y mental del paciente.

Estructura

La presente investigación consta de dos partes. La primera parte está integrada por tres capítulos los cuales conforman el marco teórico. En el capítulo 1 "La Terapia Ocupacional", se pretendió ofrecer un panorama teórico sobre el tema, asimismo se incluyeron elementos inherentes a la terapia ocupacional, como es el caso de la recreación y la rehabilitación.

Tomando en cuenta que este estudio fue realizado con base en pacientes depresivos, en el capítulo 2 "Depresión", la idea fue profundizar acerca de dicho padecimiento, para así comprender propiamente esta investigación en todas sus dimensiones.

Considerando que en toda investigación, es importante tener presentes factores tales como el espacio físico donde se desarrolló la misma, las características particulares de la institución involucrada, etc.; el capítulo 3 "La Terapia Ocupacional en el Instituto Mexicano de Psiquiatría", pretendió ubicar y describir en que

condiciones y bajo que parámetros se realizó este trabajo.

La segunda parte de ésta investigación es la fase práctica, la cual está contenida en el apartado del "método", y posee también gran importancia.

"Resultados de la investigación" es el apartado en el cual se reflejaron las conclusiones obtenidas al término de la misma, así como las consideraciones finales que se pensaron oportunas de hacer.

La serie de anexos que cierran este trabajo, buscaron cumplir la importante función de ser material de apoyo y consulta.

Marco Teórico

Capítulo 1 La Terapia Ocupacional

1.1. Antecedentes

Las primeras manifestaciones de terapia mediante la ocupación fue en el periodo de la magia (660 a.c.), donde se dice que Henesto, maltratado y repudiado por su madre, fue rescatado por Tetis y Eurínome quienes le dieron el equipo necesario para realizar trabajos manuales de habilidad, que fueron una ocupación lucrativa.

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

Cornelius Ceelsus, aparte de su contribución al estudio de la anatomía y medicina, recomendaba lo que quizás podría calificarse como ejercicio ocupacional, para

mantenerse en buena salud como: cazar, manejar armas, juego de pelota, etc.; recomendaba la práctica de ocupaciones adecuadas al temperamento de cada uno y sugiriendo que algunas enfermedades debían tratarse indirectamente, mediante métodos que en términos modernos se les denomina tratamiento de conducta.

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

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

Entre 1700 y 1850 tuvieron lugar nuevos avances en Psicología, Anatomía y Fisiología. Al mismo tiempo se

llevaron a cabo descubrimientos relacionados con la actividad del sistema nervioso, con lo cual diferenciaron actividad refleja y volitiva, lo que originó que el tratamiento fuera más complejo y especializado.

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

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

A finales del siglo XIX existía sobre todo en Estados Unidos, una notable controversia acerca de cual era el mejor

nombre para designar el servicio y quién sería la persona mas idónea para dirigirlo. "En 1914 Eva Charlotte Reid sugirió el nombre de Ergoterapia, proponiéndose también otros nombres como el de tratamiento moral". 7

La terapia ocupacional como profesión nace en América y Canadá donde, en los años de 1918-19, se desarrollaron cursos breves para enseñar al personal a tratar heridos de guerra. Antes en 1917, la Sociedad Nacional para la Promoción de la terapéutica ocupacional (que mas tarde llegó a ser la American Occupational Therapy Association) fue organizada y a través de los años, el trabajo se incrementó para cubrir necesidades.

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

sutiles del Dr. L. Cocly Marsh, relativos a los programas de acción terapéutica actual.

Fue George Barton de Clifton Springs quien creó el término "Terapéutica Ocupacional", difícil de superar si se toma en su sentido mas amplio y completo.

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

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

ocupacional. Todos los tratamientos se encontraban bajo prescripción médica, pero la utilización de ocupaciones y técnicas a emplear quedaban a discreción del terapeuta.

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

1.2 ¿ Que es la terapia ocupacional ?

Para H. B. English y A. Ch. English, terapia ocupacional es definida como: "tratamiento de los trastornos donde al paciente se le designa un trabajo a propósito para hacer". 7

Para Dorch, terapia ocupacional es definida como: "el equivalente en muchas de sus modalidades a la terapéutica por el trabajo y a la terapéutica por el juego, ocupaciones que se proponen la derivación y liberación de tensiones y el mejoramiento del contacto interpersonal". 6

La terapia ocupacional es el conjunto de técnicas que se basan en la actividad creadora del sujeto, por ejemplo: dibujo, moldeado de materiales, pintura, teatro aficionado, etc.; es el arte de dirigir la participación del hombre en determinadas labores para restablecer, reforzar, intensificar y facilitar la obtención de los conocimientos prácticos y el aprendizaje de las funciones indispensables para su adaptación y productividad; reducir o corregir su patología y conservar su salud.

La terapia ocupacional se puede definir como "el hacer", como "una actividad intencionada", es la participación en el trabajo lo que mantiene el interés para lograr un fin. El interés favorece el deseo del enfermo para conseguir estimular el esfuerzo y con el éxito se logran posteriores nuevos estímulos.

La terapia ocupacional en las enfermedades mentales, requiere básicamente el estudio de la psicología y la psiquiatría, así como de la misma terapia ocupacional ya que no solo procura la distracción del enfermo, sino que sus actividades están dirigidas de forma que colaboran a restaurar la función alterada.

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

Debe crearse un ambiente lo mas normal posible en lo referente a la terapia ocupacional, de tal manera que los pacientes no se sientan tentados a refugiarse en estados de sobreprotección, y estén mejor preparados

para enfrentarse a las exigencias de la vida extrahospitalaria.

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

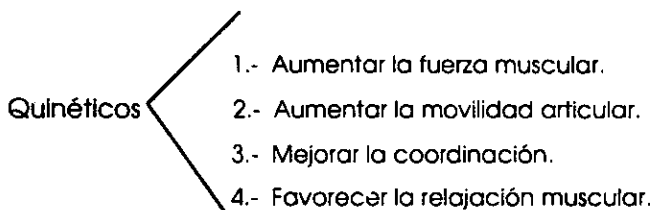
Para los pacientes psiquiátricos, la terapia ocupacional no solamente implica este aspecto normal de la vida, sino que puede aumentar la resistencia al desánimo a través de las relaciones personales satisfactorias, mediante la adquisición de nuevas aptitudes, perfeccionamiento de las poco utilizadas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

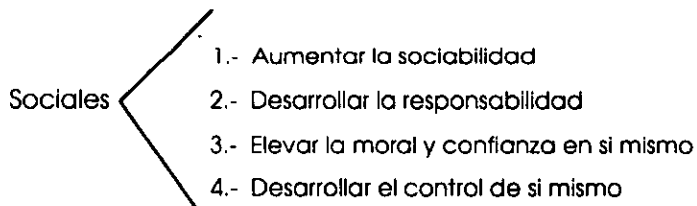
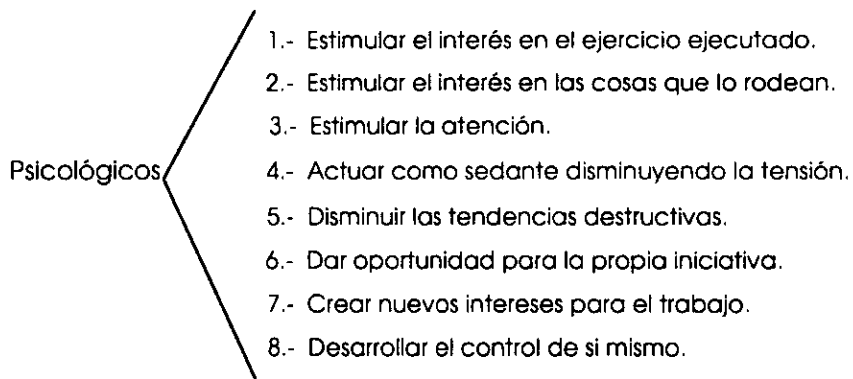
Una ocupación por si sola no puede curar a un enfermo, lo que le hace progresar es la utilización que pueda hacer de ella, a través de la relación establecida con el

terapeuta y con los demás pacientes, la ocupación es entonces sólo un instrumento terapéutico; la práctica de una actividad puede utilizarse para mejorar las relaciones sociales, para observación particular de un paciente o cuando sea solicitado por el médico como ayuda para el diagnóstico.

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

Los objetivos de la terapia ocupacional se pueden clasificar según Lindermann en:

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



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

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

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

1.3 Recreación

Uno de los aspectos que están inmersos en la terapia ocupacional es la recreación, que es toda actividad humana en la cual se invierte tiempo, energía física y mental con un fin terapéutico. La recreación como tal ha existido desde siempre, la raza humana a lo largo del tiempo, ha buscado actividades diferentes a sus tareas cotidianas, de esta forma la recreación actúa en el hombre, como una medicina que dará salida a tensiones que obstaculizan el buen desarrollo físico y mental.

Desde el punto de vista físico, la recreación descarga energías excedentes, perfecciona la coordinación neuromuscular y contribuye a su desarrollo. Desde el punto de vista psicológico, beneficia la salud mental del individuo, cumple un fin terapéutico al proporcionar canales de descarga para las tensiones emocionales; desde el punto de vista social, da oportunidad para satisfacer la necesidad de interacción social, facilitando cierto adiestramiento moral y ético.

Mediante la recreación se perfeccionan los órganos sensoriales y motores así como el desarrollo de capacidades como la memoria, el aprendizaje, la percepción, la organización, la atención, concentración, relajación, etc.; al mismo tiempo integra al sujeto al contexto en que se desarrolla.

Por otra parte algunas de las condiciones psicodinámicas de la recreación, sugieren que las actividades sean naturales y permitan al paciente expresar su propia personalidad sin inhibiciones, que sea libre y expresiva, que produzca cierto placer en su ejecución y que también sirva para la extroversión y comunicación social.

Es necesario además que la recreación sea voluntaria, constructiva, que sea cooperativa (en equipo) para desarrollar sentimientos y obligaciones de grupo, la recreación como tal mantiene vivo el interés del paciente en todo momento.

Las actividades recreativas tienen una amplia extensión y prácticamente recogen la casi totalidad de trabajos que puedan practicarse como entrenamiento o juego.

El juego es parte fundamental de la recreación, constituye dos aspectos: uno individual que contribuye a perfeccionar los órganos sensoriales y motores, así como desarrollar capacidades como la memoria, el aprendizaje, y la percepción; otro destinado a poner al sujeto en relación social.

El juego es una actividad voluntaria realizada dentro de ciertos límites fijados de tiempo y espacio, que siguen una regla libremente aceptada pero completamente imperiosa, acompañada de un sentimiento de tensión y alegría y una conciencia de ser algo diferente de lo que es la vida diaria.

Los juegos se podrían clasificar según Heinelt en :

- 1.- **Juegos Verbales e imitativos** (ej. trabalenguas)
- 2.- **Juegos intelectuales** (ej. ajedrez, memorama, damas)

- 3.- **Juegos de expresión y creatividad** (ej. dibujo, pintura)
- 4.- **Juegos de habilidad** (ej. juegos de pelota)

Las actividades artísticas creadoras (plásticas y artesanales) constituyen un apartado importante dentro de la recreación, desde el momento de su inicio y práctica, suponen la obtención de ciertos fines en el paciente, es decir sirven para exteriorizar diversas situaciones y problemas surgidos por su padecimiento, estimulan el uso de la personalidad total siendo de un gran valor integrativo. El proceso de creación refuerza el empleo de objetos tangibles y sirve como elemento de realidad, lo cual facilita una posterior integración social.

La creatividad como elemento principal en las actividades manuales, permite aumentar las potencialidades psicomotrices del sujeto, la coordinación y el autoconocimiento.

Es muy común que el paciente sienta atracción por ciertas actividades manuales, aunque todas ellas tengan

una aportación en común, cada una puede cubrir las necesidades o expectativas particulares de cada sujeto, de ahí la importancia de elegir determinadas actividades; para ello se debe tener en cuenta el estado de ánimo del paciente, sus deficiencias y aptitudes, así como los recursos materiales disponibles, etc.

Existen actividades como el moldeado de materiales (barro o plastilina) que engendran por si mismas la creación, aún mas que en otras actividades manuales. La representación mental del objeto que se desea ver surgir de las propias manos es indispensable, el paciente que concluye un trabajo manual, lo hace en base a concentración y perseverancia.

“Quien dice creación, dice también liberación y proyección” **20**, con frecuencia se verá mediante la creación, la expresión de deseos y conflictos del individuo, lo que nos ayuda a delimitar su personalidad y a observar su conducta, durante su estancia en el Instituto.

Se pueden observar pacientes que participan con mucha regularidad en ciertas actividades manuales, otros cada tanto o nunca, sin embargo éstos últimos pueden adquirir la motivación de participar, al ver trabajar a sus compañeros y más aún al ver los trabajos terminados.

En las actividades de moldeado de materiales, la liberación se da en la medida que el sujeto manipula ese material, hay una familiarización con el; existe una relación multidimensional: con los demás compañeros (grupo), con el terapeuta y con los objetos; por otra parte el moldeado posibilita no solo la creatividad sino que da lugar a la imaginación.

Cuando el sujeto comienza a familiarizarse con algunas actividades, es indispensable la mediación del terapeuta, sin embargo poco a poco el sujeto va adquiriendo autonomía.

La pintura es sin lugar a dudas un medio importante de creación artística. Durante la terapia ocupacional el

paciente podrá pasar de obras "no estéticas" en un principio, a obras de alguna manera mas "estéticas".

Los trabajos manuales y la alegría de pintar, llevados a la práctica por los pacientes, hacen del arte-terapia un instrumento valioso, en armonía con los demás factores que intervienen en la rehabilitación de los internos.

Se puede decir que la recreación es entonces, la esencia de la terapia ocupacional y sus actividades. Su puesta en práctica supone la obtención de un beneficio en mayor o menor medida, de acuerdo a las características de cada sujeto y sus padecimientos.

La terapia recreativa debe considerarse y emplearse como parte integral de las actividades terapéuticas a desarrollar, la terapia ocupacional contribuye a un restablecimiento mas rápido y a un acortamiento de la estancia al interior del Instituto, por otra parte ayuda a los pacientes a incrementar el factor de independencia personal.

1.4 Rehabilitación

En 1963 Freeman y Simmons señalan que el paciente rehabilitado con éxito "es aquel que puede vivir en un ambiente no médico, a un nivel de rendimiento ocupacional y social comparable al de otros adultos de su comunidad". 10

Schraml explica en 1975 que la rehabilitación "incluye un sistema de normas médicas, psicológicas, sociales y jurídicas que posibilitan el que un lesionado, impedido, o enfermo recobre pronto una capacidad óptima de rendimiento, es decir, que en la mayoría de los casos se recobre la capacidad laboral". 25

En 1977 Anthony dice que "en esencia, la función de la rehabilitación es la de regresar o integrar al paciente psiquiátrico incapacitado a su hogar, su escuela y/o al trabajo de su comunidad". 1

La rehabilitación constituye un proceso dinámico progresivo, que busca la total adaptación e integración psicofísica del paciente a la sociedad.

Dentro del proceso ya mencionado, la terapia ocupacional es un elemento significativo puesto que en cualquier actividad física o mental que implique esfuerzo personal, se aprecia la semilla de la rehabilitación. La restauración de la productividad en el individuo, es un buen indicador de retorno a un estado de salud relativamente normal; el terapeuta ocupacional debe brindar todo el apoyo necesario, la tendencia es: ayudar al paciente para que se ayude a si mismo.

Una parte importante de la rehabilitación se cumple con la práctica de actividades recreativas, muy especialmente las artísticas y deportivas que favorecen y ayudan la libre creación, manifestación de la propia personalidad y asentamiento de la seguridad, en ese sentido la terapia ocupacional permite al paciente mejorar en otros aspectos de su tratamiento.

El objetivo de la rehabilitación es reincorporar al individuo a su comunidad, ya sea a su actividad previa al padecimiento o bien a otra en la que pueda desempeñarse de una manera satisfactoria. Se inicia intrahospitalariamente y debe ser continuada extramuros.

por medio de un seguimiento del estado de salud; otro aspecto valioso para la rehabilitación del paciente, es la atención extrahospitalaria de su propia familia, es decir, que se informe y conozca sobre las características del padecimiento y el como tratarlo.

Diferentes estudios han demostrado que la probabilidad de recaída de los pacientes está íntimamente vinculada con el núcleo familiar, las familias patológicas exacerbaban las recaídas, las familias sanas o funcionales las minimizan.

El ingreso a un hospital psiquiátrico en muchas ocasiones favorece en el individuo un síndrome caracterizado por la apatía, el aislamiento y la resignación. Los factores que contribuyen a esta condición son: la pérdida de contacto con el mundo externo, la inactividad forzosa y la ausencia de perspectivas futuras; ante esta problemática la rehabilitación es un reto, mas sin embargo se visualiza hoy en día con mayor optimismo que en el pasado.

La filosofía de la rehabilitación del enfermo mental en su esencia defiende al ser humano, que en el caso de sufrir una merma de sus facultades mentales y sociales, tiene el

derecho de volver a integrarse como persona a la sociedad y de que se le devuelva hasta donde sea posible, su dignidad y utilidad en el mundo de sus congéneres. tarde o temprano la sociedad tendrá necesariamente que elevar su umbral de tolerancia, ante el fenómeno de desviación conductual.

Hablar de rehabilitación del enfermo mental desde el punto de vista de la psiquiatría, implica la aplicación de una serie de medidas bastante conocidas que incluyen procedimientos psicofarmacológicos, psicoterapéuticos, recreacionales, vocacionales, ocupacionales y laborales.

Capítulo 2 Depresión

2.1 Antecedentes de la Depresión

El uso del término "depresión" se remonta a un cuarto de siglo, el cuadro patológico en su forma severa fue descrito desde la época grecorromana con el nombre de "melancolía". En el siglo IV a. de c. Hipócrates afirmaba que desde el punto de vista médico, los problemas que hoy llamamos psiquiátricos estaban relacionados por la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema, y que la melancolía era producida por la bilis negra.

Durante la Edad Media, filósofos destacados como Santo Tomás de Aquino sostenían que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales, creencia que se fue abandonando cuando en 1630 Robert Burton publicó su famoso tratado "Anatomía de la melancolía", obra que facilitó en mucho la identificación de los estados depresivos.

A principios del siglo XIX, Philippe Pinel hablaba de que el pensamiento de los melancólicos estaba completamente concentrado en un objeto (obsesivamente), y que la memoria y la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas, pudiendo en ocasiones inducir al suicidio. Como causas posibles de la melancolía señaló en primer lugar las psicológicas como: el miedo, los desengaños amorosos, la pérdida de propiedades y las dificultades familiares; y en segundo lugar las físicas como: la amenorrea y el puerperio.

En el México Prehispánico también existen indicios acerca de cuadros depresivos, de acuerdo a la descripción que en 1955 hizo el médico indígena Martín de la Cruz, la cual fue traducida al latín por Juan Badino (código badiano), incluyendo el título: "Remedio para la sangre negra", término común del cuadro en la Europa del siglo XVI.

El gran incremento mundial de la depresión en los últimos años ha motivado inclusive, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) realice adecuaciones a la Clasificación Internacional de Enfermedades. A

mediados de la década de los 60, una serie de artículos científicos empezaron a señalar que la ansiedad estaba siendo sustituida por la depresión y la desesperanza como estados emocionales predominantes en el hombre. El número de personas con diagnóstico de depresión en los hospitales es creciente, la población afectada vive generalmente en las grandes urbes y en los países industrializados.

2.2 ¿Qué es un trastorno depresivo?

La psicología clínica dirige su actividad hacia la investigación y desarrollo de la salud mental del individuo y de la comunidad. Al respecto se ocupa entre otras cosas, del estudio, detección y tratamiento de los trastornos mentales. Para este propósito es conveniente llevar a cabo estudios epidemiológicos, cuyos datos brinden indicios sobre la etiología de tales desórdenes; los trastornos afectivos son de particular interés dada su alta prevalencia y comorbilidad con otros padecimientos.

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

Un trastorno depresivo no es un estado de ánimo triste pasajero, tampoco es una señal de debilidad personal o una condición que se pueda alejar a voluntad. Las

personas que sufren enfermedad depresiva no pueden tan solo "animarse" y de inmediato sentirse mejor, sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses o años. En cambio un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado pueden ayudar a más del 80 % de las personas que sufren depresión.

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

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

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

2.3 Tipos de depresión

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

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

Un tipo menos severo de depresión es la "Distimia", que involucra síntomas de larga duración, crónicos, que no inhabilitan pero si impiden funcionar al individuo al

máximo de su energía, en ocasiones que las personas que sufren distimia experimentan también episodios de trastornos depresivos mayores.

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

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

2.4 Causas de la depresión

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

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

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

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

TIPO	CUADRO EN QUE PREDOMINA
1.- Genéticas	Depresiones psicóticas
2.- Psicológicas	Depresiones neuróticas
3.- Ecológicas	Depresiones simples
4.- Sociales	

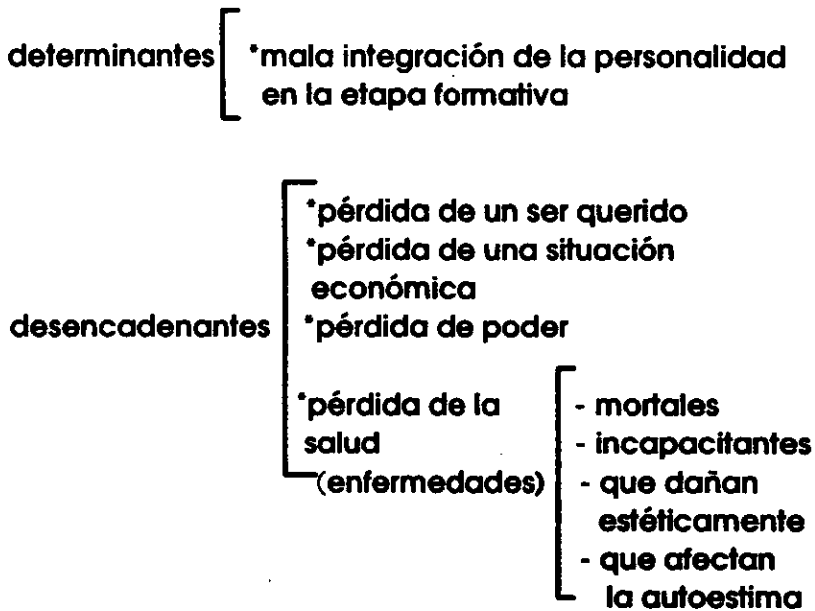
CAUSAS GENÉTICAS.- Las causas genéticas son de mayor importancia en las depresiones psicóticas, las posibilidades de que un pariente de un enfermo deprimido padezca también depresión psicótica son de un 10 a un 15 % en caso de ser hijos de este, sin embargo en los casos en que dos progenitores fueran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

Es evidente que con frecuencia se presentan trastornos depresivos en varios miembros de una familia, en algunos casos no podría hablarse de una herencia directa de

depresión, sino solo de la posibilidad de transmisión de un terreno mas vulnerable al cuadro, como puede suceder con otras enfermedades, además es conveniente señalar que los miembros de una familia están sujetos a los mismos factores ambientales que pueden determinar la depresión y lo que es más importante, que la convivencia con una persona deprimida puede motivar el mismo cuadro en alguno de sus allegados.

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

Las causas psicológicas tienen dos vertientes:



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

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

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

CAUSAS ECOLOGICAS

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

Todo esta afectación del entorno le ha traído consecuencias al hombre actual traducidas como depresión. Sus causas ecológicas son:

PROBLEMA	MOTIVO	CONSECUENCIA
Contaminación atmosférica	vehículos, industrias y talleres contaminantes	mala calidad del aire inhalado
Problemas de tránsito	estacionamiento insuficiente y exceso de vehículos	accidentes, descanso bajo y pérdidas económicas
Ruido excesivo	autotransportes, aviones, fábricas, etc.	insomnio, fatiga intelectual y física, irritabilidad, etc.

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

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

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

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

Algunas **causas sociales** de la depresión son las siguientes:

- Desintegración de la familia

- Disminución del apoyo espiritual de la iglesia
- Falta de relación con los vecinos
- Migraciones

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

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

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

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

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

2.5 Síntomas de Depresión

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

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

- a) Trastornos afectivos
- b) Trastornos intelectuales
- c) Trastornos conductuales
- d) Trastornos somáticos

a) Trastornos de la Afectividad

Síntoma

Manifestaciones

- ◆ Indiferencia afectiva.- Disminución o pérdida de intereses vitales.
- ◆ Tristeza.- Con o sin tendencia al llanto.
- ◆ Inseguridad.- Dificultad para tomar decisiones
- ◆ Pesimismo.- Enfoque vital derrotista.
- ◆ Miedo.- Específico o indiferenciado, en ocasiones absurdo.
- ◆ Ansiedad.- Mas intensa en la mañana.
- ◆ Irritabilidad.- Con agresividad que da origen a problemas laborales y familiares.

b) Trastornos de la esfera intelectual

<u>Síntoma</u>	<u>Manifestaciones</u>
◆ Sensopercepción disminuida.-	Mala captación de estímulos.
◆ Trastornos de Memoria.-	Dificultad para la evocación
◆ Disminución de la atención.-	Mala fijación de los hechos de la vida cotidiana.
◆ Disminución de la comprensión.-	Dificultad de comunicación.
◆ Ideas de culpa o fracaso.-	Autodevaluación, incapacidad de enfrentamiento.
◆ Pensamiento Obsesivo.-	ideas o recuerdos repetitivos molestos.

c) Trastornos de la conducta

Síntoma

Manifestaciones

- ◆ Actividad disminuida.- Descuido de obligaciones y del aseo personal.
- ◆ Productividad disminuida.- Mal rendimiento en el trabajo.
- ◆ Impulsos suicidas.- Ideas o intentos por privarse de la vida.
- ◆ Impulso a la ingestión de alcohol y otras drogas.- Tendencia a beber o a drogarse como medio de escape a la ansiedad.

d) Trastornos Somáticos

Síntoma

Manifestaciones

- ◆ Trastornos en el sueño.- Insomnio que se presenta al principio o al final del periodo de descanso.
Dormir inquieto, en algunos casos hay hipersomnía.

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

- ◆ Disminución de la libido.- Debilitamiento o desaparición del deseo sexual.

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

- ◆ Trastornos digestivos.- Dispepsia, aerofagia, náuseas, meteorismo, etc.

- ◆ Trastornos cardiovasculares.- Trastornos del ritmo o frecuencia cardiaca. etc.

- ◆ Otros.- Mareos, prurito, alopecia, etc.

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

2.6 Depresión mayor

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

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

El episodio depresivo mayor hace referencia a un período de por lo menos dos semanas, en el que un estado de ánimo disfórico se asocia con alguno de los siguientes síntomas: agitación o enlentecimiento psicomotriz, disminución de la energía, sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa, dificultades de pensamiento y concentración, cambios de peso corporal

ante las alteraciones del apetito, disturbios en el dormir e ideas de muerte, de suicidios o intentos suicidas.

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

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

Cabe mencionar que si bien es indudable la eficacia del tratamiento farmacológico, deben tomarse en consideración los efectos secundarios a su uso, de forma tal que se procure el medicamento y las dosis apropiados

para el paciente. Los efectos secundarios mas comunes por el uso de antidepresivos son:

- a) **Anticolinérgicos:** boca seca, visión borrosa, retención urinaria, constipación y confusión.

- b) **Hipotensión Ortostática**

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

- d) **Aumento de Peso**

- e) **Temblores**

- f) **Parestesias**

- g) **Alteraciones en la continuidad del sueño**

- h) **Miclotonía Nocturna:** trastornos de movimientos periódicos de extremidades durante el dormir. (Pollack, H. W. y Rosenbaum, F.J. 1987).

2.7 Criterios diagnósticos del DSM-IV para depresión mayor

A. Humor disfórico o pérdida del interés o del placer por todas o casi todas las actividades o los pasatiempos ordinarios. El humor disfórico se caracteriza por síntomas como depresión, tristeza, pesadumbre, desesperanza, astenia e irritabilidad.

B. Por lo menos ha estado presente, casi todos los días durante un período como mínimo de dos semanas, cuatro de los siguientes síntomas :

- 1) Alteraciones del apetito y peso (sea en respectivo aumento o disminución)
- 2) Insomnio o Hipersomnio
- 3) Agitación o retraso psicomotor
- 4) Pérdida del interés por actividades ordinarias, disminución del impulso sexual

- 5) Fatiga o pérdida de la energía
- 6) Sensación de ineficiencia, autoreproches o remordimientos excesivos o inapropiados
- 7) Quejas o pruebas de disminución de la capacidad para pensar o concentrarse
- 8) Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida, deseos de morir o intentos suicidas.

C. El cuadro clínico no se ve dominado antes de su desarrollo o remisión, por ninguna de las siguientes manifestaciones:

- 1) Delirios o alucinaciones incongruentes con el humor
- 2) Conducta extraña

Depresión Mayor Recurrente

- A.** Ha experimentado mas de una crisis depresiva mayor

- B.** Nunca ha presentado una crisis maniaca o una crisis hipomaniaca

2.8 Escalas para medir la depresión

En la mayor parte de las investigaciones clínicas que se realizan hoy en día, se incluye la aplicación de una o varias escalas ya aceptadas por los especialistas que se dedican a ello.

El desarrollo de las primeras escalas de evaluación prácticas, aún en uso, coincidió con la llegada de la psicofarmacología, y su aplicación tal vez fue motivada por la necesidad de contar con un método preciso para valorar los resultados terapéuticos de dichas drogas.

Las primeras escalas fueron de tipo muy general, se utilizaban para estudiar síntomas de enfermos ambulatorios y hospitalizados, sin buscar la naturaleza del padecimiento que los ocasionaba.

Hoy en día las escalas de medición simplifican el registro de datos para su estudio en computadoras y permiten recabar el máximo de información importante, sin embargo la escala mas elaborada o el mejor cuestionario, jamás puede suplir a un buen estudio clínico

realizado por un médico competente; por lo tanto, las escalas de evaluación deben considerarse como un elemento de ayuda para el diagnóstico y también como un medio para valorar en forma sencilla la evaluación del cuadro psicopatológico ante un determinado tratamiento.

“En 1915 Kempf describió la primera escala de depresión que se conoce, en 1917 Woodworth publicó el primer cuestionario de autoevaluación (personal data sheet) , sin embargo hasta muchos años después este tipo de estudios se aplicó al problema específico de depresión.

En 1930 Moore con base en observaciones clínicas, pudo distinguir ciertos síntomas que le permitieron medir la depresión retardada y la depresión agitada. En ese mismo año, Jasper publicó un cuestionario sobre depresión-elación. Estos estudios fueron descartados como ayuda práctica para medir la depresión , debido a que Moore se interesó solo en consideraciones teóricas, y el cuestionario de Jasper fue utilizado en personas normales”. 6

2.9 Escala de Hamilton. (Escala de evaluación utilizada en la presente investigación)

En 1960, Max Hamilton realizó un análisis de las escalas existentes para medir síntomas de trastornos mentales, como resultado de ello pensó que podían dividirse en cuatro grupos:

1. Las que fueron elaboradas para hacer estudios de enfermos mentales, pero que al aplicarse a individuos normales, muchos de los síntomas no se podían identificar, por no ser equiparable un trastorno psiquiátrico con una ligera variación de la conducta o el humor.
2. Las escalas de autoaplicación, fáciles de administrar pero difíciles de resolver para enfermos con trastornos psiquiátricos acentuados.
3. Las escalas de conducta que fueron utilizadas para medir la capacidad de adaptación en instituciones

hospitalarias, pero dieron poca o nula información sobre síntomas de depresión.

4. Las escalas para cuantificar síntomas de enfermedad mental, las cuales cubrían todo el rango de trastornos psiquiátricos. Su desventaja era que no identificaban algunos síntomas, por ejemplo, en el caso de "ideas delirantes" el significado era muy diferente si se refería a cuadros depresivos, esquizofrénicos o paranoides.

Es por lo anterior, que Hamilton elaboró su propia escala que sigue utilizandose, sobre todo para medir la intensidad de la depresión en investigaciones con antidepresivos (anexo A).

La escala consta de 17 variables; algunas se definen como categorías de interés creciente; otras, por términos equivalentes.

La forma como se cuantifica el registro incluye cuatro variables adicionales: variación diurna, despersonalización, síntomas paranoides y síntomas obsesivos; esto da un total de 21 reactivos.

CAPITULO 3 La Terapia Ocupacional en el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP)

3.1. Antecedentes del I.M.P.

El Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP) fue creado por decreto presidencial del C. Lic. José López Portillo, con fecha 26 de diciembre de 1979, ampliando las funciones del ya existente Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental (CEMESAM). Las consideraciones que condujeron a su creación son expresadas en el decreto que le dio vida, en los términos siguientes:

“ que los problemas relacionados con la salud mental se encuentran entre los más graves de nuestro tiempo y que los desórdenes y enfermedades mentales, así como el alcoholismo y la drogadicción, anulan o limitan en forma severa la capacidad productiva de los individuos y dañan a la sociedad; “ que se ha observado una tendencia notable al aumento de dichos problemas, en

tanto que la psiquiatría, rama de la medicina que se ocupa de ellos, está alcanzando un alto grado de desarrollo; " que es necesario abordar los problemas ampliando el conocimiento sobre ellos a través de la investigación científica y contando con recursos adecuados para capacitar a las personas que deberán llevar a cabo en el campo de la psiquiatría y la salud mental tareas de investigación, prevención, curación y rehabilitación."

En el mismo decreto se concluye "que es necesario sustituir al Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental, por un organismo, el INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRÍA, que se aboque en forma mas amplia y con mejores recursos al estudio de los desórdenes mentales y de la salud mental, a fin de sentar las bases para dar soluciones adecuadas a los problemas".

De acuerdo con estos principios, puede definirse al IMP como un centro de alto nivel para hacer investigaciones en el campo de la psiquiatría y la salud mental, el estudio integral de los enfermos y el adiestramiento y

perfeccionamiento de personal en el campo de la salud mental.

El decreto de su creación establece que el IMP sea un organismo público descentralizado, con presupuesto y gobierno propios. Se confía su gobierno a un patronato formado por cinco personas que prestan sus servicios sin remuneración, cuyo presidente es el titular de la Secretaría de Salud y del cual forman parte un representante del Secretario de Educación Pública, un representante del Secretario de Gobernación, y dos personas destacadas en la vida pública del país y con interés en las tareas que cumple el instituto.

El Instituto cuenta con una Comisión Interna de Administración y Programación, constituida por el Director, el Subdirector y los jefes de Departamento. El Director del Instituto es el ejecutor de las decisiones del Patronato y el responsable de la marcha de la institución, la que cuenta con la estructura administrativa y técnica apropiada para el desempeño de las tareas que le han sido encomendadas.

Mediante la investigación científica, el Instituto se incorpora a las corrientes más avanzadas tanto en las ciencias básicas que nutren a la psiquiatría como en los aspectos clínicos, epidemiológicos y sociales.

Las investigaciones son orientadas por un criterio multidisciplinario, biológico, psicológico y social y tienen como objeto el estudio de los problemas relacionados con la patología mental pública que afectan en forma más grave y extensa a la población del país: alcoholismo, farmacodependencia, desórdenes de la afectividad, desórdenes psicofuncionales y síndromes orgánicos cerebrales; Se ocupa también de otros problemas de salud mental que afectan al país como son los relacionados con la violencia y los efectos del ambiente sobre la salud mental.

En cuanto a la enseñanza y la capacitación, el Instituto ofrece a los médicos y al personal de salud mental (psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales), los medios para su óptima formación y perfeccionamiento profesional y científico, tomando en cuenta las necesidades más urgentes. En este capítulo, el énfasis

principal se ha puesto en la formación de investigadores y técnicos de alto nivel.

En el campo de la prevención se llevan a cabo tareas de educación de la población y de grupos específicos. En el cumplimiento de estas tareas el Instituto se extiende al exterior para colaborar con otros organismos públicos y privados relacionados en forma estrecha con problemas de la psiquiatría y salud mental, haciendo uso de los recursos técnicos con que cuenta para asesorarlos en el desarrollo e implementación de sus programas y participar en ellos cuando así esté indicado.

Los servicios clínicos del Instituto constan de cuatro secciones:

- a) Consulta externa
- b) Laboratorios y servicios complementarios
- c) Hospitalización parcial
- d) Hospitalización completa

La terapia ocupacional cumple sus funciones solo con pacientes de carácter interno (hospitalización completa).

El Instituto mantiene relaciones de trabajo con instituciones internacionales, particularmente con la Organización Mundial de la Salud (OMS), de la cual es ya centro colaborador para la investigación y la enseñanza en el área de la farmacodependencia, también se tienen convenios de trabajo con organismos afines de otros países, principalmente de Canadá y Estados Unidos.

3.2. Aplicación de La terapia ocupacional en el I.M.P.

La terapia ocupacional puede definirse como el conjunto de actividades y acciones, por medio de las cuales se busca contribuir en la recuperación de pacientes de carácter interno; es un elemento de apoyo, que junto con los demás servicios que el Instituto proporciona, constituyen la atención integral al paciente.

La terapia ocupacional como elemento auxiliar en la rehabilitación de internos, en el Instituto, se ha venido realizando regularmente desde el año de 1992, dicha labor se ha desarrollado bajo las siguientes condiciones existentes:

- **El tiempo promedio de estancia de un paciente hospitalizado es muy breve, varía de tres a seis semanas aproximadamente.**

- La terapia ocupacional no puede contemplar actividades a largo plazo, por lo expuesto en el punto anterior.

- La terapia ocupacional en el I.M.P. se realiza de lunes a viernes, por medio de sesiones de tres horas al día, el Area de terapia ocupacional (anexo D), que depende del Departamento de Psicoterapia (División Servicios Clínicos), se encarga de llevarla a cabo.

- Existe un espacio acondicionado y destinado para la impartición de la terapia ocupacional, (anexo E) a donde son trasladados los pacientes, de los tratamientos (conjunto de dormitorios) con que cuenta el Instituto.

- La población del I.M.P. son hombres y mujeres con una edad situada en un rango de los 16 a los 60 años.

- El nivel socioeconómico de los pacientes va generalmente del nivel medio-bajo a alto.

- El grado de escolaridad fluctúa entre primaria y licenciatura.

- El tipo de diagnósticos que generalmente se presentan son: Esquizofrenia, Trastornos de la Personalidad, Trastornos Bipolares, Síndromes Orgánicos Cerebrales, Depresión (objeto de esta investigación), etc.

- El conjunto de las actividades que conforman la terapia ocupacional en el I.M.P. (anexo B), son seleccionadas especialmente para pacientes psiquiátricos, ya que existen otras que requieren de herramientas y materiales peligrosos, razón que impide su implementación.

Para su óptimo desempeño La terapia ocupacional se divide en varias fases:

- 1.- Ejercitación física previa
- 2.- Introducción a la actividad
- 3.- Desarrollo de la actividad
- 4.- Cierre

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

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

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

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

3.3. Características, Responsabilidades y Lineamientos del Terapeuta Ocupacional

Un terapeuta ocupacional no puede funcionar de un modo satisfactorio, si no combina los conocimientos sobre temas psicológicos y médicos con los métodos de valoración, la interacción, el condicionamiento social y las diversas ocupaciones y habilidades. Debe estar capacitado para emplear determinadas facetas de su propia personalidad en cada situación terapéutica, valorar la utilidad de otros medios utilizables y desarrollar su trabajo de acuerdo con unas líneas científicas progresivas. Al mismo tiempo no debe renunciar al enfoque intuitivo el cual a su vez deberá ser analizado, criticado y valorado.

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

Un terapeuta ocupacional debe ser perceptivo e ir aprendiendo en el transcurso de su formación teórica y

práctica, así como en el trabajo con los médicos y demás componentes del equipo de rehabilitación.

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

El terapeuta ocupacional tiene varias responsabilidades, una es para con el paciente, cuyo bienestar debe ser su primer objetivo; deberá respetar la información confidencial y mantener un interés constante en el paciente.

Otra responsabilidad es para con el médico psiquiatra, de tal manera que las prescripciones que aquel ordene para el paciente tendrá que respetarlas el terapeuta, cualquier situación relevante durante la terapia ocupacional deberá ser reportada, así mismo las confidencias del paciente también deberá comentarlas para que el psiquiatra las emplee en el tratamiento óptimo del enfermo.

El terapeuta ocupacional también tiene responsabilidades con la institución en la que está empleado, respetando las reglas de la administración, la puntualidad y observando en general una buena conducta.

Dentro de su trabajo específicamente debe promover las metas y funciones de la terapia ocupacional y mantener buenas relaciones públicas, respetar a sus colaboradores y evitar las críticas destructivas delante de los pacientes; mantener en buen estado el equipo y accesorios con que se cuente para llevar a cabo la terapia.

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

Finalmente existen ciertas acciones o conductas que el terapeuta ocupacional debe cuidar y respetar en su desempeño profesional, estos lineamientos son:

- ◆ No relacionarse con el paciente de ninguna forma, mas allá de la terapia ocupacional.
- ◆ Mantener una estricta discreción en relación a los pacientes y su entorno.
- ◆ Ser cuidadoso en la manera de dirigirse al paciente, el tono de voz, el contenido de los mensajes e indicaciones, la forma de expresión no verbal (miradas, ademanes, gesticulaciones,etc.).
- ◆ Ser respetuoso con los pacientes y colaboradores que participan en la terapia, ejercer la autoridad sin abusar de ella.
- ◆ Procurar proyectar siempre una imagen de aliño e higiene hacia los pacientes.

- ◆ Tener bien claro que todos los pacientes tienen derecho a participar en la terapia ocupacional, por tanto no se deben tener preferencias, ni hacer discriminaciones.

- ◆ Respetar la determinación de un paciente cuando decide no participar en la terapia, así como tomar en cuenta cualquier aportación o sugerencia para el enriquecimiento de aquella.

- ◆ Por último es importante no descuidar la atención global del grupo, por proporcionar atención individual a un paciente.

METODO

Planteamiento del problema

¿ Cómo influye la terapia ocupacional en el estado de ánimo del paciente depresivo ?

Hipótesis

Hi : La terapia ocupacional promueve beneficio en el estado de ánimo del paciente depresivo hospitalizado

Ho : La terapia ocupacional no promueve beneficio en el estado de ánimo del paciente depresivo hospitalizado

Variables

Variable Independiente : pacientes depresivos

Variable Dependiente : estado de ánimo

Variables Operacionales

Variable Independiente : Depresión.- Trastorno del humor caracterizado por sensaciones de tristeza, desesperanza, abatimiento y falta de ánimo, estado emocional patológico en el que existe una disminución de la autoestima.

Variable dependiente : Estado de ánimo.- Factor emocional que influye para emprender acciones, realizar actividades o viceversa.

Tipo de estudio

La presente investigación corresponde a un tipo de estudio :

Longitudinal.- Porque se midió en diferentes tiempos.

Prospectivo.- Porque partió del presente hacia el futuro.

Comparativo.- Porque se compara antes y después de la terapia ocupacional.

Diseño

Experimental de campo y test-retest

Muestra

Los pacientes fueron reunidos mediante un muestreo por autoselección, con diagnóstico de depresión.

La muestra fue de 33 pacientes depresivos, hombres y mujeres mayores de 16 años, con carácter de internos en el Instituto Mexicano de Psiquiatría, dicha muestra se dividió en dos grupos, el grupo experimental conformado por 17 pacientes y el grupo control con 16 pacientes; lo trascendente radica en que al grupo experimental se le implementó la terapia ocupacional, además de los fármacos que normalmente son suministrados por los

especialistas y el grupo control fue excluido de la terapia, manteniendo su tratamiento basado en dichos medicamentos.

Criterios de Exclusión

Los pacientes con daño orgánico y con diagnóstico diferente al de depresión, fueron excluidos para fines de esta investigación.

Escenario

La investigación se llevó a cabo en el INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA

Instrumento

Escala de Depresión de Hamilton (anexo A)

Procedimiento

Una vez seleccionada la muestra se evaluó con la Escala de Depresión de Hamilton (test) al grupo control y al experimental, a este último se le implementó la terapia ocupacional durante 20 sesiones, en un lapso de 20 días, 5 veces a la semana con duración de 3 horas cada sesión; en cada una de ellas se realizó ejercicio físico que consistió en movimientos de calentamiento, aeróbicos y de bajo impacto que procuran el bienestar del paciente.

La duración de la actividad física es de treinta a cuarenta minutos. A continuación se les explicó verbalmente la actividad del día, se les repartió el material y se dio inicio; cada paciente trabajó por su cuenta, cuando hubo dudas fue necesario guiarlos de manera más particular.

Al final de cada actividad diaria, se realizó una plenaria o cierre de la terapia, donde se expusieron los trabajos realizados y se hicieron comentarios acerca de los mismos, esto con el objeto de hacer que los pacientes se interrelacionen e integren socialmente.

Posteriormente se llevó a cabo el retest a los pacientes utilizando la misma Escala de Hamilton.

Luego de haber finalizado las aplicaciones, se procedió a calificar cada una de ellas.

Tipo de Estadísticas

Se realizaron estadísticas descriptivas e inferenciales.

ESTADÍSTICAS

Representación de calificaciones al aplicar la Escala de Depresión de Hamilton

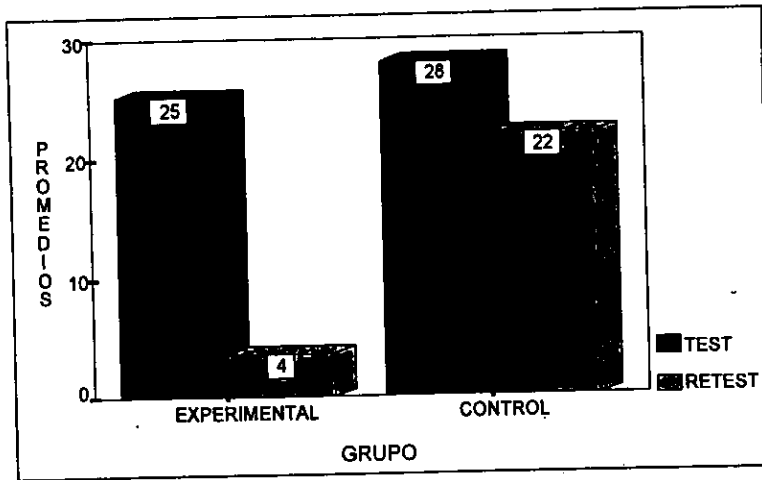
GRUPO EXPERIMENTAL

GRUPO CONTROL

<u>PACIENTE</u> <u>No</u>	<u>TEST</u>	<u>RETEST</u>	<u>PACIENTE</u> <u>No</u>	<u>TEST</u>	<u>RETEST</u>
01	18	01	01	18	12
02	18	02	02	19	14
03	19	03	03	20	16
04	19	05	04	21	18
05	20	01	05	22	19
06	21	08	06	23	16
07	23	03	07	23	19
08	23	05	08	27	20
09	23	05	09	30	27
10	25	03	10	30	26
11	25	06	11	30	25
12	27	03	12	31	20
13	28	02	13	32	25
14	32	05	14	33	26
15	35	02	15	39	30
16	35	05	16	51	39
17	38	04			

En Las tablas anteriores se representó la calificación natural obtenida en ambas aplicaciones de la Escala.

* Los nombres de los pacientes han sido excluidos de esta investigación por razones obvias.



En la gráfica se observa la representación de los valores medios de los grupos que constituyeron el estudio, evaluados con la escala de depresión de Hamilton antes y después de poner en práctica la terapia ocupacional como elemento determinante de comparación.

Se denota que en la parte del test no existió una diferencia cuantitativa importante, mientras que en el retest hubo un decremento tanto en el grupo control como en el experimental, siendo más significativa básicamente en el último de los grupos comparando los puntajes medios.

Con base en lo anterior, es importante señalar que la terapia ocupacional fue un factor de cambio y mejoría en el estado de ánimo de los pacientes que la experimentaron.

GRUPO EXPERIMENTAL	No. DE CASOS	VALOR DE "t"	SIGNIFICANCIA	ALFA α
TEST-RETEST	17	13.76	.000	.05

Si la significancia del valor calculado de "t" es menor que el alfa (.05) se rechaza H_0 . Por lo tanto hay evidencia suficiente para determinar que existen diferencias significativas antes y después de la terapia en el grupo experimental.

GRUPO CONTROL	No. DE CASOS	VALOR DE "t"	SIGNIFICANCIA	ALFA α
TEST-RETEST	16	8.76	.000	.05

La significancia del valor calculado de "t" es menor que el alfa (.05) por lo tanto se rechaza la H_0 . por lo tanto hay evidencia suficiente para determinar que existen

diferencias significativas antes y después de la terapia en el grupo experimental.

GRUPO	No. DE CASOS	VALOR DE "t"	SIGNIFICANCIA	ALFA α
CONTROL-EXPE.	23	-1.08	.288	.05

La significancia del valor calculado de "t" es mayor que el alfa (.05) por lo tanto se acepta la H_0 . Lo cual nos indica que no existen diferencias significativas entre el grupo control y el experimental antes de la terapia.

GRUPO	No. DE CASOS	VALOR DE "t"	SIGNIFICANCIA	ALFA α
CONTROL-EXPE.	23	-10.30	.000	.05

La significancia del valor calculado de "t" es menor que el alfa (.05), por lo tanto se rechaza la H_0 . Lo cual nos indica que existen diferencias significativas entre el grupo control y el experimental después de la terapia.

Conclusión

Al concluir esta investigación se pudo constatar el beneficio de la terapia ocupacional, como promovedora de cambios en el estado de ánimo de pacientes psiquiátricos con depresión, en el Instituto Mexicano de Psiquiatría, logrando así el objetivo planteado inicialmente. Los principales cambios que se observaron en los pacientes fueron :

- disminución y en algunos casos eliminación de la tristeza
- aumento de la sociabilidad y comunicación con el grupo
- elevación de la autoestima y confianza en si mismos
- crecimiento del interés por participar en la terapia
- mejoramiento de problemas del sueño (insomnio), así como de alimentación.

Es importante señalar que no solo la terapia ocupacional fue factor de mejoría, no puede omitirse de ninguna manera que los medicamentos suministrados a los pacientes también influyeron para aliviar los cuadros

depresivos de los mismos, sin embargo quedó demostrado por medio de las gráficas, que el grupo control manifestó cambios cuantitativamente menores que los que se obtuvieron con el grupo experimental.

Lo anterior debe hacernos reflexionar en el sentido de que, si bien el uso de fármacos posee una aceptación ganada a pulso mediante resultados históricos, para efectos de reintegrar al sujeto deprimido a su medio social y familiar esto no es suficiente; es decir, la implementación de la terapia ocupacional como elemento estratégico, dentro del proceso de rehabilitación del paciente depresivo, permitió afirmar que se puede proporcionar una atención de carácter integral, donde la terapia ocupacional sea un complemento valioso al tratamiento convencional.

Basta entender que si la depresión en pocas palabras provoca la anhedonia en el sujeto, lo más natural y obvio es lograr que recupere el interés y las ganas de emprender las actividades que forman parte de su contexto familiar, social, etc.; es ahí precisamente donde la terapia ocupacional adquiere relevancia, ya que se

trata de una labor que pareciera fácil, pero que involucra muchísimos factores para su correcta aplicación.

Al término de esta investigación se puede afirmar que la terapia ocupacional si motivó cambios en el estado de ánimo de pacientes depresivos de carácter interno en el Instituto Mexicano de Psiquiatría. También es oportuno mencionar que esta investigación coadyuvó a que se valorara la labor del psicólogo clínico y la función de la terapia ocupacional.

Sugerencias

Considerando que toda investigación científica es terreno fértil para el análisis, así como para el surgimiento de nuevos estudios que reafirmen, complementen o rebasen el conocimiento de toda disciplina, en relación a este trabajo se sugiere hacer un estudio complementario.

Básicamente esta investigación se basó en el manejo de dos grupos de estudio formados por pacientes depresivos, uno llamado grupo experimental cuya fórmula aplicada fue terapia ocupacional y fármacos, y un segundo grupo llamado grupo control que fue tratado únicamente con medicamentos. La idea sería manejar un tercer grupo al cual se le diera solo terapia ocupacional, al no intervenir ningún otro factor en el tratamiento, sería sin duda un estudio interesante que enriquecería la información existente en materia de rehabilitación psiquiátrica.

Sería recomendable a su vez que dicho estudio complementario se hiciese en una institución, cuya población sea lo bastante amplia para facilitar el reunir la

muestra de pacientes psiquiátricos, con diagnóstico de depresión mayor; esto con la finalidad de que la investigación se realice en menor tiempo.

Limitantes de la investigación

Durante la realización de la presente investigación, quien reporta este trabajo se encontró con ciertas limitantes, como por ejemplo el que en materia bibliográfica no exista mucha información acerca de terapia ocupacional, también en el desarrollo del trabajo, otra limitante fue el no haber podido contar con grupos de estudio más homogéneos en materia de sexo, edad, condición social, etc.

Es preciso señalar que la muestra utilizada para este estudio fue pequeña (33 personas) porque el cupo de pacientes en el Instituto Mexicano de Psiquiatría es limitado, ya que se carece de espacio físico y recursos y porque además la institución se dedica fundamentalmente a la investigación. Debido al corto tiempo que permanecen los pacientes en el Instituto, el tiempo de aplicación de la terapia no pudo ser más extenso.

Cabe señalar también que la integración de la muestra objeto de esta investigación no fue fácil de conseguir, ya

que del total de pacientes que atiende la Institución (menos de 50) por norma, no todos sufren Depresión.

Finalmente otra limitante fue el hecho de que en la Institución donde se llevó a cabo el estudio, desgraciadamente no fue posible suspender el medicamento a los pacientes, por ética profesional y por conservar la integridad de los pacientes, para integrar el tercer grupo del que se habló en el apartado de **sugerencias**, con la intención de constatar aún más el beneficio de la terapia ocupacional.

A N E X O

*** A ***

ESCALA DE DEPRESION DE HAMILTON

ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON

Nombre: _____

Fecha: _____

Seleccione de cada reactivo la opción que mejor caracterice al enfermo en el momento de la evaluación.

1. **ANIMO DEPRIMIDO:** (Triste, desesperanzado, desamparado, autodevaluado).
0. Ausente.
 1. Estos estados de ánimo se mencionaron en el interrogatorio.
 2. Estos estados de ánimo se reportaron verbalmente en forma espontánea.
 3. Comunica estos estados de ánimo en forma "no verbal", es decir, mediante expresiones faciales, actitudes, voz, tendencia al llanto, etc.
 4. Comunica prácticamente sólo estos estados de ánimo en su comunicación espontánea verbal y no verbal
2. **SENTIMIENTOS DE CULPA:**
0. Ausentes.
 1. Autorreproche, siente que ha defraudado a alguien.
 2. Ideas de culpa sobre errores pasados. Piensa en ellos repetitivamente y con preocupación.
 3. Piensa que la enfermedad actual es un castigo, delirios de culpa.
 5. Escucha voces acusatorias que lo denuncian y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. **SUICIDIO:**
0. Ausente.
 1. Siente que no vale la pena vivir.
 2. Desea morir o tiene pensamientos en relación a su propia muerte.
 3. Idea o gestos suicidas.
 4. Intentos de suicidio.
4. **INSOMNIO INICIAL:**
0. Sin dificultad para conciliar el sueño.
 1. Se queja de dificultad ocasional para conciliar el sueño, (más de media hora).
 2. Se queja de dificultad para conciliar el sueño todas las noches.
5. **INSOMNIO INTERMEDIO:**
0. Sin dificultad.
 1. Se queja de estar inquieto y perturbado durante la noche.
 2. Se despierta durante la noche y/o necesita levantarse de la cama (excepto para ir al baño).
6. **INSOMNIO TERMINAL:**
0. Sin dificultad.
 1. Se despierta durante la madrugada pero puede volver a dormirse.
 2. Incapaz de volverse a dormir si se despierta en la madrugada o se levanta de la cama.
7. **TRABAJO Y ACTIVIDADES**
0. Sin dificultad.
 1. Pensamientos y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad relacionados con sus actividades, su trabajo o pasatiempos.
 2. Pérdida de interés en sus actividades, pasatiempos o trabajo, ya sea reportando directamente por el enfermo o deducido indirectamente mediante sus negligencias, indecisiones y/o titubeos (siente que tiene que hacer un gran esfuerzo para trabajar y/o desempeñar sus actividades).
 3. Disminución del tiempo que dedica a sus actividades, o disminución en su productividad. En el hospital se califica con 3 si el enfermo no dedica cuando menos 3 horas diarias a las actividades rutinarias de su servicio de internación, si las hay.
 4. Dejó de trabajar debido a su enfermedad actual. En el hospital se califica con 4 al enfermo que no participa en ninguna de las actividades de rutina, si las hay.
8. **RETARDO:** (lentitud de pensamientos y/o palabra, dificultad para concentrarse, disminución de su actividad motora)
0. Ausente.
 1. Ligero retardo durante la entrevista
 2. Obvio retardo durante la entrevista
 3. Entrevista difícil debido al retardo.
 4. Estupor completo
9. **AGITACION:**
0. Ninguna
 1. Jugueteo de objetos (papeles, cabellos, etc) con manos
 2. Comerse las uñas, jalarse el cabello, morderse los labios, etc.
10. **ANSIEDAD PSIQUICA:**
0. Ausente
 1. Tensión subjetiva e irritabilidad
 2. Preocupación por cosas triviales.
 3. Actitud aprehensiva aparente por su expresión o al hablar.
 4. Expresa miedo o temor espontáneamente.
11. **ANSIEDAD SOMÁTICA:** (Equivalentes fisiológicas de la ansiedad). Gastrointestinales: (boca seca, gases, indigestión, diarrea, cólicos, eructos). Cardiovascular: (palpitaciones, jaquecas). Respiratorio: (hiperventilación, suspiros). Aumento en la frecuencia urinaria, diaforesis.
0. Ausente.
 1. Leve.
 2. Moderada
 3. Severa
 4. Incapacitante

12. SINTOMAS SOMATICOS GASTROINTESTINALES:

- 0. Ninguno
- 1. Pérdida de apetito, pero come sin la insistencia de sus familiares o del personal. Sensación de pesadez en el abdomen.
- 2. Dificultad para comer, a pesar de la insistencia de sus familiares o del personal. Toma laxantes y otros medicamentos para síntomas gastrointestinales.

13. SINTOMAS SOMATICOS EN GENERAL:

- 0. Ninguno.
- 1. Sensación de pesadez, en miembros, espalda o cabeza. Dolores de espalda, de cabeza o musculares. Pérdida de energía y fatiga.
- 2. Todo sintoma físico específico se califica con 2.

14. SINTOMAS GONITALES: (Pérdida de la libido, trastornos menstruales).

- 0. Ausentes
- 1. Moderados
- 2. Severos.

15. HIPOCONDRIASIS:

- 0. Ausente.
- 1. Absorto en su propio cuerpo.
- 2. Preocupación por su salud.
- 3. Quejas frecuentes, peticiones de ayuda constantes, etc.
- 4. Delirios hipochondríacos.

16. PERDIDA DE PESO: (Complétese ya sea A o B).

A: Cuando se evalúa por historia (antes de tratamiento).

B: Cuando se evalúa semanalmente.

(A)

- 0. Sin pérdida de peso
- 1. Probable pérdida de peso en relación a la enfermedad actual.
- 2. Pérdida de peso definitiva según el paciente.

(B)

- 0. Pérdida menor de 0.5 kg. de peso en la semana.
- 1. Mas de 0.5 kg .
- 2. Más de 1 kg.

17. INTROSPECCION:

- 0. Reconoce que ha estado deprimido y enfermo.
- 1. Reconoce su enfermedad pero la atribuye a otras causas como mala alimentación, al clima, exceso de trabajo, algún virus, etc.
- 2. Niega estar enfermo.

18. VARIACIONES DIURNAS: (Complétese a.m. o p.m., dependiendo si los síntomas son más severos en la mañana o en la tarde.

A.M.

- 0. Ausente.
- 1. Moderada
- 2. Severa

P.M.

- 0. Ausente
- 1. Moderada
- 2. Severa

19. DESPERSONALIZACION Y DESREALIZACION: (Sentimientos de irrealidad o ideas nihilistas).

- 0. Ausentes
- 1. Leves
- 2. Moderados
- 3. Severos
- 4. Incapacitantes.

20. SINTOMAS PARANOIDES :

- 0. Ninguno
- 1. Sospechoso
- 2. Suspicaz
- 3. Ideas de referencia.
- 4. Delirios de referencia y/o persecución.

21. SINTOMAS OBSESIVOS-COMPULSIVOS:

- 0. Ausente
- 1. Moderados
- 2. Severos.

TOTAL: _____

A N E X O

*** B ***

**CUADRO DE ACTIVIDADES Y MATERIAL DE LA
TERAPIA OCUPACIONAL EN EL INSTITUTO
MEXICANO DE PSIQUIATRIA**

ACTIVIDAD	MATERIAL
TEMA LIBRE POR ESCRITO	HOJAS, LAPICES
MURAL	PAPEL BOND, COLORES, CRAYOLAS, GISES
PINTURA CON ACUARELAS	HOJAS, CABALLETE, PINCELES, ACUARELAS
MOLDEADO DE MATERIALES	PLASTILINA, MODELADORES, SELLADOR
FRUTEROS Y ALAJEROS	PALOS DE MADERA, PEGAMENTO, PINTURA
PORTARETRATOS	CARTON, ALGODON, TELA, PEGAMENTO
MANTELES Y PORTAVASOS	TELA DE YUTE, CORCHO, PINTURA PLASTICA
JUEGOS DE MESA	AJEDREZ, DOMINO, MEMORAMA, LOTERIA, ETC
TRABALENGUAS Y REFRANES	HOJAS, LAPICES
DIBUJO LIBRE	HOJAS PARA DIBUJO, COLORES, LAPICES
CENICEROS	SERPENTINAS, PEGAMENTO, LACA
COLASH	CARTULINA, REVISTAS, DIARIOS, PEGAMENTO
ADORNOS DECORATIVOS	UNICEL, TELA, ESTAMBRE, LISTON, DIAMANTINA
ARTESANIAS DE PAPEL MACHE	ENGRUDO, PAPEL PERIODICO, PINTURA VINILICA
TRABAJO CREATIVO LIBRE	CARTON, PAPEL, PEGAMENTO, MADERA, TELA
MACETAS DE FIGURAS	ASERRIN, NYLON, SEMILLAS, PINTURA PLASTICA
REPUJADO	PAPEL ÉSTAÑO, PLASTILINA, BOLIGRAFOS
PINTURA DIGITAL	CARTULINA, CROMOS, PINTURA DIGITAL
CINE DEBATE	T.V., VIDEOCASSETERA, VIDEOS
DIBUJO TERCERA DIMENSION	COLORES, PEGAMENTO, DIBUJOS IMPRESOS
PAPIROLAS (FIGURAS DE PAPEL)	PAPEL, PEGAMENTO, COLORES
DECORACION DE CERAMICA	PINTURA, SELLADOR, FIGURAS DE CERAMICA
PORTALLAVES	MADERA, TAQUETES, PEGAMENTO, LISTON
TEATRO AFICIONADO	HOJAS, LAPICES, ESCENOGRAFIA CON PEYON
VITRALES	CARTONCILLO, PAPEL CELOFAN, PEGAMENTO
FIGURAS DE MIQAJON	MIQAJON, RESISTOL, AGUA, PINTURA, LACA
CARETAS Y ANTIFACES	CARTULINA, CRAYOLAS, DIAMANTINA, LIGAS
FIGURAS DE ALGODON	GIS, TALCO, PEGAMENTO, ALGODON
MESA REDONDA	DIARIO, HOJAS, LAPICES
DIBUJO DE TRASFONDO	CARTULINA, CRAYOLAS, TINTA CHIINA, BROCHAS
DINAMICAS GRUPALES	NINGUNO
PORTALAPICES	CARTON, PAPEL FANTASIA, PEGAMENTO, LISTON

A N E X O

*** C ***

**CALENDARIO DE ACTIVIDADES DE TERAPIA
OCUPACIONAL REALIZADAS EN ESTA
INVESTIGACION**

SEMANAS \ DIAS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
	PRIMERA	TEMA LIBRE POR ESCRITO	MOLDEADO DE PLASTILINA	DIBUJO DE TRASFONDO	MURAL
SEGUNDA	CARETAS Y ANTIFACES	VITRALES	REPUJADO	PORTALAPICES	FIGURAS DE MIGAJON
TERCERA	DIBUJO EN 3A. DIMENSION	PINTURA CON ACUARELAS	DECORACION DE CERAMICA	PAPIROLAS	DINAMICAS GRUPALES Y JUEGOS DE MESA
CUARTA	TRABAJO CREATIVO LIBRE	MACETAS DE FIGURAS	COLASH	PINTURA DIGITAL	FIGURAS DE PAPEL MACHE

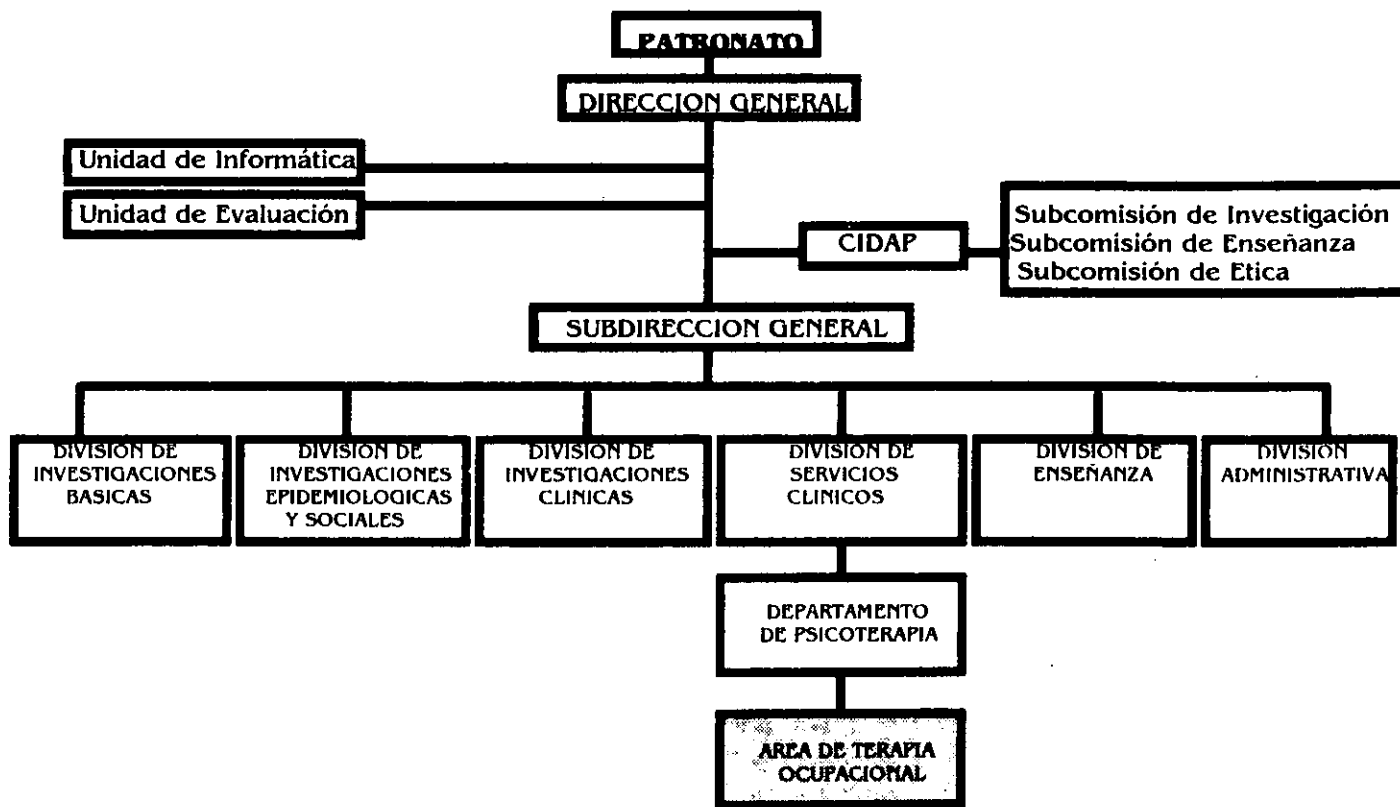
A N E X O

*** D ***

**ORGANIGRAMA GENERAL DEL INSTITUTO
MEXICANO DE PSIQUIATRIA**



ORGANIGRAMA GENERAL



A N E X O

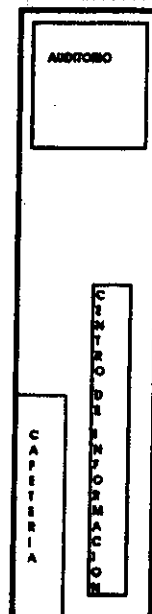
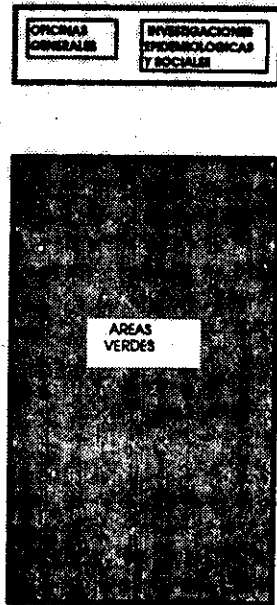
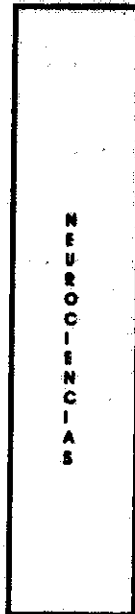
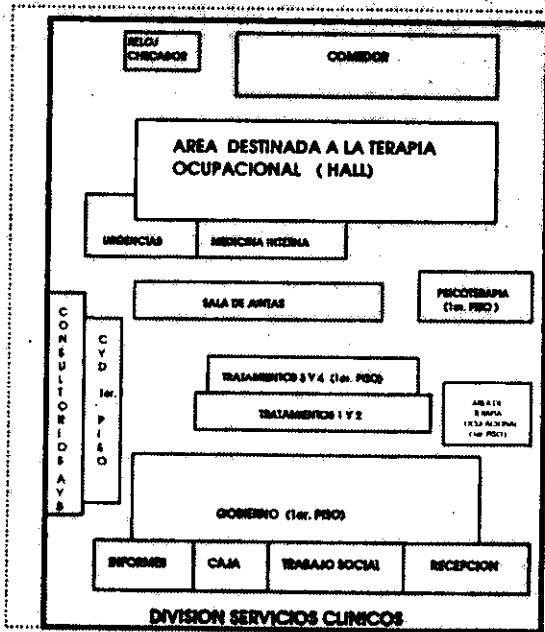
*** E ***

**PLANO DE UBICACION DE AREAS DEL INSTITUTO
MEXICANO DE PSIQUIATRIA**

ESTACIONAMIENTO

ENTRADA
FORNIDOR

ESTACIONAMIENTO



ENTRADA AL
ESTACIONAMIENTO

MODULO DE
VIGILANCIA

SIERRA
PRINCIPAL



ESTACIONAMIENTO

Bibliografía

1. Anthony, W. (1977) Psychological rehabilitation. American Psychologist. p. p. 658-662.
2. American Psychiatric Association (1987) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Editorial APA 3a. rev., Washington D.C.
3. Bech P. (1933) Scales for Depression. Acta Psiquiatrica Scandinava p.p. 37-40-87.
4. Boyd J. H. y Weissman M. M. (1981) Epidemiology of Affective Disorders: A Reexamination and Future Reaction. Archives of General Psychiatry. p.p. 1039-1044
5. Clark, David H. (1982) Terapia Social en Psiquiatría. Ediciones Murata. p. 167. _
6. Calderón, N. Guillermo (1985) Depresión, causas manifestaciones y tratamiento Editorial Trillas, México 252 p.p.
7. Dorsh, Friednich (1977) Diccionario de Psicología. Barcelona. p.p. 227-229.
8. English, H.B. y A. CH. English (1977) Diccionario de Psicología y psicoanálisis. Editorial Paidós, Buenos Aires. p.p. 324-332.
9. Eysenck, Meili Arnold (1979) Diccionario de Psicología. Rioduero, Madrid. p.p. 245-251.

10. Flaherty, U. A. Gaviria (1983) The Rol of Social Support in the Functioning of Patients with Unipolar Depression. American Journal of Psychiatry. p.p. 140.473-496.
11. Freeman, H. Simmons (1963) The Mental Patient goes home. Wiley, New York. p. 45
12. García, B. J. (1967) Estudio Epidemiológico de la Terapia Ocupacional en hospitales psiquiátricos. México
13. Goldman, H. H. (1987) Psiquiatría General Edit. manual moderno. México, p.p. 362-377
14. González, M. Rafael (1976) Tratado de Rehabilitación Médica tomo II Edit. Científico Médica México, 3a. edición, p. 885
15. Griest (1982) Tratamiento de los trastornos mentales Edit. manual moderno S.A. de C.V., México D.F.
16. Heinelt, G. (1979) Maestros Creativos, Alumnos Creativos Edit. Kapeluz
17. Hughes Patricia (1990) Manual de Terapia Ocupacional en Psiquiatría, Edit. Limusa, México, p. 174
18. K. Lindermann, H. Telrich-I, W. Helpertz (1970) Tratado de Rehabilitación. Edit. Labor S.A., 1a. edición, Barcelona España, p. 433
19. Kerlinger Frederik Nichols Investigación del Comportamiento: Técnica y Metodología

20. Macdonald, María Elizabeth (1979) Terapia Ocupacional en Rehabilitación, Barcelona, Edit. Salvat, p.p. 414-689
21. Masson Susan y Cols. Reeducación y Terapias Dinámicas colección Psicomotricidad, Edit. Gedisa S. A., 1a. edición, p.p 284-288
22. Muccio, Fidel (1990) El Taller de Terapias Expresivas. Edit. Paidós, México, p.p. 136
23. Pollack (1987) Management of Antidepressant-Induced Side Effects . Journal of Clinical Psychiatry, p.p. 38-48
24. Puchev R.C. (1981) Trabajo presentado en el Simposio: "Rehabilitación Médica", Instituto Syntex, México D.F., Mayo, p.p. 1-25
25. Schaefer, E. Charles y Kevin J.O. Connor (1988) Manual de Terapia de Juego. Edit. Manual Moderno S.A., México
26. Schraml, W. (1975) Rehabilitación de las Enfermedades Psíquicas. Psicología Clínica, p.p. 91-96
27. Tohen, Zamudio A. (1982) Medicina Física y rehabilitación. Edit. Librería Acuario S.A., México, p. 764
28. Vaughn, Leff J.P. (1976) The Influence of Family and social factors on the course of psychiatric illness. Br J. Psychiatry, p.p. 125-137

29. Willard, S. Helen y Clare Spackman (1973) Terapia Ocupacional. Barcelona