

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
DEPARTAMENTO DE EJERCICIO PROFESIONAL
SUPERVISADO -EPS-**

**“IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ASISTENCIA PREVENTIVA A
TRAVÉS DE ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS MANUALES Y RECREACIÓN
CON PACIENTES DE MAXILOFACIALES, INFECCIONES ÓSEAS Y CIRUGÍA
PLÁSTICA EN EL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
-IGSS- DE ACCIDENTES 2012”**

**INFORME FINAL DEL EJERCICIO TÉCNICO SUPERVISADO
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

POR

IRVING PÉREZ

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
TERAPISTA OCUPACIONAL Y RECREATIVO**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE
TÉCNICO UNIVERSITARIO**

GUATEMALA, JULIO DE 2014

The background of the page features a large, faint watermark of the official seal of the University of San Carlos of Guatemala. The seal is circular, with the Latin motto "CETERAS ORBIS CONSPICUA ACCADEMIA COACTEM INTER" inscribed around the perimeter. The central emblem depicts a seated figure, likely a saint or scholar, surrounded by various heraldic symbols including castles, lions, and columns with banners reading "PLUS" and "ULTRA".

CONSEJO DIRECTIVO
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Licenciado Abraham Cortez Mejía
DIRECTOR

Licenciado Mynor Estuardo Lemus Urbina
SECRETARIO

Licenciada Dora Judith López Avendaño
Licenciado Ronald Giovanni Morales Sánchez
REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

María Cristina Garzona Leal
Edgar Alejandro Córdón Osorio
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Licenciado Juan Fernando Porres Arellano
REPRESENTANTE DE EGRESADOS

c.c. Control Académico

EPS

Archivo

REG. 208-2012

CODIPs.1426

De Orden de Impresión Informe Final de ETS

11 de julio del 2014

Estudiante
Irving Pérez
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto TRIGÉSIMO TERCERO (33º.) del Acta TREINTA GUIÓN DOS MIL CATORCE (30-2014) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 08 de julio de 2014, que copiado literalmente dice:

“TRIGÉSIMO TERCERO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Ejercicio Técnico Supervisado -ETS- titulado: **“IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ASISTENCIA PREVENTIVA A TRAVÉS DE ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS MANUALES Y RECREACIÓN CON PACIENTES DE MAXILOFACIALES, INFECCIONES ÓSEAS Y CIRUGÍA PLÁSTICA EN EL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL -IGGS- DE ACCIDENTES 2012”**, de la carrera técnica de Terapia Ocupacional y Recreativa, realizado por:

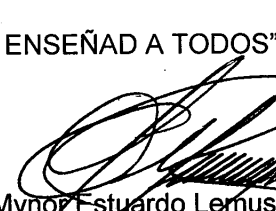
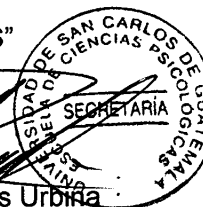
Irving Pérez

CARNÉ No. 200821396

El presente trabajo fue supervisado durante su desarrollo por, el Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera y revisado por, el Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional.”

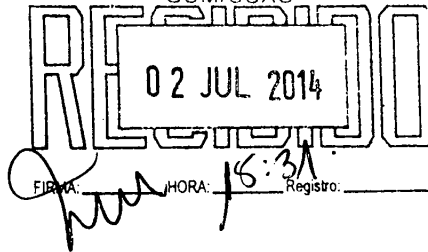
Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciado Mynor Estuardo Lemus Urbina
SECRETARIO

/gaby

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



Reg. 208-2012
EPS. 34-2012

26 de junio del 2014

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetables Miembros:

Informo a ustedes que se ha asesorado, revisado y supervisado la ejecución del Informe Final de Ejercicio Técnico Supervisado -ETS- de

Irving Perez, carné No. 200821396, titulado:

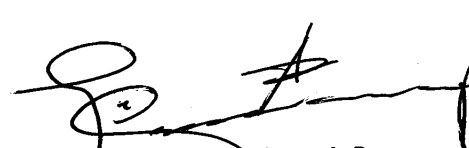
"IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ASISTENCIA PREVENTIVA A TRAVÉS DE ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS MANUALES Y RECREACIÓN CON PACIENTES DE MAXILOFACIALES, INFECCIONES ÓSEAS Y CIRUGÍA PLÁSTICA EN EL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL -IGSS- DE ACCIDENTES 2012."

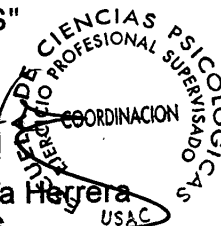
De la carrera de **TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA**

Así mismo, se hace constar que la revisión del Informe Final estuvo a cargo del Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez, en tal sentido se solicita continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera
COORDINADOR DE EPS



/Dg.
c.c. Control Académico

Reg. 208-2012
EPS. 34-2012

30 de mayo del 2014

Licenciado
Oscar Josué Samayoa Herrera
Coordinador del EPS
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM

Respetable Licenciado:

Tengo el agrado de comunicar a usted que he concluido la revisión del Informe Final de Ejercicio Técnico Supervisado -ETS- de

Irving Perez, carné No. 200821396, titulado:

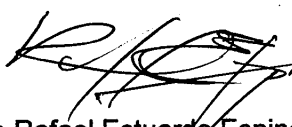
"IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ASISTENCIA PREVENTIVA A TRAVÉS DE ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS MANUALES Y RECREACIÓN CON PACIENTES DE MAXILOFACIALES, INFECCIONES ÓSEAS Y CIRUGÍA PLÁSTICA EN EL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL -IGSS- DE ACCIDENTES 2012."

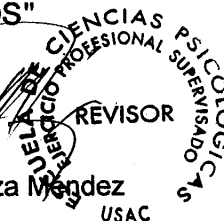
De la carrera de **TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA**

Así mismo, informo que el trabajo referido cumple con los requisitos establecidos por este departamento, por lo que me permito dar la respectiva APROBACIÓN.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez
REVISOR



/Dg.
c.c. Expediente

Reg. 208-2012
EPS. 34-2012

07 de mayo del 2014

Licenciado
Oscar Josué Samayoa Herrera
Coordinador del EPS
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM

Respetable Licenciado:

Informo a usted que he concluido la supervisión del Informe Final de Ejercicio Técnico Supervisado -ETS- de

Irving Perez, carné No. **200821396**, titulado:

"IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ASISTENCIA PREVENTIVA A TRAVÉS DE ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS MANUALES Y RECREACIÓN CON PACIENTES DE MAXILOFACIALES, INFECCIONES ÓSEAS Y CIRUGÍA PLÁSTICA EN EL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL -IGSS- DE ACCIDENTES 2012."

De la carrera de **TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA**

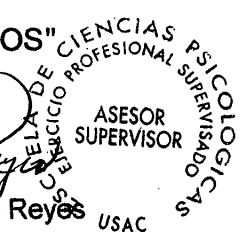
En tal sentido, y dado que cumple con los lineamientos establecidos por este Departamento, me permito dar mi APROBACIÓN para continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Licenciado Domingo Romero Reyes
Asesor-Supervisor



/Dg.
c.c. Expediente

11 de junio del 2014

Reposición

Estudiante
Irving Pérez
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Transcribo a usted el ACUERDO DE DIRECCIÓN NOVECIENTOS SETENTA Y SEIS GUIÓN DOS MIL DOCE (976-2012) de fecha 24 de abril del 2012, que literalmente dice:

“NOVECIENTOS SETENTA Y SEIS: Se conoció el expediente que contiene el proyecto de Ejercicio Técnico Supervisado -ETS-, titulado: **“IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ASISTENCIA PREVENTIVA A TRAVÉS DE ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS MANUALES Y RECREACIÓN CON PACIENTES DE MAXILOFACIALES, INFECCIONES ÓSEAS Y CIRUGÍA PLÁSTICA EN EL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL (IGGS) DE ACCIDENTES 2012,”** de la carrera técnica de **Terapia Ocupacional y Recreativa,** realizado por:

Irving Pérez

CARNÉ No. 200821396

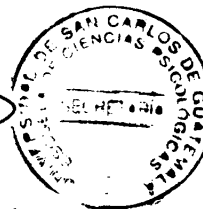
Dicho proyecto se realizará en: Mixco, asignándose al Licenciado Guillermo Pirir quién ejercerá funciones de supervisión por la parte requirente, y al Licenciado Domingo Romero Reyes, por parte de esta Unidad Académica. Considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Departamento de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, resuelve **APROBAR SU REALIZACIÓN.**

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Licenciado Mynor Estuardo Lemus Urbina
SECRETARIO



/gaby



*Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Hospital General de Accidentes "Ceibal"
Modulo de Cirugía de Hombres 2
Ciudad de Guatemala, C. A.*

13 Ave. 1-51 Zona 4 de Mixco,
Colonia Monte Real
Teléfono P.B.X.: 2437-9625
www.igssgt.org

Guatemala, 18 de marzo 2013.

Lic. Josué Samayoa
Coordinador del Departamento Ejercicio de Práctica Supervisada
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos Guatemala

RESPECTABLE LICENCIADO SAMAYOA:

Reciba un cortés saludo y a la vez nuestra mayor pretensión para que sus actividades cotidianas sean desarrolladas exitosamente.

Se expide la presente CONSTANCIA al estudiante del Ejercicio Técnico Supervisado IRVING PÉREZ, de la licenciatura en Ciencias Psicológicas, con carné número 200821396 y período de practica del 12 de marzo al 12 de octubre del año 2012, realizado en el Hospital General de Accidentes "CEIBAL" del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en el servicio Modulo de Cirugía de Hombres 2; especialidades de Cirugía Plástica, Maxilofacial e Infecciones Oseas, con el proyecto titulado "Implementación de un programa de asistencia preventiva a través de actividades terapéuticas manuales y recreación con pacientes de maxilofacial, cirugía plástica e infecciones óseas".

Manifestamos a usted nuestro agradecimiento por el recurso provisto en virtud que su intervención fue satisfactoria y de beneficio para nuestros usuarios hospitalizados.

Sin otro particular quedamos de usted como sus deferentes servidores.

Vo. Bo.

Dr. Arturo Ernesto García Aquino
Director Médico
Hospital General de Accidentes "CEIBAL"

Vo. Bo.

Licda. Soraya Calderón Meza
Superintendente de Enfermería
Hospital General de Accidentes "CEIBAL"

Lic. Guillermo Alfonso Pirir Patzán
Jefe de Servicio de Enfermería
Módulo de Cirugía Hombres 2
Hospital General de Accidentes "CEIBAL"



PADRINO DE GRADUACIÓN

DOMINGO ROMERO REYES
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
COLEGIADO NO. 447

DEDICATORIA

A LA VIDA

Por el corto espacio que me ha otorgado en esta inmensidad de tiempo y de esa manera enseñarme tantas cosas.

A mi MADRE EPIFANIA PÉREZ

Por el sacrificio y amor que me ha brindado desde el día de mi nacimiento hasta la fecha.

A mis HERMANOS

Porque son parte fundamental en mi crecimiento personal y profesional, quiero ser para ellos lo mejor.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad De San Carlos De Guatemala

Por ser mi casa de estudios y el lugar donde encontré mi vocación.

Al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social - Hospital General de Accidentes “ceibal”

Por brindarme la oportunidad y confianza de aplicar el conocimiento
que he adquirido a lo largo de la carrera

A mi FAMILIA

Gracias por instruirme en todo momento, se que la intensión siempre
fue verme como un hombre de éxito.

A los PACIENTES

Gracias a ellos por enseñarme día con día el significado de lucha y
valía

A mis AMIGOS

Por estar presentes en todo momento y compartir alegrías durante
los años de estudio

Agradecimiento ESPECIAL

A la señorita Sara Ivonne Barrera Orellana porque con su admirable
manera de ser me enseñó el sentido de amor al prójimo y apoyo
incondicional

Índice

CAPITULO I	1
ANTECEDENTES	1
1.1 MONOGRAFÍA DEL LUGAR.....	1
1.2 MONOGRAFÍA DE LA INSTITUCIÓN.....	5
1.3 POBLACIÓN ATENDIDA	12
1.4 PLANTEAMIENTO DE LOS PROBLEMAS	13
CAPITULO II.....	15
2.1 ABORDAMIENTO TEÓRICO METODOLÓGICO	15
2.2 OBJETIVOS	34
2.3 METODOLOGÍA DEL ABORDAMIENTO	36
CAPITULO III.....	38
PRESENTACION DE RESULTADOS	38
Subprograma de servicio.....	38
Subprograma de docencia.....	44
Subprograma de investigación.....	47
2.2 OBJETIVOS	50
2.3 METODOLOGÍA DEL ABORDAMIENTO	51
CAPÍTULO IV.....	53
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	53
Subprograma de servicio.....	53
Subprograma de docencia.....	57
Subprograma de investigación.....	61
Capitulo V	64
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	64
CONCLUSIONES	64
Conclusiones Generales:	64
Subprograma de servicio.....	64
Subprograma de docencia.....	64
Subprograma de investigación.....	65
RECOMENDACIONES	65

Recomendaciones Generales	65
Subprograma de servicio.....	65
Subprograma de docencia.....	66
Subprograma de Investigación.....	66
Bibliografía	68

Resumen

El presente trabajo se desarrolló en el hospital; Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) de accidentes ubicado en la zona 7 de Guatemala, con los pacientes del área cirugía de hombres II de los servicios; Maxilofaciales, Cirugía Plástica e Infecciones Óseas. Los hallazgos de las necesidades de atención por medio de un terapeuta ocupacional son de diversa situación. Algunos pacientes necesitaban realizar actividades de recreación para poder salir de la rutina sin actividad alguna. Otros pacientes necesitaban sociabilizar con otros pacientes y compartir intereses y otros pacientes necesitaban simplemente realizar actividades recreativas para disminuir los niveles de ansiedad y estrés al estar en rehabilitación física. La mayoría de pacientes presentaban estos problemas en general. Se tuvo el apoyo del personal de enfermería como también de los médicos especialistas encargados de los servicios antes mencionados, de esta manera la intervención con los pacientes fue a través de programaciones multidisciplinarios en busca del bienestar del paciente en su recuperación, cada profesional aportando del conocimiento propio de su título.

Debido a estos recurrentes padecimientos de los pacientes se implementaron diferentes técnicas de Terapia Ocupacional y Recreativa para que estos padecimientos principales fueran menguando y con esto hacer más rápida la rehabilitación física de los pacientes. De igual manera se realizó un estudio acerca de las razones principales del porqué algunos pacientes se rehúsan a la terapia ocupacional. Este trabajo está dirigido a profesionales, estudiantes y familiares que tengan relación con pacientes en proceso de rehabilitación física derivado por un trauma o alguna infección ósea, acá se mencionan las diferentes técnicas y resultados que se obtuvieron.

Introducción

El programa de intervención primaria se llevo a cabo en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), en el Hospital de Accidentes ubicado en la zona 7 de Guatemala. Este hospital se encarga, en general de brindar atención médica a los pacientes que hayan sufrido algún traumatismo y cuenta con instalaciones para la estadía de pacientes que lo ameriten. Por lo regular estos pacientes tiende a estar por largas horas en la camilla sin realizar algún tipo de actividad y esto produce que el paciente se deprima y ralentice el proceso de rehabilitación física además de presentar posibles cuadros de inestabilidad emocional. Las personas que más tiempo tienen con los pacientes son los enfermeros y luego los médicos. Ambos se dedican a la recuperación física y cuidado de la higiene persona, por lo que la intervención de un terapeuta ocupacional fue necesaria para el bienestar emocional del paciente a través de actividades cuidadosamente programadas en base a las necesidades e intereses de los pacientes.

Dentro de esta intervención existieron ciertas limitantes por parte de la institución como también de los pacientes, por lo que se realizaron intervenciones a cada problemática y limitación que se presentó, en el presente trabajo se describe cuales fueron las soluciones y el procedimiento. La Terapia Ocupacional es necesaria para que los pacientes tengan una forma de descargar las emociones negativas a través de las actividades. Este trabajo fue necesario para que los pacientes tuvieran momentos agradables y tuviera el sentimiento de valía aun estando sobre una camilla en un hospital. La mejora de los pacientes en cuanto a actitud se mejoró durante el tiempo que estuvieron hospitalizados a través de la intervención del siguiente programa de Terapia Ocupacional y Recreativa

CAPITULO I

ANTECEDENTES

1.1 MONOGRAFÍA DEL LUGAR

Antes de la venida de los españoles, la periferia de lo que en la actualidad es el valle de Guatemala, desde San Lucas Sacatepéquez hasta San Pedro Ayampuc, fue dominado por un señorío indígena de idioma pokomam que tenía su centro político-militar en el sitio conocido con el nombre de Mixco (Chinautla Viejo). Este lugar había sido fundado durante las primeras guerras entre k'iche's y kaqchiqueles, aproximadamente entre 1200 y 1250. En su desarrollo, los mixqueños habían hecho alianza con los chinautlecos, otro grupo pokom, tributario a su vez de los k'iche's de Rabinal.

El significado etimológico de Mixco según Antonio de Fuentes y Guzmán, quien interrogó al indígena Marcos Tahuit, el término proviene de Mixco Cucul, que se traduce como "Pueblo de Loza Pintada"; sin embargo, según Luis Arriola la palabra Mixco viene del Nahuatl Mixconco, que significa "Lugar Cubierto de Nubes".

Basado en fotos, escritos e historias que verbalmente fueron narradas de padres a hijos, la municipalidad o ayuntamiento inicia con la venida de los españoles, y es precisamente Pedro de Alvarado quién la inaugura en 1526. Los padres Dominicos, fueron los encargados de colocar a las autoridades en su momento y decidieron que fueran dos alcaldías, una de indios y otra de ladinos, esto sucedió entre 1535 y 1935. Posteriormente, fue dada la alcaldía al primer mayordomo de indios, éste era de la Cofradía de Santo Domingo de Guzmán.

"La municipalidad de Mixco, durante la época colonial dependió de la alcaldía mayor de Sacatepéquez. Con el gobierno del general Justo Rufino

Barrios y del licenciado Miguel García Granados, todas las municipalidades de Guatemala ganaron la autonomía en la firma del acta de Patzicía de 1877. Sin embargo, a 1915 aún mantenían la costumbre de tener dos alcaldes: Uno ladino y uno indígena, a éste último lo llamaban "Alcaldito". Se debe recalcar que los alcalditos de aquel entonces, tenían más poder que los alcaldes ladinos. La mayoría de alcaldes ladinos, eran personajes de la "Calle Real", que voluntariamente aceptaban el cargo por un período no mayor de un año, sin sueldo al igual que el alcalde de indígenas, que era electo por el pueblo en la Cofradía de Santo Domingo de Guzmán".

En 1971 se derribaron las galeras y el arco que ocupaba la municipalidad de Mixco de aquel entonces, iniciándose la construcción de los dos primeros niveles del edificio municipal en la administración de Julio Ambrosio; concluyéndose cuatro días antes de entregar el cargo a Enrique Ramírez en 1974, quién durante su administración construyó el primer edificio anexo actual, finalizándolo en julio de 1978. El tercer nivel del edificio central, se construyó en la administración de Berta Argelia Herrera de Ruano.

Nombre: MIXCO

Extensión: 132 Kms2

Altura: 1,650 msnm

Descripción: Su nombre tiene dos significados "Pueblo de Loza Pintada" y "Lugar Cubierto de Nubes".

Productos: Su agricultura es escasa, por lo que su economía se basa en la industria, ganadería bovina, porcina, avicultura, servicios, comercio y un gran sector laboral que trabaja en la Capital. Está a 29 kilómetros de la Ciudad Capital. Hechos relevantes en su historia: Se cree que fue fundado en 1526, con los habitantes del destruido Mixco Viejo. Grupos étnicos:

Existe una pequeña población Poqomam. Idiomas que se hablan: Poqomam y Español.

+ Según los datos del censo general de población de 1950, Mixco contaba con un total de 11,784 habitantes, correspondiendo a la población urbana 4,181 y el área rural 7,653. Al año de 1986 el municipio mixqueño tenía una población de 297,387 habitantes. La información del último censo del Instituto Nacional de Estadística, INE, indica que al año 2002 había 403,689 habitantes, en una superficie de 132 kilómetros cuadrados de extensión territorial, lo que equivale a 3,058 habitantes por kilómetro cuadrado. "El desarrollo urbanístico del municipio de Mixco de los últimos años y la tendencia de la tasa de crecimiento de estudios anteriores indicaban que a 1993 aproximadamente el 85% del espacio habitacional estaba construido en el municipio" Costumbres: Conserva en alguna medida el sistema de cofradías indígenas y se celebran dos festividades durante el año. En enero, en honor a la Virgen de Morenos y en agosto, a Santo Domingo de Guzmán. Entre las danzas folklóricas que se presentan en este Municipio se puede mencionar la de Los Moros. Patrono: Santo Domingo de Guzmán. Feria: 4 de agosto La cabecera municipal de Mixco se encuentra a sólo 17 km del Centro Histórico de la ciudad de Guatemala. Aunque la mayor parte de este territorio fue absorbida por la expansión de la capital, quedan expresiones propias del pueblo mixqueño. En enero se realiza la fiesta en honor de la Virgen de Morenos y en agosto la celebración de la fiesta dedicada a Santo Domingo de Guzmán.

Mixco es un municipio del departamento de Guatemala, localizado en la República de Guatemala. Se encuentra ubicado en el extremo oeste de la ciudad capital. Se localiza a 90° 34' de longitud oeste y 14° 16' de latitud norte, con un área total de 132 km² y temperatura a 27 grados centígrados.

Es un municipio prácticamente integrado a la ciudad capital, a través del comercio, producción, transporte, vías de comunicación y en cierta medida, en aspectos de salubridad en cuanto al manejo de aguas residuales.

Mixco es un municipio considerado de primera categoría, puesto que cuenta con más de 100,000 habitantes, está integrado por 11 zonas de las cuales la mayoría pertenece al área urbana, sin embargo también cuenta con ciertas áreas rurales, incluso tiene algunas áreas protegidas donde es prohibida la tala de árboles.

Territorialmente el municipio está dividido en once zonas, conformadas por colonias, aldeas, cantones y la cabecera municipal. Sin embargo, algunas aldeas son convertidas en colonias, otras son lotificaciones nuevas y de reciente población, de carácter residencial.

Aldeas

- | | |
|--------------------------|-------------------|
| 1. El Campanero | 6. El Naranjito |
| 2. San José La Comunidad | 7. Sacoj |
| 3. Lo de Coy | 8. Buena Vista |
| 4. Lo de Bran | 9. El Aguacate |
| 5. Lo de Fuentes | 10. El Manzanillo |

Colonias

- | | |
|---------------------|-----------------|
| 1. El Milagro | 11. Monte Real |
| 2. Primero de Julio | 12. Monte Verde |
| 3. San Francisco | 13. El Castaño |
| 4. El Caminero | 14. Pablo VI |

- | | |
|---------------------|----------------------------|
| 5. Carolingia | 15. Belencito |
| 6. Las Brisas | 16. Molino de Las Flores |
| 7. La Brigada | 17. Ciudad San Cristóbal |
| 8. Belén | 18. Lomas de Portugal |
| 9. Monserrat | 19. Bosques de San Nicolás |
| 10. Las Minervas | 20. El Tesoro |
| 21. El Tesoro Banvi | |

De las colonias se excluye La Florida, por haber pasado a formar parte de la Ciudad de Guatemala en 1958.

Alcaldes de Mixco

Alcaldes	Periodo
Elmer David Morales Fión	2000-2001
Víctor Manuel Portillo	2001-2002
René Waldemar García	2002-2004
Amílcar Rivera Estévez	2004-2012
Otto Pérez Leal	2012-2016

1.2 MONOGRAFÍA DE LA INSTITUCIÓN

Historia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

En Guatemala, como una consecuencia de la Segunda Guerra Mundial y la difusión de ideas democráticas propagadas por los países aliados, se derrocó al gobierno interino del General Ponce Vaides quien había tomado el poder después de una dictadura de 14 años por el General Jorge Ubico,

y se eligió un Gobierno democrático, bajo la presidencia del Dr. Juan José Arévalo Bermejo.

El Gobierno de Guatemala de aquella época, gestionó la venida al país, de dos técnicos en materia de Seguridad Social. Ellos fueron el Lic. OSCAR BARAHONA STREBER (costarricense) y el Actuario WALTER DITTEL (chileno), quienes hicieron un estudio de las condiciones económicas, geográficas, étnicas y culturales de Guatemala. El resultado de este estudio lo publicaron en un libro titulado "Bases de la Seguridad Social en Guatemala".

Al promulgarse la Constitución de la República de aquel entonces, el pueblo de Guatemala, encontró entre las Garantías Sociales en el Artículo 63, el siguiente texto: "SE ESTABLECE EL SEGURO SOCIAL OBLIGATORIO". La Ley regulará sus alcances, extensión y la forma en que debe de ser puesto en vigor.

El 30 de octubre de 1946, el Congreso de la República de Guatemala, emite el Decreto número 295, "LA LEY ORGANICA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL". Se crea así "Una Institución autónoma, de derecho público de personería jurídica propia y plena capacidad para adquirir derechos y contraer obligaciones, cuya finalidad es aplicar en beneficio del pueblo de Guatemala, un Régimen Nacional, Unitario y Obligatorio de Seguridad Social, de conformidad con el sistema de protección mínima" (Cap. 1º, Art. 1º).

Se crea así un Régimen Nacional, Unitario y Obligatorio. Esto significa que debe cubrir todo el territorio de la República, debe ser único para evitar la duplicación de esfuerzos y de cargas tributarias; los patronos y trabajadores de acuerdo con la Ley, deben de estar inscritos como

contribuyentes, no pueden evadir esta obligación, pues ello significaría incurrir en la falta de previsión social.

La Constitución Política de la República de Guatemala, promulgada el 31 de mayo de 1985, dice en el artículo 100: "Seguridad Social. El Estado reconoce y garantiza el derecho de la seguridad social para beneficio de los habitantes de la Nación.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social fue creado de manera oficial el 30 de octubre de 1946, cuando el Congreso de la República de Guatemala emite el Decreto 295, referido a la Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Fue el gobierno del presidente Juan José Arévalo el que gestionó el arribo al país de dos técnicos en materia de Seguridad Social, quienes hicieron un estudio de las condiciones económicas, geográficas, étnicas y culturales de Guatemala. El resultado de este estudio lo publicaron en un libro titulado Bases de la Seguridad Social en Guatemala (Historia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, s.f.).

Al promulgarse la Constitución de la República de Guatemala en aquel momento, se confirmó entre las Garantías Sociales en el Artículo 63 el siguiente texto: "Se establece el seguro social obligatorio". La ley, además, regulará sus alcances, extensión y la forma en que debe de ser puesto en vigor. Fue así como se llegó al decreto del 30 de octubre de 1946.

Con la creación del IGSS se formó una "institución autónoma, de derecho público de personería jurídica propia y plena capacidad para adquirir derechos y contraer obligaciones, cuya finalidad es aplicar en beneficio del pueblo de Guatemala, un Régimen Nacional, Unitario y Obligatorio de

Seguridad Social, de conformidad con el sistema de protección mínima”, de acuerdo al artículo uno referido a la institución. Esto significa que debe cubrir todo el territorio de la República de Guatemala y que debe ser único para evitar la duplicación de esfuerzos y de cargas tributarias. Además, los patronos y trabajadores deben estar de acuerdo con la Ley, deben estar inscritos como contribuyentes y no pueden evadir esta obligación porque ello significaría incurrir en la falta de previsión social (Historia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, s.f.)

La Constitución Política de la República de Guatemala, promulgada el 31 de mayo de 1985, dice en el artículo 100: “Seguridad Social. El Estado reconoce y garantiza el derecho de la seguridad social para el beneficio de los habitantes de la Nación”

La Seguridad Social también puede ser identificada como una institución jurídica que tiene como finalidad expresa dar satisfacción a un determinado tipo de derechos económicos y sociales reconocidos constitucionalmente y como finalidad latente contribuir al mantenimiento del sistema económico-social vigente (Alarcón, M. y González, S., 1986). Todo patrono, persona individual o jurídica, que ocupe tres o más trabajadores, está obligado a inscribirse en el Régimen de Seguridad Social.

Misión:

“Proteger a nuestra población asegurada contra la pérdida o deterioro de la salud y del sustento económico, debido a las contingencias establecidas en la ley.”

Visión:

“Ser la institución de seguro social caracterizada por cubrir a la población que por mandato legal le corresponde, así como por su solidez financiera,

la excelente calidad de sus prestaciones, la eficiencia y transparencia de gestión.”

Objetivos Estratégicos:

Ampliación de cobertura.

Solidez financiera.

Oportunidad y suficiencia de las prestaciones.

Eficiencia y transparencia de gestión.

Crecimiento y desarrollo institucional.

Nuestras funciones

El IGSS cumple dos funciones esenciales:

1. Atención médica: mecanismo de protección a la vida, que tiene como fin fundamental la prestación de los servicios médico-hospitalarios para conservar, prevenir o restablecer la salud de nuestros afiliados, por medio de una valoración profesional, que comprende desde el diagnóstico del paciente hasta la aplicación del tratamiento requerido para su restablecimiento.

2. Previsión social: consiste en proteger a nuestros afiliados de aquellos riesgos que los privan de la capacidad de ganarse la vida, cualesquiera que sea el origen de tal incapacidad (maternidad, enfermedad, invalidez, vejez, entre otros); o, en amparar a determinados familiares, en caso de muerte de la persona que velaba por su subsistencia.

Derechos de los afiliados

Las prestaciones en servicio por los cuales el IGSS debe responsabilizarse son:

- Atención médica en las Unidades Asistenciales del IGSS, tanto en consulta externa como en hospitalización.
- Asistencia en medicina general quirúrgica y especializada.
- Medicina que el médico tratante del IGSS indique.
- Laboratorio clínico, rayos X, electroencefalogramas y otros que contempla la institución en caso de que el médico tratante del IGSS lo indique.
- Resolución de problemas en el trabajo relacionadas a la enfermedad.
- Transporte en caso de ser necesario para ser tratado con urgencia en un Centro Asistencial del IGSS.
- En casos de recuperación, por asuntos de distancia, el IGSS proporciona a sus afiliados hospedaje, alimentación y pasaje.
- Se orientará y educará sobre enfermedades y accidentes a través de diferentes medios de comunicación.
- Derecho a rehabilitación.
- Derecho a tratamiento psicológico y social.
- En caso de recuperación, por asuntos de distancia, el IGSS proporciona a sus afiliados hospedaje, alimentación y pasaje.
- Atención por maternidad a la esposa o conviviente, si está inscrita en el programa.
- Atención a hijos menores de cinco años.
- Se proporcionará aparatos ortopédicos.
- Suspensión de labores por problemas de salud (Departamento de Comunicación Social y Relaciones Públicas del IGSS, 2005).

Las prestaciones en dinero por los cuales el IGSS debe responsabilizarse son:

- Dos terceras partes del salario diario por incapacidad debido a enfermedad o a un accidente.

- A las trabajadoras en caso de maternidad, el cien por ciento de salario durante su descanso.
- Por incapacidad permanente por un daño físico.
- Pensión por vejez.
- Por fallecimiento de un trabajador y para gastos de entierro.
- Otorga pensiones por fallecimiento.
- A familiares por incapacidad del afiliado.
- En caso de desaparición física.- En caso de incapacidad permanente

IGSS 7-19

Accidentes

El Programa de Accidentes actualmente tiene cobertura en todos los Departamentos de la República de Guatemala.

Para el otorgamiento de las prestaciones en servicio de este programa el IGSS cuenta con Hospitales, Consultorios, Puestos de Primeros Auxilios y Clínicas de Servicios Contratados.

El Hospital de Accidentes es el Centro de Referencia Nacional, contando con:

Clínicas de Consulta Externa en Especialidades de Cirugía, Traumatología y Ortopedia, Medicina Interna, Medicina Física, Odontología.

Tiene 16 salas de Operaciones, con capacidad estimada de realizar 8,000 procedimientos quirúrgicos durante el año.

Personal altamente Especializado y Tecnología actualizada.

Uno de los pilares en los últimos años, es la cirugía mínimamente invasiva en cada procedimiento quirúrgico.

Para lo cual, se cuenta con:

Un Programa de reemplazos articulares de cadera y rodilla.

- Servicio de Pacientes Quemados.

- Servicio de Cirugía de Mano
- Servicio de Cirugía de Columna
- Servicio de Maxilo Facial
- Servicio de Intensivo
- Servicio de Laboratorios
- Servicio de Rayos X y Ultrasonido

1.3 POBLACIÓN ATENDIDA

Discapacidades: El departamento está dividido en 3 áreas; Maxilofaciales, Cirugía plástica e Infecciones Oseas. Los pacientes presentan diferentes discapacidades.

- Maxilofaciales
 - Tumores benignos y malignos de la cabeza y el cuello.
 - Fracturas y heridas faciales.
 - Malformaciones congénitas: labio leporino, fisura palatina o niños con alteración en la forma del cráneo.
 - Cirugía ortognática: deformidades dentofaciales.
 - Cirugía estética (lifting facial o ritidectomía, blefaroplastia, mentoplastía o genioplastía, rinoplastía y septoplastía, otoplastía, etc.).
 - Cirugía reconstructiva de la cara.
 - Cirugía oral (implantes, dientes incluidos).
 - Patología de la articulación temporomandibular (ATM).
 - Enfermedades de las glándulas salivales: parotiditis, cálculos, tumores benignos y malignos,
- Cirugía Plástica
 - Traumas faciales

- Infecciones Oseas

Edades: los pacientes oscilan en las edades de 18 a 65 años de edad

Género: Dentro de este departamento es exclusivamente para hombres.

Género masculino

Socio-Económico: Los pacientes son en promedio de nivel socio-económico bajo, gracias a la empresa a la que labora o laboraron (jubilados), están en el hospital.

Pacientes Originarios según departamento:

- Ciudad De Guatemala
- Escuintla
- Amatitlan
- Izabal
- El Progreso
- Huehuetenango
- Alta Verapaz
- Baja Verapaz
- Quetzaltenango

1.4 PLANTEAMIENTO DE LOS PROBLEMAS

Con base a lo observado en el instituto Guatemalteco De Seguridad Social (IGSS) 7-19, de la zona 4 de Mixco, Guatemala, en las áreas comprendidas como; Maxilofaciales, Infecciones Oseas y Cirugía Plástica se identificó que algunos pacientes tienen un estadía prolongada, esto hace que los pacientes pasen mucho más tiempo en cama sin hacer actividades productivas o de recreación, estando así propensos a la

pérdida de tono muscular, a presentar llagas y resequedad en la piel, dolores musculares, inactividad en amplitudes articulares, esto comprendido en consecuencias físicas y en la psicológicas puede presentar depresión, falta de sociabilidad, sentimiento de soledad, aburrimiento por la monotonía, irritabilidad, desinterés por comunicación, falta de cooperación hasta conductas suicidas por una depresión mayor.

También se pudo identificar que aunque los pacientes compartan el mismo cuarto, no se relacionan verbalmente con sus compañeros, se aíslan en su cama tomando varias siestas prolongadas, por falta de comunicación con su ambiente, el paciente puede deprimirse, afectando así su pronta rehabilitación física. Los pacientes realizan las mismas actividades todos los días, como dormir, jugar con el celular y los que pueden levantarse de la cama, solo lo hacen para poder ver televisión; llevar una vida rutinaria, es cansado hasta molesto para el individuo, máximo si es una persona que está en proceso de rehabilitación. La monotonía afecta el estado mental del paciente y por consecuente afecta su rehabilitación física. Un problema en común que tienen los pacientes es que se lamentan por su propia economía, y mantiene una preocupación constante por lo mismo, dependiendo del trauma y la patología que el paciente presenta, asimismo varían las esperanzas del reintegro socio-laboral. Los pacientes pasan un largo tiempo durante el día pensando sobre su familia, su trabajo, su hogar, los gastos, el ocuparse en sus seres queridos, normalmente el paciente se encuentra pensativo en la camilla, en las preocupaciones o labores que le esperan al momento de su egreso, esto a largo plazo afecta la salud mental del paciente y la rehabilitación física puede prolongarse más tiempo de lo esperado y no solo eso, sino el problema más grave es el estado mental del paciente que se fue creando en el tiempo de rehabilitación.

CAPITULO II

2.1 ABORDAMIENTO TEÓRICO METODOLÓGICO

Terapia Ocupacional

La Terapia Ocupacional (T.O.) es definida por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional en 1968 como "El arte y la ciencia de dirigir la respuesta del hombre a la actividad seleccionada para favorecer y mantener la salud, para prevenir la incapacidad, para valorar la conducta y para tratar o adiestrar a los pacientes con disfunciones físicas o psicosociales".

Recientemente, la Asociación Profesional Española de terapeutas ocupacionales calificaba a la T.O. como: La disciplina socio-sanitaria que evalúa la capacidad de la persona para desempeñar las actividades de la vida cotidiana e interviene cuando dicha capacidad está en riesgo o dañada por cualquier causa. El terapeuta ocupacional utiliza la actividad con propósito y el entorno para ayudar a la persona a adquirir el conocimiento, las destrezas y actitudes necesarias para desarrollar las tareas cotidianas requeridas y conseguir el máximo de autonomía e integración. (Montallo y Magalhaes, 2004, p. 35)

El terapeuta ocupacional aborda el déficit en los componentes motores, cognitivos, sensoperceptivos y psicosociales que afectan el desempeño funcional de un individuo en las áreas de autovalimiento, productividad y esparcimiento. Las metas del tratamiento se dirigen a ayudar a los individuos a lograr una actitud positiva hacia sus capacidades y modificar gradualmente su habilidad disminuida con vistas a una mayor independencia en sus actividades.

Ayudamos a que una persona mantenga una vida lo más normal e independientemente posible a pesar de sus limitaciones y valorando el potencial que cada uno tiene para el logro de nuevas destrezas. El programa de Terapia Ocupacional realza las habilidades necesarias para que los individuos alcancen la mayor independencia en sus actividades de la vida diaria. Parte de un acercamiento holístico a la rehabilitación, el programa de Terapia Ocupacional se compone de profesionales altamente cualificados que trabajan juntos para desarrollar programas de tratamiento basados en necesidades individuales de cada paciente. La meta fundamental de la Terapia Ocupacional es promover independencia en todas las áreas de la vida. La Terapia Ocupacional emplea la resolución de problemas para mejorar la calidad de vida de la persona y lo hace desde un enfoque holístico, examina todas las tareas en relación a la situación donde se desenvuelve la persona. La Terapia Ocupacional se basa en supuestos filosóficos que tienen que ver con la naturaleza de la persona y su relación con el entorno humano y físico para brindar un adecuado proceso de trabajo en la rehabilitación del individuo. Estos supuestos se siguen la principal razón brindar apoyo al individuo por medio de las ocupaciones bajo un fundamento científico y la importancia de la relación del medio ambiente y el ser humano, es por eso que la terapia ocupacional utiliza diferentes actividades. (Tolón, J. 2009, p. 134, 138)

Según Kronenberg, F. (2006) Al conjunto de actividades se les llama ocupación; la ocupación es considerada como el medio a través del cual los seres humanos dan sentido al significado de la vida; estructura y mantiene la organización del tiempo. La Terapia Ocupacional utiliza la ocupación como medio y como fin. Dentro de la Terapia Ocupacional existen varias técnicas que se utilizan para llegar a un objetivo enfocado siempre en el paciente y en sus necesidades primarias. (p. 246 – 302) Una

de las técnicas más utilizadas está comprendida como Artes Expresivas que son:

Medios predilectos para encontrarse con el centro vital y creativo. El trabajo desde las mismas involucra diferentes lenguajes expresivos utilizados de modo intermodal, reconociendo que los mismos se reúnen y relacionan íntimamente en el espacio de la imaginación humana. Entonces es posible comprender cómo una canción puede ser traducida en colores, un movimiento esculpido, y una pintura traducida en poesía.

La práctica dentro de las artes expresivas, es una práctica que surge con el movimiento postmoderno en la que se cuestiona la hegemonía de la razón y se intenta restituir un diálogo con el cuerpo y con la naturaleza, una sabiduría bien conocida por las sociedades antiguas. Al trabajar desde las Artes Expresivas, se trata de tener una actitud receptiva y dejar ser, basarse en la esperanza de que un nuevo sentido pueda aparecer, si se puede relajar el deseo de controlar el mundo. Si se aprende a respetar el misterio de lo que se puede comprender y controlar. (Rogers, N. 2003, p. 8)

El rol del artista no es imponer una forma preexistente sobre la materia sin sentido sino permitir que el material encuentre su propia forma. En este sentido, el terapeuta es un artista, un facilitador y mediador esencial en este proceso. Es solo a posteriori cuando todo tiene sentido, no a priori. Estar presentes es estar ahí receptivo y despojado.

El efecto terapéutico entonces proviene de la habilidad de permanecer con la experiencia de fragmentación y caos sin imponer una nueva. Las artes expresivas en la Terapia Ocupacional tienen el fin de promover la salud física y mental. Esta unión de las artes y la curación cuenta con una tradición tan antigua como la historia humana, en todas las culturas. Sin

embargo, su aceptación en el ámbito académico, médico y psicológico es aún relativamente nueva. Existen distintas escuelas de Arte Terapia, así como existen distintas escuelas de Psicología que considera que la creatividad es terapéutica en sí misma. El acento está puesto en facilitar el proceso creativo dentro de un marco de confianza y seguridad. (Gómez, 2009, p. 47)

La asociación internacional que nuclea a los terapeutas a través de las artes expresivas se llama International Expressive Arts Therapy Association (IEATA). Es una disciplina que utiliza todos los dispositivos provenientes de las artes (todas) para recuperar y rehabilitar a individuos que padecen dificultades físicas y/o mentales. Actualmente existen 2 corrientes principales: por un lado, los que utilizan la plástica como medio de facilitar un diálogo paciente-terapeuta, con el objetivo de elaborar posteriormente de manera verbal el contenido plástico creado. Por otro lado, están los que se centran en lo artístico, sin requerir la posterior elaboración verbal. Los primeros generalmente son psicólogos o psiquiatras y los segundos, actúan supervisados en su mayoría por psicólogos o psiquiatras, y su labor es planteada como complementaria a una labor psicoterapéutica. Independientemente de la orientación escogida, la terapia artística se caracteriza por: Relevancia del proceso de creación por sobre el producto artístico, ya que es en las limitaciones de este proceso en donde pueden trabajarse las dificultades para simbolizar la experiencia. (Rogers, L. 2003, p. 6)

Importancia de la creatividad, bajo el supuesto que su desarrollo favorecería el surgimiento de soluciones creativas en otras áreas de la vida. Esta técnica funciona muy bien con las actividades terapéuticas manuales cada una por individual o en conjunto se comprenden de la siguiente forma:

Las Actividades Terapéuticas Manuales (ATM) se caracterizan por tener un objetivo en común y estar orientadas al ocio y la ocupación del paciente, consiste en varias técnicas para elaborar cualquier tipo de manualidad o trabajo manual. Las ATM son herramientas que normalmente utiliza un terapeuta ocupacional y se elaboran de material de desecho para crear un objeto que sea de utilidad o simplemente un adorno. Son trabajos efectuados con las manos, con o sin ayuda de herramientas. Generalmente se denomina así a aquellas labores en las que se busca una realización personal, una creatividad casera, o en la mayoría de los casos una forma de desconectar del trabajo o bien como entretenimiento para combatir el tedio o el aburrimiento. De igual manera estas actividades son utilizadas con pacientes que padecen diferentes patologías físicas, con el fin de apoyarlos en la rehabilitación, dependiendo de la patología que presente el paciente se asigna una ATM en donde se pongan a desarrollar movimientos físicos para aumentar la amplitud articular o bien la fuerza muscular, debido a intereses y fines de este trabajo no se profundizara más sobre este aspecto en donde también son muy utilizadas las ATM orientadas a la rehabilitación física, porque el enfoque será sobre la ocupación de tiempo libre, reinserción laboral y método de canalización de emociones.

Las ATM son una forma de ganar dinero, un oficio. Muchas personas que tienen alguna discapacidad que no les permite trabajar en algún lugar específico deciden autoemplearse, esto es, haciendo ATM, las realizan y deciden venderlas ya sea en pequeños lugares del centro de la ciudad donde viven, calle por calle o simplemente desde el lugar donde viven. Ayuda en el desarrollo de la conciencia, el poder de realización, la capacidad creativa y las habilidades manuales, a través de distintas expresiones artísticas empleando diversos materiales.

El uso que se puede emplear en las ATM puede ser con fines de lucro, para que el paciente que no tiene ingresos económicos a falta de un trabajo por sus limitantes físicas, obtenga ganancias sin invertir casi nada o nada. Se pueden crear planes para elaborar todo tipo de ATM teniendo en cuenta primeramente las necesidades del paciente y luego sus capacidades y habilidades.

Según, Hall, Carrie M. (2006) es un hecho innegable que la elaboración, creación y el desarrollar alguna destreza dentro del campo de las ATM beneficia favorablemente a las personas en su autoestima, ayuda a su crecimiento personal, profesional y a liberar el estrés del diario vivir y es recomendado por médicos, capacitadores, instructores y docentes para descubrir destrezas y encauzar la energía que poseen las personas, esto tanto para damas, caballeros, niños, adolescentes y adultos les permite fortalecer la visión de sí mismos de manera positiva y sirve como medio económico para atenuar el estrés liberándolo ya sea por el trabajo manual tanto para muebles, confección de trabajo manual diversos como para darse a conocer y sentirse bien con ellos mismos, a los niños les sirve mucho para reforzar la concentración y crear destrezas motoras o de cooperación y a socializar entre otras, todo esto tanto para adultos como para niños contribuye a liberar estrés siendo beneficioso para la salud ayudando a salir de la monotonía, previniendo o como terapia para problemas como la depresión. (p. 104 – 107)

La ocupación del paciente es importante pero se tiene que recordar que las actividades terapéuticas manuales son terapéuticas si se emplea objetivos concretos y se enfoca en aspectos específicos tanto físicos como psicológicos, de lo contrario se estaría trabajando manualidades sin ningún fin.

Otro aspecto muy importante son las Actividades de la Vida Diaria que hay que tomar en cuenta al paciente como un ente integral que está en constante movimiento:

Las actividades de la vida diaria son aquellos requisitos que las personas, en un marco temporal concreto, han de satisfacer para su propio beneficio, a fin de conseguir el mantenimiento de la vida, un funcionamiento saludable, el desarrollo personal continuo, y el mayor grado de bienestar y calidad de vida posible. Las actividades de la vida diaria incluyen respirar, comer y beber, moverse, reposar y dormir, eliminar, evitar peligros y prevenir riesgos, comunicarse e interaccionar socialmente, y trabajar y divertirse. En este apartado, hallará consejos y directrices para satisfacerlas adecuadamente, sea cual sea la situación de vida o de salud, por medio de los recursos internos y externos que están al alcance de cada persona.

Sociabilización

La socialización es un proceso por el cual el individuo acoge los elementos socioculturales de su ambiente y los integra a su personalidad para adaptarse en la sociedad. También, es la asunción o toma de conciencia de la estructura social en la que un individuo nace, y aprende a diferenciar lo aceptable (positivo) de lo inaceptable (negativo) en su comportamiento que se le llama socialización. La socialización se puede clasificar en tres etapas las cuales son: primaria, secundaria y terciaria. La socialización es factible gracias a los agentes sociales, que se pueden identificar como la familia, la escuela, los iguales y los medios de comunicación. Además, son las instituciones e individuos representativos con capacidad para transmitir e imponer los elementos culturales apropiados. Los agentes sociales más representativos son la familia, porque posee un rol primordial, es el primer nivel social al que tenemos acceso y la escuela, ya que en la actualidad ha

perdido su papel principal y la escuela es transmisora de conocimientos y de valores. Es el acto propio de un ser humano ante la vida, su forma de relacionarse con su medio y entorno social, implicando agentes de socializantes Enseñarlos a convivir con los demás, a que pierdan el temor de asistir a un plantel educativo (de cualquier nivel) e inculcarles el respeto a los demás. (Paganizzi, Liliana. 2007, p. 46).

Es el acto de percibir los cambios sociales y manipularlos. Proceso social que consiste en integrar a los individuos dentro de una sociedad teniendo en cuenta una serie de elementos o agentes que influirán en mayor o menor grado en la persona. Es un proceso por el cual el ser humano va adaptándose al medio donde vive por el cual el ser humano adquiere la experiencia de interrelacionarse con los demás, adquiriendo en dicha experiencia aptitudes y conocimientos que le permitirán desenvolverse en la sociedad.

Es un proceso de influjo entre una persona y sus semejantes, un proceso que resulta de aceptar las pautas de comportamiento social y de adaptarse a ellas. La socialización se puede describir desde dos puntos de vista: objetivamente; a partir del influjo que la sociedad ejerce en el individuo; en cuanto proceso que moldea al sujeto y lo adapta a las condiciones de una sociedad determinada, y subjetivamente; a partir de la respuesta o reacción del individuo a la sociedad. La socialización es vista por los sociólogos como el proceso mediante el cual se inculca la cultura a los miembros de la sociedad, a través de él, la cultura se va transmitiendo de generación en generación, los individuos aprenden conocimientos específicos, desarrollan sus potencialidades y habilidades necesarias para la participación adecuada en la vida social y se adaptan a las formas de comportamiento organizado característico de su sociedad. La

sociabilización va de la mano con otra técnica de Terapia Ocupacional que es la Recreación:

El término recreación proviene del latín recreativo, que significa restaurar y refrescar (la persona). De ahí que la recreación se considere una parte esencial para mantener una buena salud. El recrearse permite al cuerpo y a la mente una "restauración" o renovación necesaria para tener una vida más prolongada y de mejor calidad. Si se realiza nuestras actividades sin parar y sin lugar para la recreación, tanto el cuerpo como la mente llegarían a un colapso que conllevaría a una serie de enfermedades y finalmente a la muerte. Debido a eso, la recreación se considera, socialmente, un factor trascendental. Los beneficios de recrearse van más allá de una buena salud física y mental, sino un equilibrio de éstas con factores espirituales, emocionales y sociales. Una persona integralmente saludable realiza sus actividades con mucha más eficiencia que una persona enferma.

La recreación se asocia también con el factor intelectual y educativo. Investigaciones han demostrado que los niños aprenden mucho más en ambientes relajados, sin presión. Es por ello que la recreación es fundamental para el desarrollo intelectual de las personas. A la vez, el recrearse proporciona en sí, una forma de aprendizaje, a través de experiencias propias y de la relación de la persona con el exterior. Se entiende por recreación a todas aquellas actividades y situaciones en las cuales esté puesta en marcha la diversión, como así también a través de ella la relajación y el entretenimiento. Son casi infinitas las posibilidades de recreación que existen hoy en día, especialmente porque cada persona puede descubrir y desarrollar intereses por distintas formas de recreación y divertimento. La recreación se da normalmente a través de la generación de espacios en los que los individuos pueden participar libremente de

acuerdo a sus intereses y preferencias. La noción básica de una situación de recreación es la de permitir a cada uno encontrar lo que más placer le genera, pudiendo por tanto sentirse cómodo y haciendo entonces lo mejor de la experiencia. (Rogers, N. 2003)

La recreación se diferencia de otras situaciones de relajación tales como el dormir o descansar implica siempre una participación más o menos activa de la persona en las actividades a desarrollar. Ha sido científicamente comprobado que aquellas personas que se ven inmersas en sus rutinas laborales y que no dedican espacios a experiencias de recreación, suelen sufrir por lo general mayores niveles de stress, angustia y/o ansiedad. Por tanto, la recreación sirve al ser humano no sólo para activar el cuerpo, sino también para mantener en un sano equilibrio a la mente.

La recreación como actividad organizada puede desarrollarse tanto en espacios abiertos como en espacios cerrados. Claros ejemplos del primer caso serían todo tipo de actividades a realizar en parques, plazas o en la naturaleza. Para el segundo caso, pueden ser perfectas opciones aquellas actividades recreativas relacionadas con el arte, la música, la comunicación, el teatro, el cine y el uso de tecnologías de última generación. La organización de espacios de recreación para una determinada comunidad es una tarea importante que atañe a los gobiernos esto debido a que a través de ella los individuos pueden establecer lazos de contacto y de pertenencia mucho más sólidos, así como también pueden bajar los niveles sociales de estrés, violencia e individualismo.

Salud Mental

Salud mental o "estado mental" es la manera como se reconoce, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno

socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida. Se dice "salud mental" como analogía de lo que se conoce como "salud o estado físico", pero en lo referente a la salud mental indudablemente existen dimensiones más complejas que el funcionamiento orgánico y físico del individuo. La salud mental ha sido definida de múltiples formas por estudiosos de diferentes culturas. Los conceptos de salud mental incluyen el bienestar subjetivo, la autonomía y potencial emocional, entre otros. Sin embargo, las precisiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establecen que no existe una definición "oficial" sobre lo que es salud mental y que cualquier definición al respecto estará siempre influenciada por diferencias culturales, asunciones subjetivas, disputas entre teorías profesionales y demás. Manera también, como las personas relacionan su entorno con la realidad. (Sánchez, Ó., Polonio, B. & Pellegrini, M. 2012, p. 78, 106).

Depresión

El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida. Aunque ése es el núcleo principal de síntomas, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático. En la mayor parte de los casos, el diagnóstico es clínico, aunque debe diferenciarse de cuadros de expresión parecida, como los trastornos de ansiedad.

La persona aquejada de depresión puede no vivenciar tristeza, sino pérdida de interés e incapacidad para disfrutar las actividades lúdicas

habituales, así como una vivencia poco motivadora y más lenta del transcurso del tiempo. Su origen es multifactorial, aunque hay que destacar factores desencadenantes tales como el estrés y sentimientos (derivados de una decepción sentimental, la contemplación o vivencia de un accidente, asesinato o tragedia, el trastorno por malas noticias, pena, y el haber atravesado una experiencia cercana a la muerte). (Hornstein, Luis. 2006).

También hay otros orígenes, como una elaboración inadecuada del duelo (por la muerte de un ser querido) o incluso el consumo de determinadas sustancias (abuso de alcohol o de otras sustancias tóxicas) y factores de predisposición como la genética o un condicionamiento educativo. Dentro de la rehabilitación de un paciente puede estar propenso a la depresión esto derivado por no emplear el tiempo de ocio, el ocio se entiende de esta forma:

Se llama ocio al tiempo libre que se dedica a actividades que no son ni trabajo ni tareas domésticas esenciales, y pueden ser recreativas. Es un tiempo recreativo que se usa a discreción. Es diferente al tiempo dedicado a actividades obligatorias como son comer, dormir, hacer tareas de cierta necesidad, etc. El ocio es como una actividad realizada para descansar del trabajo. Debe tener, como toda actividad, un sentido y una identidad, ya que si no tiene sentido es aburrido. El ocio es un conjunto de ocupaciones a las que el individuo puede entregarse de manera completamente voluntaria tras haberse liberado de sus obligaciones profesionales, familiares, y sociales, para descansar, para divertirse, para desarrollar su información o su formación desinteresada, o para participar voluntariamente en la vida social de su comunidad. La distinción entre las actividades de ocio y las obligatorias no es estricta y depende de cada persona; así estudiar, cocinar o hacer música, puede ser ocio para unos y

trabajo para otros, pues estas últimas pueden hacerse por placer además de por su utilidad a largo plazo, y por su eventual ganancia económica. Al ocio se lo puede emplear en actividades motivadoras y productivas. Por otro lado, el ocio en Grecia era considerado el tiempo dedicado, principalmente por filósofos, para reflexionar sobre la vida, las ciencias y la política. El ocio es el tiempo libre de una persona. Se trata de la cesación del trabajo o de la total omisión de la actividad obligatoria. Podría definirse al ocio como el tiempo recreativo que un individuo puede organizar y utilizar de acuerdo a su propia voluntad. El ocio no sólo excluye las obligaciones laborales, sino también el tiempo invertido para la satisfacción de necesidades básicas como comer o dormir. El uso más habitual del concepto está vinculado al descanso del trabajo.

El ocio, por lo tanto, aparece fuera del horario laboral o en el periodo de vacaciones. Es importante darle un sentido al ocio (por ejemplo, a través de la práctica de algún deporte, la lectura o la realización de paseos), de lo contrario es probable que este tiempo libre se transforme en aburrimiento. Las exigencias del mundo actual hacen que el ocio sea cada vez más infrecuente. Hoy en día es normal que un trabajador consulte su correo electrónico laboral durante el fin de semana o que un niño realice estudios complementarios al finalizar la jornada escolar. Por eso, cuando las personas se encuentran con tiempo libre, muchas veces ni siquiera saben en qué invertirlo. Hay que tener en cuenta que lo que algunos sujetos realizan de manera obligatoria para otros puede constituir un momento de ocio. Ese es el caso de cocinar (algunas personas lo hacen por obligación para alimentar a sus familias, mientras que otras cocinan por placer) o leer (una actividad que puede ser tanto recreativa como obligatoria, según el caso).

Es importante hacer mención sobre algunos términos básicos de medicina y anatomía, esto porque en el área donde se efectuó la intervención de Terapia Ocupacional, los pacientes habían sufrido en su mayoría traumatismos en sus rostros y existían algunas lesiones que incluían ciertos huesos faciales que se debía de tener sumo cuidado al realizar las actividades, así como también se debía de tomar en cuenta el tiempo que los pacientes debían permanecer en cama. Además de los pacientes con traumatismos también existían pacientes con infecciones óseas, es por eso que en el siguiente apartado se resaltan las infecciones óseas comunes que padecían los pacientes que asistieron a Terapia Ocupacional.

Cirugía maxilofacial

La Cirugía Maxilofacial tiene como finalidad el tratamiento mediante procedimientos quirúrgicos de las diferentes alteraciones que se presentan en el esqueleto facial ya sea de tipo congénito, traumáticas o adquiridas, durante el desarrollo de los huesos faciales en las diferentes etapas del crecimiento humano. Se pueden corregir alteraciones del desarrollo del MAXILAR SUPERIOR como lo son el hundimiento del maxilar , alargamiento mostrando una sonrisa donde se ve toda la encía y los dientes alargados, inclinación de el plano oclusal, alteraciones de la mordida, asimetrías faciales que se pueden generar por factores congénitos, hereditarios o alteraciones durante el desarrollo como lo hacen los niños respiradores orales con problemas de alergias, crecimiento de los cornetes o las adenoides, los que tienen hábitos como poner la lengua entre los dientes o una inadecuada masticación.

Hueso frontal

El hueso frontal es un hueso del cráneo humano. Es un hueso plano, impar, central, simétrico con dos caras (endocraneal y exocraneal) y un

borde circunferencial. El hueso frontal se encuentra en la parte anterosuperior del cráneo por delante de los huesos parietales y un poco por arriba del esfenoides, y montado sobre el etmoides, y el macizo facial. El hueso frontal ocupa la superficie de la cara que se corresponde con la frente y la prominencia cubierta por las cejas una porción vertical y superior, regularmente convexa que suele recibir el nombre de escama frontal y forma parte de la bóveda craneal. (Rouvière, H. y Delmas, A. 1996, p. 154.).

Seno Frontal

Son dos cavidades separadas por el tabique interfrontal; cada seno, a su vez puede tener uno o más compartimentos. Se comunican con el meato medio nasal a través del conducto nasofrontal. Mide en promedio 3 cm. de alto y de 2 a 2.5 de ancho, con una profundidad de 1.5 a 2 cm. su capacidad aproximada es de 6 a 7 ml. Relaciones importantes: Adelante de la pared de la frente, abajo está la órbita y el techo de la cavidad nasal y atrás la fosa craneal anterior y los senos sagitales superior e inferior. El grosor de la mucosa del seno frontal es menor a la del tabique y los cornetes. Rouvière, H. y Delmas, A. (1996, p.167).

Seno Etmoidal

El laberinto o celdillas etmoidales, se encuentran a cada lado de la mitad y el tercio superior de la cavidad nasal y medial al hueso de la órbita. El hueso etmoidal consta de una lámina horizontal y otra vertical. La pared externa del laberinto etmoidal está formada por una lámina del etmoides y por los huesos lagrimales, además de la pared interna de la cavidad orbitaria. El volumen de los dos senos etmoidales es de 14 ml. Rouvière, H. y Delmas, A. (1996, p. 175).

La órbita

Las órbitas son las dos cavidades situadas a ambos lados de la línea media de la cara destinadas a alojar los globos oculares y sus anexos. Su forma es de pirámide cuadrangular con un eje oblicuo de delante a atrás y de fuera adentro. Su profundidad oscila entre individuos desde los 42 a los 50 mm, su anchura en la base es en promedio de 40 mm, y su altura de unos 35 mm. (Netter H., Frank. 2007, p. 135).

Hueso malar

El hueso cigomático (también llamado malar) es un hueso par, corto y compacto, situado en la parte más externa de la cara, en forma cuadrilátera que forma el pómulo de la cara y parte de la órbita y presentan un saliente o proceso cigomático que se une hacia atrás con el proceso cigomático del hueso temporal. Se articulan con el temporal, el maxilar, esfenoides y el frontal. (Netter H., Frank. 2007, p. 148).

Hueso Maxilar Superior

El hueso maxilar (denominado también maxila o maxilar superior) es un hueso de la cara, par, corto, de forma irregular cuadrilátera, con dos caras, interna y externa, cuatro bordes y cuatro ángulos. Es el hueso más importante del viscerocráneo. (Netter H., Frank. 2007, p. 157).

Hueso de Maxilar Inferior

La mandíbula (denominado anteriormente maxilar inferior) es un hueso, plano, impar, central y simétrico, en forma de herradura, situado en la parte inferior y anterior de la cara. La cirugía oral y maxilo-facial, especialidad de la odontología, es la encargada de estudiar su anatomía, estructura y procesos patológicos. Presenta un cuerpo horizontal y dos

ramas ascendentes verticales, situadas a ambos lados del cuerpo. Es el hueso más denso y prominente de la cara. En su interior se encuentra una cavidad, recubierta de mucosa y rellena de aire, denominada seno maxilar. Su inflamación, con acumulación de moco o material purulento da lugar a sinusitis. Se encuentra en el centro de la cara, debajo del frontal y del etmoides. Se articula con estos huesos y con el maxilar superior del otro lado (contralateral), el cigomático (o malar o pómulo), el lagrimal (o lacrimal o unguis), el hueso propio de la nariz (o nasal), el vómer y el cornete inferior (o concha nasal inferior). (Netter H., Frank. 2007, p. 176).

Cirugía plástica

La Cirugía Plástica es una rama especializada de la cirugía implicada en la reparación de las deformidades y la corrección de los defectos funcionales. La Cirugía Plástica y Reparadora (CPL) se define como una rama de la cirugía que se ocupa de la corrección quirúrgica de todo proceso congénito, adquirido, tumoral o simplemente involutivo que requiera reparación o reposición de estructuras superficiales que afecten a la forma y función corporal, estando sus técnicas basadas en el trasplante y movilización de tejidos. Para esto se emplean injertos, plastias e implantes de material inerte. (Baker, S. 2010, p. 25.)

Infecciones óseas

Corresponde a la infección del hueso, considerado como un órgano, proceso que se extiende a la totalidad de los tejidos que lo componen.

Así, la infección compromete en mayor o menor grado al tejido mieloreticular contenido en el canal medular, los conductos de Havers (Haversitis), al tejido óseo propiamente tal, ya sea laminillas en el hueso

esponjoso o compacto en la cortical (osteítis), compromiso del periostio (periostitis), de vasos y nervios.

La traducción clínica, radiológica, anatomopatológica, pronóstica y terapéutica, está determinada por la alteración e intensidad del daño en los tejidos comprometidos. Son estos hechos, variables de un caso a otro, los que determinan los diferentes caracteres con que se pueden presentar los cuadros de la enfermedad. (S.E.R. Sociedad Española de Reumatología. 2010, p. 32).

Necrosis

La necrosis es la muerte patológica de un conjunto de células o de cualquier tejido del organismo, provocada por un agente nocivo que causa una lesión tan grave que no se puede reparar o curar. Por ejemplo, el aporte insuficiente de sangre al tejido o isquemia, un traumatismo, la exposición a la radiación ionizante, la acción de sustancias químicas o tóxicos, una infección, o el desarrollo de una enfermedad autoinmune o de otro tipo. Una vez que se ha producido y desarrollado, la necrosis es irreversible. Es una de las dos expresiones morfológicas reconocidas de muerte celular dentro de un tejido vivo. (S.E.R. Sociedad Española de Reumatología. 2010, p. 147, 148).

Osteoporosis

Enfermedad sistémica del esqueleto, caracterizada por una masa ósea baja y un deterioro de la microarquitectura del tejido óseo, con el consiguiente incremento en la fragilidad ósea y susceptibilidad a su fractura, por encima de los cincuenta años se considera que una de cada

cuatro mujeres y uno de cada ocho hombres tienen osteoporosis en algún grado. (S.E.R. Sociedad Española de Reumatología. 2010, p. 95, 107).

Artrosis

Según la S.E.R. Sociedad Española de Reumatología. (2010), ésta enfermedad que afecta cualquier articulación del cuerpo. Puede ser primaria; es decir, que no tiene causa desencadenante conocida; o secundaria, en cuyo caso se debe especificar su origen. Entre las múltiples causas que pueden desencadenar una Artrosis, se encuentran los traumatismos, las infecciones, las enfermedades sistémicas o reumatológicas, etcétera. En general, cualquier factor que dañe el cartílago de una articulación desencadenará su progresivo desgaste y destrucción, lo que finalmente pasará a ser una Artrosis de esa articulación. Toda artrosis tiene tratamiento, el cual dependerá del grado de destrucción de la o las articulaciones. En una primera etapa se tratan sus síntomas. Posteriormente y a medida que avanza la destrucción articular se puede llegar, en los casos más avanzados, al reemplazo de la articulación dañada por una Prótesis. (p. 205, 207).

Osteoartritis

No sólo la osteoporosis es un reto para la tercera edad, también y seguramente un dolor más frecuente, silencioso y extendido es el derivado de la osteoartritis, con el incremento absoluto y relativo de la población de la tercera edad, se estima que del 1,5 millón de personas de más de 65 años de nuestro país, el 80% tienen o pasan por algún tipo de osteoartritis de modo permanente o esporádico e intermitente en su frecuencia. Por lo general y a partir de los cincuenta años, este tipo de trastornos coexisten con algún otro de tipo crónico.

Osteomielitis

La osteomielitis es la inflamación del hueso causada por la infección por microorganismos bacterianos o fúngicos. A menudo la osteomielitis se clasifica en tres tipos diferentes: 1) osteomielitis hematógena aguda; 2) osteomielitis secundaria a la diseminación por contigüidad de la infección después de un traumatismo, heridas punzantes, cirugía o sustitución articular, y 3) osteomielitis secundaria a insuficiencia vascular.

Escoliosis

Es una desviación lateral de la columna con rotación de las vértebras sobre las inmediatas superior e inferior sin causa identificable. Esta desviación de la columna afecta aparentemente a estructuras tales como los hombros, la espalda y la pelvis. No duele ni afecta inicialmente a la vida de relación del paciente. Sin embargo, con el paso del tiempo una "columna desviada" se "desgasta" más y aparece una "escoliosis dolorosa del adulto". Si se entiende que la columna se puede dividir en cervical, torácica (costillas) y lumbar, existirán desviaciones para cada segmento. La curva torácica es la más común, seguida por la curva doble torácica y lumbar y la lumbar. Por la edad, una escoliosis puede ser congénita, infantil, del adolescente y juvenil. (S.E.R. Sociedad Española de Reumatología. 2010).

2.2 OBJETIVOS

Objetivo general

- Realizar actividades ocupacionales dirigidas a pacientes ambulatorios y no ambulatorios para que el tiempo de ocio sea productivo y recreativo esto para que su estadía de rehabilitación sea con bien estar emocional y productivo.

Objetivos Específicos

Servicio

- Desarrollar vínculos de comunicación a través de actividades de sociabilización para que los pacientes puedan relacionarse con otros pacientes y profesionales para mantener un ambiente agradable.
- Implementar un método de abordaje diferente sobre las Actividades Terapéuticas Manuales con los pacientes no ambulatorios para que puedan ocupar su tiempo libre en algo productivo, poniendo de manifiesto sus habilidades.
- Incentivar a los pacientes en las Actividades de Recreación para liberar el estrés y la ansiedad y con ello la rehabilitación física no se vea comprometida por estos factores psicológicos

Docencia

- Concientizar al personal médico y enfermeros por medio de pláticas, con temas relacionados al apoyo moral a los pacientes, esto para un mejor trato y cuidado del paciente en sus actividades de la vida diaria.
- Fomentar el interés de participación por medio de pláticas motivacionales a los pacientes, enfocado en el beneficio de la Terapia Ocupacional y Recreativa en la resistencia de la rehabilitación física.

Investigación

- Descubrir las razones del porqué hay pacientes que se rehúsan a participar en las diferentes actividades de Terapia Ocupacional y Recreativa.

2.3 METODOLOGÍA DEL ABORDAMIENTO

Servicio:

Dentro del subprograma de servicio primero se presentó el etesista con datos personales y generales, posterior a esto, entabló conversación con los pacientes para formar Rapport; luego se presentó la actividad. Se brindaron instrucciones, previo a la ejecución de la actividad se realizó un ejercicio rompehielo, dentro del desarrollo de la actividad se resolvieron dudas y comentarios de los pacientes, se estuvo asesorando al paciente. Al culminar la actividad se mostró a los pacientes presentes el trabajo culminado y se hicieron preguntas y respuestas.

Docencia:

Para llevar a cabo el subprograma de docencia primero se presentó el etesista, luego se mencionó el motivo de la actividad y la presentación del tema. Para comenzar a interactuar con los presentes se realizó una dinámica rompehielo, posterior a esto comenzó la introducción al tema, se desarrolló el tema con carteles y cañonera, dentro de la presentación se realizó una dinámica relacionada con el tema para incrementar la atención y para dejar en claro los puntos de dicha presentación, simultáneamente a la presentación estuvo abierto el diálogo para las personas que desearon intervenir, se hicieron preguntas y se resolvieron dudas, al final se desarrolló las conclusiones del tema, agradecimientos y cierre.

Investigación:

Para desarrollar el subprograma de investigación como primer paso se escogió el tema a investigar , posterior a esto se hicieron consultas bibliográficas acerca del tema seleccionado, luego se elaboró el instrumento para poder cuantificar y cualificar los aspectos que se tomaron en cuenta, se aplicaron dichos instrumentos a la población elegida; se tabuló la información recabada para su posterior interpretación de datos, posterior a esto se analizaron, como siguiente paso se elaboraron las conclusiones y las recomendaciones que se obtuvieron de la investigación.

CAPITULO III

PRESENTACION DE RESULTADOS

Subprograma de servicio

Durante el primer día se comenzó a socializar con los pacientes, por cada habitación hay cinco pacientes y existen siete habitaciones; se aprovechó para conversar uno por uno, el Etesista¹ les comentaba la asistencia de un terapeuta ocupacional en esa área del hospital. Se formulaba preguntas sobre si conocían algo de Terapia Ocupacional. Algunos pacientes se mostraban renuentes a conversar, se pudo identificar cierto descontento o disgusto, se asumió que era por efecto de la medicina o por las malas noches que otros pacientes pasaban en el hospital.

El mayor número de pacientes estaban interesados en conversar, lo que regularmente les gustaba platicar a los pacientes, era acerca de las lesiones físicas que tenían. La forma en cómo lo abordaban era de lamentación y desconsuelo, entonces ahí fue donde se tuvo la oportunidad de crear empatía; al escucharlos y hacer pequeñas preguntas para que ellos siguieran contando sus historias, fue lo que ayudó a que los pacientes iniciaran a depositar su confianza, para ser aceptados y sobre todo escuchados.

Con el pasar de los días con cada paciente nuevo se conversaba y se integraba al grupo de Terapia Ocupacional, los pacientes que ya estaban integrados apoyaba a los pacientes nuevos a que se incorporaran. Esto se hizo por medio de un ambiente agradable e induciendo a los pacientes a que socializaran con los nuevos pacientes, el resultado fue mejor de lo esperado, con el pasar de los días los mismo pacientes comenzaba a integrar a otros y socializar por ellos mismo, sin necesidad de total intervención del terapeuta ocupacional. En los pacientes se notaba una evidente felicidad por tener un espacio amplio y ameno donde compartir lo que estaba atravesando, los pacientes tenían un tema en común y era las diferentes patologías físicas por las cuales estaban en el hospital. Al tener la presencia de varios pacientes y con la intención de mantener la

N. del A.

¹ Éste término se utiliza para referirse a la persona que se ha sometido a realizar el Ejercicio Técnico Supervisado, por sus iniciales ETS se atribuye el nombre de Etesista.

comunicación y la sociabilización se implementaron actividades, de las primeras actividades que se realizaron fueron juegos de mesa que se mezclaran con actividades terapéuticas de recreación. El juego "damas" fue el primero en implementarse; se pensó en ese juego, tomando en cuenta que todos los pacientes eran hombres y las edades estaba comprendidas en 18 a 60 años. La actividad se llevaba en conjunto, todos los pacientes estaban reunidos en un solo lugar y se hacían torneos, premiando a los primeros lugares, eso también ayudó a que quienes no conocían el juego, se fueran interesando, los que si lo conocían apoyaban a los pacientes que estaba interesados en aprender.

Con cada paciente fue diferente la intervención de sociabilización, se tenían programadas actividades para poder abordar a pacientes nuevos. Todos los días los médicos encargados de los pacientes, visitaban cada cuarto y evaluaban la evolución del paciente, revisaban si durante el día anterior hubo complicaciones y también veían la administración de medicamentos; cada aspecto era importante. Ese momento era directamente para tratar aspectos médicos, ya que era todos los días en la mañana, el terapeuta ocupacional, aprovechó para conocer a los pacientes nuevos, era una breve introducción para que el terapeuta se presentara como la persona que iba a estar apoyando en el tema de ocupación. La impresión que se tuvo fue; que los pacientes percibían al terapeuta ocupacional como un ente del equipo médico y que está ahí para apoyar en la mejora de salud.

El tipo de comunicación que se tenía entre pacientes y el terapeuta ocupacional era muy amena, al inicio de la mañana el terapeuta ocupacional se encargaba de saludar a cada paciente, durante la visita médica, se preguntaba ¿cómo amaneció? y se le adelantaba lo que se iba a hacer en la Terapia Ocupacional.

Dentro de las habitaciones existían dos tipos de pacientes con necesidades distintas, estaban los pacientes ambulatorios y los pacientes no ambulatorios. Con los pacientes no ambulatorios se trabajaba la sociabilización de forma individual en el mayor de los casos, y cuando existían pacientes que estuvieran compartiendo el mismo cuarto se trabajaba con ambos pacientes y se realizaban actividades para fomentar la comunicación.

El método más efectivo que se utilizó en la sociabilización fue leer un mismo libro, entre pacientes que comparten un mismo cuarto, al terminar la lectura cada quien daba su punto de vista, también el terapeuta ocupacional daba su punto de vista de la lectura asignada.

Con los pacientes ambulatorios la sociabilización se trabaja regularmente en el área de Terapia Ocupacional, esto se hacía todos los días, por medio de Actividades Terapéuticas Manuales, Actividades Terapéuticas de Recreación y Artes Expresivas. Los pacientes regularmente tenían una actitud colaboradora y positiva al momento de compartir con los demás pacientes, al finalizar en definitiva la terapia ocupacional, los pacientes compartieron y convivieron si necesidad de propiciar la sociabilización, esto debido a que meses anteriores se relacionaron y crearon vínculos de comunicación.

La socialización es fundamental en cualquier actividad que se desarrolle dentro de la Terapia Ocupacional y Recreativa, ayuda a que el paciente pueda realizar la tarea asignada, existen actividades de las cuales se necesita platicar con otra persona que también esté haciendo dicha actividad, comparar resultados, solicitar apoyo y sobre todo compartir un momento agradable. Los doctores del área pasan todos los días para ver la evolución de los pacientes así como también el ingreso de pacientes nuevos, con los pacientes se escogió trabajar sobre las actividades terapéuticas manuales (ATM). La forma en cómo se abordó a los pacientes fue: primero se desarrolló una ATM para que pueda ser apreciada por los pacientes y despierte el interés de elaborar una ATM, luego el Etesista se acercó con cada paciente y socializaba por cinco minutos aproximados, si el paciente era nuevo entonces ya se sabía que estaba en reposo, según orden del doctor de cabecera. Luego de haber hecho sociabilización, según la planificación, se le presentaba al paciente la ATM que estaba designada para ese día, semana o mes, según la complejidad de la ATM. Al ver dicho trabajo terminado los pacientes demostraban interés por saber cuál fue el proceso y los materiales que se utilizaron. Se le comentó a los pacientes en qué hora se iba a llevar a cabo la ATM y el lugar, esto para que los pacientes no se sintieran incómodos levantándose de la cama sin voluntad de hacerlo o por tener pendiente alguna tarea que ellos personalmente tenían programado en ese momento, se dejó al libre albedrío para que llegaran a la hora asignada. Cuando se llegaba la hora asignada los pacientes iba llegando uno por uno y llegaban a veces en pareja, unos

invitados por otros. Los pacientes que no llegaba y si se les había hecho la invitación, el Etesista se encargada de ir a verlos y preguntarles si iba a asistir a la actividad, según la razón de porqué no iba a asistir indagaba en sus decisión, regularmente tenían timidez, preocupaciones, prejuicios, paradigmas sexistas, angustia y tristeza entre las más comunes razones. Entonces se les decía que iba a regresar más tarde, no para invitarlos sino para mostrar cómo iba el progreso o la armonía que se estaba teniendo en el área de Terapia Ocupacional. Con los pacientes que sí llegaban, ellos mismos se sentaban en las sillas asignadas, se esperaba que tuviera el número mayor de pacientes para iniciar. Ya estando todos reunidos se les explicaba qué es lo que se iba a hacer, y en el centro de la mesa estaba el ejemplo de cómo podría verse el trabajo a realizar. En cierto punto esto puede interferir con la individualidad y creatividad del paciente al momento de desarrollar el trabajo asignado, pero el mostrar antes el trabajo incita al paciente a realizar uno igual y le brinda la oportunidad de creer que él también puede hacerlo. Se otorgaba material a los pacientes presentes, y todos incluyendo al Etesista, se comenzó a realizar la actividad.

En el proceso los pacientes disfrutaban platicar entre ellos y el Etesista, temas que regularmente se platicaban era el motivo por el cual estaba hospitalizados, la mayoría comentaban y el resultado positivo de esto es que los pacientes mismos creaban un ambiente de empatía y ellos mencionaban palabras de apoyo o simple y sencillamente contaba sus historias para que todos se sintiera mejor y al final relajarse de la tensión que se maneja, siendo una persona que ha sufrido un accidente. Cuando surgían dudas se apoyaba y se mostraban tips para realizar la ATM. Luego el Etesista se levantaba para ir a visitar a los pacientes que no llegaron por las razones antes mencionadas y se platicaba sobre la importancia de la ocupación en este tipo de situaciones, haciéndoles ver que lo peor es quedarse sin hacer nada y que es mejor estar haciendo una actividad diferente que no va a demorar más de tres horas y que las otras horas del día van a permanecer en la camilla, sin haber aprovechado un momento recreativo, hacer una actividad en terapia ocupacional que quizá no vaya a solucionar sus problemas pero esto le puede ayudar en ocupar su mente y hacer fluir sus ideas y por un momento dejar de pensar en preocupaciones. Luego regresaba con los pacientes para continuar con la ATM.

Cabe resaltar que dentro del servicio hay dos tipos de paciente, los ambulatorios y los no ambulatorios, debido por la demanda de pacientes en ocasiones se decidía trabajar un día con los pacientes no ambulatorios y otro día con los ambulatorios. Según la planificación y la complejidad de la actividad se decidía trabajar con ambos grupos a la vez o solo con uno. La ATM con los pacientes no ambulatorios se trabajó por habitación, cada habitación tenía cinco pacientes. El Etesista se colocaba en el centro de la habitación y les mostraba la actividad y el proceso, luego les entregaba los materiales y así sucesivamente se iba a otra habitación, mencionado que iba a regresar para ver el progreso, y así se hizo con cada habitación donde estaban los pacientes no ambulatorios; eran cuatro habitaciones de pacientes no ambulatorios. Era un proceso donde se supervisaba cada habitación y llegar con cada paciente para ver el progreso y resolver dudas. Regularmente en la mañana los médicos realizan su vista para ver el proceso de rehabilitación y hacer curaciones, entonces necesitan privacidad y espacio, cuando sucedía esto se desocupaba el lugar, se hacía a un lado los materiales y se continuaba luego. Este tipo de paciente tiene mucho tiempo libre, en un solo lugar que es su cama, es por eso que se solicitó autorización a la persona encargada del área para dejar material no punzocortante no peligroso o tóxico; para que puedan avanzar y crear algo diferente e innovador a lo que se presentó como ATM utilizando la misma técnica según la planificación. Los resultados fueron gratificantes, no en todos los pacientes, pero en algunos se tuvieron resultados muy buenos, los pacientes mejoraron la técnica que se les enseñó y crearon ATM que no se le había enseñado a ningún paciente. De esa forma es como se trabajó las actividades terapéuticas manuales, y para que los pacientes tuvieran un tiempo de recreación, se implementaron las actividades recreativas, esto se hacía en la última hora del día.

Para poder ofrecerles una actividad atractiva a los pacientes, en los primeros días cuando se comentaba acerca de la intervención de un terapeuta ocupacional, se les mencionó que al final del día las personas que habían participado en la terapia, iban a poder realizar los juegos planificados para cada día. Durante los primeros días se comenzó a jugar con rompecabezas y memoria, con el fin de liberar el estrés y la ansiedad; con ello, la rehabilitación física no se vea comprometida por factores psicológicos. Se observó que los pacientes ambulatorios disfrutaban estas actividades pero perdían rápidamente el interés y se levantaban del lugar y como ya estaba a punto de terminar el tiempo de terapia, mencionaban

que tenían cosas pendientes que hacer y se quedaba un número reducido de pacientes en comparación al inicio del día. Con los pacientes no ambulatorios era diferente debido a que ellos permanecían en sus camillas y disfrutaban el tiempo de las actividades recreativas.

Era complicado que los pacientes de un solo cuarto jugaran entre ellos, lo que se hizo fue que; habían pacientes ambulatorios que les gustaba ver como jugaban los pacientes no ambulatorios, entonces se decidió que entre ellos jugaran, incluyendo al paciente no ambulatorio y en ocasiones el Etesista jugaba con los otros pacientes de forma individual. Con el pasar de los días se fueron implementado actividades recreativas que resultara interesante para los pacientes, la razón principal es que los pacientes hombres tienen intereses diferentes y en cuanto a la recreación prefieren actividades de competencia. Entonces cuidadosamente se seleccionaron actividades donde los pacientes pudieran competir en pareja o en grupo, con el objetivo de disfrutar y convivir con cada integrante de terapia ocupacional, se dejó en claro que la competencia que se llevara a cabo en el juego tiene ser una competencia buena y queda prohibido las apuestas de dinero o cualquier otra cosa como pago de haber perdido. Los pacientes desarrollaron las actividades siguiendo las reglas al pie de la letra y sobre todo disfrutando del momento recreativo. De esa manera se fueron desarrollando las actividades. Se implementó también torneos de ajedrez y juego de damas, no todos los pacientes podían jugar, entonces también se implementó un acompañamiento en el aprendizaje de dichos juegos. Hubieron pacientes no ambulatorios que ya sabían jugar ajedrez y disfrutaban mucho las partidas de ajedrez con el Etesista o con pacientes ambulatorios que sabían jugar y tenían la disposición de compartir un momento con el paciente no ambulatorio. Los pacientes no ambulatorios esperaban que llegara la hora de actividades recreativas para iniciar el juego de ajedrez, es por eso que se decidió hacer esta actividad calendarizada y no realizarla todos los días. También se implementó el juego de dominó, el juego de Monopoly®, el juego de UNO ®, UNO stako®, Jenga, Luisa, y otros juegos más que son de mesa y para jugar en grupo. Este tipo de juegos se desarrolló más con los pacientes ambulatorios ya que se necesita que los pacientes estén sentados reunidos todos en una mesa. Con el pasar de los días los pacientes quería jugar más tiempo de lo establecido en la terapia y solicitaban los juegos, se les tuvo que decir que dichos juegos son únicamente para el uso en el tiempo de terapia ocupacional, esto se hizo debido a que en anteriores años los

mismos pacientes llevaban juegos, se reunían para jugar y apostar dinero como también comida u otros acuerdos, teniendo como consecuencia que la terapia al siguiente día no tendría su recompensa al final del día y los pacientes perderían el interés a la recreación en terapia ocupacional debido a que ya obtuvieron la recompensa antes de realizar las actividades programadas. Al final se obtuvieron resultados gratificantes y los pacientes mostraron interés en la participación de las actividades de terapia en especial por la recreación.

Subprograma de docencia

Este subprograma estuvo orientado al paciente y al personal de enfermería, quienes son los que tienen mayor contacto con el paciente, dentro de los primeros objetivos a realizar está desarrollar pláticas motivacionales al personal de enfermería, con temas relacionados al apoyo moral a los pacientes, esto para un mejor trato y cuidado del paciente en sus actividades de la vida diaria. El primer día en que se desarrolló dicha actividad, se llevó a cabo por una planificación previa. La plática se llevó a cabo en el Hospital de Accidentes IGSS de la zona 7, en el área de Maxilofaciales en la oficina de reuniones. Se solicitó equipo para proyectar una presentación. Para poder hacer un evento donde se incluye personal del hospital, se requiere hacer cartas a las personas encargadas de las áreas en donde está el personal que asiste a dicha actividad, esas cartas las tienen que firmar como autorizado por las personas que están involucradas en dichas áreas del hospital, tanto como el doctor de piso, como el jefe de enfermería, así como también la dirección del hospital. El equipo a utilizar se tiene que solicitar por cartas al Departamento de Informática del hospital, ya que no se puede ingresar equipo sin previa autorización escrita por Dirección General del hospital. El tema principal era sobre la importancia del apoyo moral al paciente, debido a que el personal de enfermería son los que más contacto y comunicación tienen durante el día. Se tocaron temas también como el trato hacia los pacientes durante las Actividades de la Vida Diaria. Dependiendo de la patología física que presente el paciente, asimismo es como repercute en las actividades de vida diaria, haciendo de esa manera necesitar de segundas personas para lograr algún objetivo básico, como cepillarse, levantarse de la cama, utilizar el baño, alcanzar algún objeto, comer, etc. El número de

personas que asistieron durante la primera reunión fue de 7 personas, se extendió la invitación a personal médico, pero no pudieron asistir a dicha actividad. También se invitó al jefe de enfermería, él si pudo asistir. En el desarrollo del tema se interactuó con el público, para que aportaran ideas, comentarios o cuestionaran algún proceso de apoyo moral para el paciente que no se haya entendido del todo. Se resolvieron dudas entre el expositor y también el público aportaba respuesta a las preguntas que se fomentaban. Al final el personal de enfermería agradeció el tiempo otorgado por el expositor e hicieron énfasis en que efectivamente es un tema muy importante pero que algunas veces existen personas que no apoyan al paciente moralmente hablando y que lo que se puede construir en un mes, otra persona lo puede destruir en un solo día. Así que se llegó al común acuerdo que el trabajo en equipo, en este tema, es fundamental para la recuperación del paciente.

Listado de temas expuestos:

- o Importancia del apoyo moral al paciente
- o Trato hacia los pacientes durante las actividades de vida diaria.
- o Trabajo en equipo para por bienestar del paciente.
- o Susceptibilidad del paciente.
- o Motivación en la rehabilitación física.
- o Paciente renuente a colaborar.

El personal profesional aportó buenas ideas para poder trabajar sobre los puntos anteriores, también se les comentó que el Etesista estuvo platicando con varios pacientes acerca de la importancia de la terapia ocupacional y recreativa. Esto se empezó a implementar durante los primeros días al evidenciar que algunos pacientes no les interesaban asistir a terapia. Así que se crearon cine foros para que los pacientes se interesaran en el tema, se hicieron las gestiones correspondientes con el equipo de informática para proyectar el contenido de las charlas planificadas con anterioridad. Las solicitudes fueron por escrito aprobadas por la persona encargada del área y el doctor encargado de piso. La carta de solicitud fue dirigida hacia el Departamento de Informática del Hospital General de Accidentes del IGSS, en las ocasiones que se desarrollaron dichas actividades, siempre se llevó el proceso de solicitud de equipo de informática como también la solicitud de permiso para el uso de espacio en el área de Maxilofaciales. Las actividades eran programadas con anterioridad para gestionar las cartas de solicitud. También fue necesario

planificarlo con anterioridad para poder informar a los pacientes la fecha y hora en que se iban a desarrollar las actividades. Se colocaron carteles y se pegaron en lugares visibles a los pacientes, también se hicieron panfletos para informar a los pacientes el tema a desarrollar como el curso de dicha actividad. Ya en la fecha de exposición se ocupó el lugar solicitado y se cubrieron las ventanas con sabanas blancas, otorgadas por enfermería, esto se hizo para que al momento de proyectar la presentación en la pared estuviera visible a los pacientes. Se colocaron seis filas de sillas con cuatro sillas cada fila, se hicieron las conexiones correspondientes y ya cuando estaba el área lista para utilizarse, el Etesista visitaba uno por uno a los pacientes y se les invitaba a que pasaran al lugar asignado para la actividad. Algunos pacientes mencionaba que tenía que hacer cosas personales y que no podían asistir, pero en su mayoría asistían a la actividad. Ya teniendo a los pacientes ambulatorios reunidos se daba inicio a la actividad. Primero se dio una introducción a la actividad explicando qué es lo que se iba a hacer sin mencionar el objetivo principal, eso se dejó hasta el final de la actividad. Luego de la introducción se les mostró la presentación por medio de la proyección. Las dificultades se presentaron con el audio y con las sabanas blancas colocadas en las ventanas, pero se actuó rápido para que todo marchara con normalidad. Lo que se proyectó primero fueron unas diapositivas con el tema de la importancia en la participación en actividades de terapia ocupacional. Se les explicó a los pacientes los diferentes resultados positivos que pueden obtener al asistir a terapia ocupacional. Los pacientes no se mostraban participativos, así que se implementaron preguntas en general y los pacientes aportaron ideas y opiniones positivas según su experiencia propia. Al finalizar las diapositivas se proyectó un cortometraje con un mensaje alusivo al tema. En el rostro de los pacientes se mostraba alegría y reflexión al finalizar el cortometraje los pacientes aplaudieron y mostraron alegría. Para continuar se hizo una síntesis de lo que se presentó y se concluyó con una charla reflexiva acerca de la importancia de estar en constante movimiento y mantener una autoestima alta y actitud positiva ante las adversidades. Luego se les otorgó un refrigerio a los pacientes que asistieron y luego a los pacientes que no pudieron asistir como a los pacientes con compromisos personales o no ambulatorios. Al terminar se ordenó el lugar, se quitaron las sabanas de las ventanas y se devolvió el equipo al área de informática. Con los pacientes no ambulatorios fue un acercamiento a sus habitaciones por

medio de carteles por la dificultad de ingresar equipo de cómputo a las habitaciones y se hizo el mismo procedimiento que veces anteriores donde no estuvieron presentes.

Subprograma de investigación.

En este subprograma se buscó descubrir las razones principales del por qué hay pacientes que se rehúsan a participar en las diferentes actividades de Terapia Ocupacional y Recreativa. A todos los pacientes que se tomaron en cuenta para la investigación se les administró la técnica de entrevista guiada, donde el tema principal era el motivo por el cual no asiste a terapia ocupacional. Lo primero que se hizo fue invitar a los pacientes a que asistieran a terapia ocupacional, se les mencionaba que es lo que se iba a trabajar, mencionándoles que el objetivo se buscaba con la participación de los pacientes. Durante los primeros hubieron pacientes que rechazaron la terapia sin hacer ninguna actividad, se les preguntó por qué rechazaban dicha invitación si no habían hecho antes terapia ocupacional, estos pacientes dijeron que años anteriores ya habían hecho terapia y que ya han hecho suficiente y no creen que les interese hacer más terapia ocupacional. Eran dos pacientes quienes mencionaba esta razón de desinterés en la terapia ocupacional sin embargo, se les siguió invitando a participar en terapia. Después de varios meses de invitación un paciente de los dos, aceptó realizar una actividad, y luego ya no continuó, ambos pacientes eran no ambulatorios y tenían una estadía prolongada en el hospital.

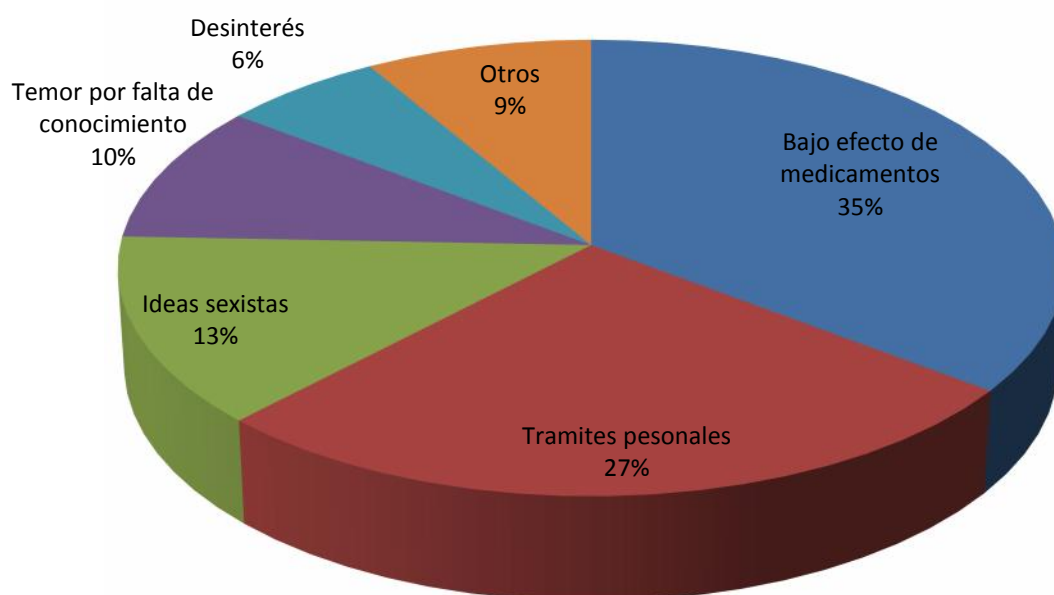
Durante el período de terapia ocupacional se fueron dando nuevos casos de pacientes que no querían asistir a terapia ocupacional, en todos los casos se utilizó el mismo método de abordaje, por medio de preguntas. Al momento que se les hacía la invitación a los pacientes de recién ingreso al hospital, con frecuencia mencionaban que por el medicamento no podían levantarse, en este caso se les decía que de igual manera al día siguiente se les estará haciendo la invitación. Cuando se les hacía nuevamente la invitación algunos pacientes si asistieron a terapia. Algunos pacientes que ya habían visto con anterioridad qué actividades se hacían en terapia ocupacional, pero no habían asistido, mencionaban que no les gustaba hacer "cosas de mujeres" o "cositas" que no les va a ayudar en la

rehabilitación física y que mejor prefieren guardar reposo. Otros pacientes mencionaban que no pueden hacer lo que se está haciendo en terapia ocupacional. Así sucesivamente existieron motivos para no ir a terapia ocupacional, en base a la respuesta que los pacientes otorgaron, se tomó en cuenta las razones principales del por qué no asisten a terapia ocupacional los pacientes del área de Maxilofaciales, Infecciones Óseas y Cirugía Plástica del Hospital de Accidentes IGSS, zona 7. A continuación se representan en porcentajes, dentro de la población que no deseaba asistir a terapia ocupacional. La población estuvo conformada por 82 pacientes que se rehusaron a terapia, cada paciente con una razón diferente que al final se segmentó por aspectos en común que mencionaron los pacientes.

Resultados en porcentajes de las razones por pacientes que se rehusaron a la participación en terapia ocupacional.

Razones	Número de pacientes	porcentaje
Bajo efecto de medicamentos	29	35%
Trámites personales	22	26.82%
Ideas sexistas	11	13.41%
Temor por falta de conocimiento	8	9.75%
Desinterés	5	6.09%
Otros	7	8.53%

Razones principales de los pacientes que rehusan la terapia ocupacional. porcentajes



2.2 OBJETIVOS

Objetivo general

- Realizar actividades ocupacionales dirigidas a pacientes ambulatorios y no ambulatorios para que el tiempo de ocio sea productivo y recreativo esto para que su estadía de rehabilitación sea con bien estar emocional y productivo.

Objetivos Específicos

Servicio

- Desarrollar vínculos de comunicación a través de actividades de sociabilización para que los pacientes puedan relacionarse con otros pacientes y profesionales para mantener un ambiente agradable.
- Implementar un método de abordaje diferente sobre las Actividades Terapéuticas Manuales con los pacientes no ambulatorios para que puedan ocupar su tiempo libre en algo productivo, poniendo de manifiesto sus habilidades.
- Incentivar a los pacientes en las Actividades de Recreación para liberar el estrés y la ansiedad y con ello la rehabilitación física no se vea comprometida por estos factores psicológicos

Docencia

- Concientizar al personal médico y enfermeros por medio de pláticas, con temas relacionados al apoyo moral a los pacientes, esto para un mejor trato y cuidado del paciente en sus actividades de la vida diaria.

- Fomentar el interés de participación por medio de pláticas motivacionales a los pacientes, enfocado en el beneficio de la Terapia Ocupacional y Recreativa en la resistencia de la rehabilitación física.

Investigación

- Descubrir las razones del porqué hay pacientes que se rehúsan a participar en las diferentes actividades de Terapia Ocupacional y Recreativa.

2.3 METODOLOGÍA DEL ABORDAMIENTO

Servicio:

Dentro del subprograma de servicio primero se presentó el etesista con datos personales y generales, posterior a esto, entabló conversación con los pacientes para formar Rapport; luego se presentó la actividad. Se brindaron instrucciones, previo a la ejecución de la actividad se realizó un ejercicio rompehielo, dentro del desarrollo de la actividad se resolvieron dudas y comentarios de los pacientes, se estuvo asesorando al paciente. Al culminar la actividad se mostró a los pacientes presentes el trabajo culminado y se hicieron preguntas y respuestas.

Docencia:

Para llevar a cabo el subprograma de docencia primero se presentó el etesista, luego se mencionó el motivo de la actividad y la presentación del tema. Para comenzar a interactuar con los presentes se realizó una dinámica rompehielo, posterior a esto comenzó la introducción al tema, se desarrolló el tema con carteles y cañonera, dentro de la presentación se realizó una dinámica relacionada con el tema para incrementar la atención

y para dejar en claro los punto de dicha presentación, simultáneamente a la presentación estuvo abierto el diálogo para las personas que desearon intervenir, se hicieron preguntas y se resolvieron dudas, al final se desarrolló las conclusiones del tema, agradecimientos y cierre.

Investigación:

Para desarrollar el subprograma de investigación como primer paso se escogió el tema a investigar , posterior a esto se hicieron consultas bibliográficas acerca del tema seleccionado, luego se elaboró el instrumento para poder cuantificar y cualificar los aspectos que se tomaron en cuenta, se aplicaron dichos instrumentos a la población elegida; se tabuló la información recabada para su posterior interpretación de datos, posterior a esto se analizaron, como siguiente paso se elaboraron las conclusiones y las recomendaciones que se obtuvieron de la investigación.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Subprograma de servicio

Durante los primeros días que se estuvo socializando con los pacientes se pudo observar cierto interés por parte de ellos, al momento que el terapeuta se acercaba para poder conversar, los pacientes preguntaban acerca de la función de un terapeuta ocupacional, algunos no habían tenido la oportunidad de contar con terapia ocupacional y recreativa. La primera impresión que tuvieron los pacientes del etesista fue en la visita diaria que se realiza por el equipo de médicos encargados del área, ellos son quienes se encargan de velar por la mejoría del paciente, como el etesista iba a estar trabajando con estos pacientes fue necesario la correspondiente presentación, esto ayudó para que todos los médicos conocieran al etesista y supieran que a partir de esa fecha iban a contar con el apoyo profesional de un terapeuta ocupacional, esto fue bueno porque de esa manera el etesista comenzó a ser conocido por los pacientes y los médicos. Asimismo ayudó a que los pacientes reconocieran al etesista como figura de autoridad al estar en conjunto con el equipo médico y esto fortaleciera la relación paciente-etesista. El que los pacientes empezaran a reconocer al encargado de terapia ocupacional sirvió también al momento del acercamiento, los pacientes tendían a contar sus historias con mayor fluidez y detalle.

Mientras más pacientes conocían de terapia ocupacional, era más fácil entablar conversación con el resto de pacientes nuevos, porque los pacientes que ya sabían de la terapia ocupacional, les contaban acerca de la intervención del terapeuta y hacían sus propias recomendaciones a los pacientes nuevos, al final esto fue positivo porque los pacientes llegan a la terapia por voluntad propia, como también por referidos, fue bueno también porque algunos pacientes llegaban por cuenta propia. Al estar los pacientes reunidos comenzaban a platicar de intereses en particular, fue bueno para algunos pacientes porque se fueron identificando con personas que tenían el mismo problema que ellos, como también fue malo para algunos pacientes, porque habían personas que tenían mayores facilidades como el apoyo familiar o conyugal y pacientes que no contaban con ese

apoyo ya sea por razones ajenas al accidente por el cual estuvieron en el hospital o porque perdieron a algún familiar en el accidente.

En el área donde se llevó a cabo la terapia ocupacional había dos tipos de pacientes; pacientes ambulatorios y no ambulatorios, esto resulta complicado para un sólo etesista, ambos pacientes exigen un tipo de atención diferente y al momento de socializar con los pacientes no se podía abarcar a ambos grupos. Los pacientes nuevos en su mayoría no llegaban en el momento que el etesista estaba, ya que son pacientes que recién sufrieron un accidente, al día siguiente todos los pacientes nuevos tenían que pasar al menos un día de reposo y el etesista respetó el reposo de cada paciente, esto ayudó a que los pacientes tuvieran una rehabilitación adecuada al tratamiento médico y no entorpecer el proceso de mejora en la salud del paciente, lo cual fue bueno porque se respetó la individualidad de los pacientes. La comunicación que se tuvo con los pacientes no ambulatorios fue amena y atenta, se implementó una escucha activa e interés sobre el tema que cada paciente expuso, teniendo como resultado la confianza de los pacientes y la libertad de contar sus historias personales. Asimismo con los pacientes no ambulatorios, en este caso se dedicó un poco más de tiempo, ellos tienen muy escaso tiempo para platicar con otras personas y sus familiares; los visitan dos días por semana, en el mayor de los casos son pacientes de estadía prolongada, el convivir un poco más de tiempo con ellos ayudó a que los pacientes pudieran percibir al etesista como un apoyo para la ocupación y recreación como también un apoyo psicológico, fue beneficioso; los pacientes mencionaron que esperaban el momento para convivir con el etesista y realizar las actividades programadas, fue evidente que los pacientes canalizaron su estrés por medio de la verbalización.

El que pacientes no ambulatorios compartieran la misma habitación, ayudó porque se asignaron lecturas grupales como parte de la sociabilización y como resultado los pacientes desde sus camillas compartían sus ideas con los otros pacientes no ambulatorios que estaba en la misma habitación. La socialización con los pacientes fue fundamental para que ellos realizaran las actividades de una manera armoniosa y en equipo, el resultado es bueno porque así los pacientes no tomaron la terapia ocupacional como una obligación, sino como momento para compartir con las demás personas. Luego de socializar con los pacientes se empezó a realizar las actividades programadas, las actividades terapéuticas manuales se fueron

implementando en días alternados con actividades de expresión artística, esto para que los pacientes no se aburrieran de una misma actividad, fue positivo porque los pacientes mantuvieron el interés en la terapia ocupacional, como resultado se obtuvo el buen desempeño por parte de los pacientes. Al momento que se implementaron las actividades terapéuticas manuales, se mostró a los pacientes un trabajo terminado, los pacientes tuvieron una respuesta positiva ante dicha actividad, de esa manera se obtuvo el interés del paciente para que asistiera a terapia ocupacional, por otro lado el mostrarles un trabajo terminado a los pacientes hizo de cierta manera en algunos, que su imaginación y creatividad se limitaran, siendo negativo porque algunos pacientes hicieron exactamente el trabajo que se les mostró. En algunas actividades terapéuticas manuales se percibió rechazo por parte de los pacientes, porque eran actividades que no les llamaba la atención hacer, como tejer o bordar, al final de la observación se pudo determinar que fue malo para los pacientes porque algunos perdieron el interés por un tiempo y dejaron de asistir a terapia ocupacional, lo que ocasionó que otros pacientes tuvieran la misma reacción, al mismo tiempo, se consideró algo bueno, ya que a través de esto el etesista pudo darse cuenta de las actividades poco funcionales con la mayoría de pacientes hombres, como resultado se implementaron nuevas actividades terapéuticas manuales, como consecuencia se recuperó el interés de algunos pacientes.

Cuando se les notificó a los pacientes de las actividades programadas, se les mencionaba la hora en que se iba a llevar a cabo, esto para que realizaran tareas personales y estuvieran atentos a la hora de terapia ocupacional, el resultado fue satisfactorio, los pacientes se organizaban en sus actividades personales y la mayoría llegaban a la hora asignada. Algunos pacientes no llegaron tras la invitación, el etesista los buscó nuevamente, como resultado los pacientes comenzaron a exteriorizar las razones del porqué no asistieron a terapia ocupacional, al final fue un punto a favor, el tener las razones de los pacientes desinteresados ayudó en futuras planificaciones tomar en cuenta el malestar de algunos pacientes. El punto de partida para iniciar la terapia era esperar al último paciente, lo cual fue para que las instrucciones las recibieran todos al mismo tiempo y se tuviera un mejor resultado de comprensión y espacio para resolver dudas. Al dar inicio a la actividad programada los pacientes comenzaban a socializar entre ellos, siendo esto un buen resultado, el que los pacientes sociabilizaran haciendo una actividad terapéutica manual

ayudaba a que hicieran la terapia con entusiasmo. Con los pacientes no ambulatorios se tuvo cierta dificultad para trabajar las actividades terapéuticas y manuales, una de las razones era porqué la salud de estos pacientes era un poco más delicada y los doctores les visitaban y hacían sus respectivas curaciones, restando oportunidad a los pacientes de trabajar sobre actividades de terapia ocupacional. Para la salud de los pacientes es bueno por obvias razones de rehabilitación, pero para la terapia ocupacional representó un ligero retraso en las actividades con los pacientes no ambulatorios. Es por eso que se solicitó permiso para dejar material a los pacientes no ambulatorios para que adelantaran durante todo el día cuando dispusieran de tiempo, el resultado fue muy bueno, los pacientes tenían suficiente tiempo para jugar con su imaginación y crear actividades terapéuticas manuales innovadoras y creativas, esto reforzó la confianza de los pacientes en ellos mismos y los incentivó a seguir haciendo actividades terapéuticas manuales, algunos pacientes lograron vender varios artículos elaborados en terapia ocupacional y algunos costearon sus insumos con el apoyo del etesista y constante seguimiento.

Seguido a las actividades terapéuticas manuales (ATM) se realizaban actividades de recreación, esto para que los pacientes tuvieran la oportunidad de divertirse con dichas actividades, ayudó a que los pacientes liberaran estrés y ocuparan su mente en actividades diferentes a las de un hospital. Durante los primeros días se implementó el juego de memoria, se tuvo un buen resultado, porque algunos pacientes participaron, al final se pudo determinar que algunos juegos no les gustaban a los pacientes, esto ayudó a que se pudiera implementar nuevos juegos y no caer en la monotonía. Se decidió realizar las actividades de recreación al finalizar el día, en ocasiones anteriores se hizo al iniciar el día y algunos pacientes se retiraban de la terapia ocupacional después de dicha actividad. Se tuvieron resultados satisfactorios al esperar a última hora para realizar las actividades de recreación, porque la mayoría de los pacientes permanecían sentados esperando convivir con las actividades.

En el caso de los pacientes no ambulatorios fue diferente, se solicitó apoyo a los pacientes ambulatorios que quisieran compartir un momento con estos pacientes, realizando actividades de recreación, fue algo positivo para todos, porque el que pacientes no ambulatorios tuvieran compañía de los otros pacientes, fue algo gratificante, además de esto los pacientes

socializaron y verbalizaron intereses en común y tuvieron tiempo para compartir. En el mayor de los casos el etesista se sentaba con un paciente no ambulatorio a realizar actividades de recreación, algunos pacientes necesitaban atención especial por demanda de los mismos pacientes en estado delicado de salud lo requería, viéndolo en dos puntos diferentes, primero fue bueno porque los pacientes aprovecharon el momento para verbalizar los diferentes malestares emocionales que padecían, siendo bueno esto porque se fortalecía la relación etesista-paciente, visto desde el otro punto, demandaba mucho tiempo para el etesista estar solo con un paciente habiendo pacientes en espera de actividades, fue negativo en ese sentido porque limitaba al etesista a convivir con más pacientes.

Una de las actividades que fue bastante aceptada por los pacientes, fue el juego de ajedrez, estas actividades cumplen con los intereses de los pacientes, siendo pasivo, de competencia y sobre todo de inteligencia, a los pacientes les interesaba este tipo de juegos, lo cual fue positivo porque la mayoría de pacientes se sentían a gusto y disfrutaban la convivencia con los demás compañeros de hospital. Con el pasar de los días se pudo percibir cierto interés por algunas actividades de recreación, porque algunas actividades les resultaba aburridas, se asumió que fue por el género masculino con los que estaba trabajando que se inclinaron a actividades de competencia, esto ayudó a que se implementaran actividades de competencia, dejando siempre en claro las reglas de los juegos.

La recreación en los pacientes tenía que ser pasiva, porque ellos estaban en el hospital por alguna lesión reciente o por lesiones crónicas, entonces se debía cuidar el bienestar de los pacientes, enfocarse en actividades pasivas sirvió para que los pacientes no estuvieran expuestos a fracturas o lesiones que prolongaran el proceso de rehabilitación del paciente y de esa manera se llevó a cabo las actividades de recreación, entrelazando la socialización y las actividades terapéuticas manuales.

Subprograma de docencia.

Las actividades de este subprograma estuvieron enfocadas al personal de enfermería y a los médicos de área, son ellos quienes se encargan del

cuidado del paciente durante el día, el grupo seleccionado fue una buena estrategia, se necesitó de la comprensión de las intenciones del etesista en terapia ocupacional y colaboración por ambos grupos de profesionales. Uno de los temas que se desarrollaron fue orientado al apoyo moral al paciente, porque se sabe que un paciente necesita apoyo en situaciones donde parezca desvariar, esto ayudó a que los profesionales tuvieran la oportunidad de concientizar sobre el tema relacionado con los pacientes. Durante la primera intervención los profesionales hicieron preguntas sobre el tema, preguntas que estaban relacionados en apoyar la idea expuesta por el etesista, esto fue positivo porque se vio interés en el grupo sobre el tema e hizo que fuera más fácil para el etesista resolver las dudas.

Durante la exposición también hubo ideas de los profesionales que aportaron soluciones relacionadas con el apoyo moral, esto fue gratificante para todo el grupo porque no solo brindaron soluciones sino también se pudo percibir el interés de contribuir con el paciente y su estado emocional. Una de las dificultades que se presentaron, fue la solicitud de equipo de informática y así poder proyectar la presentación; para solicitar este equipo se tuvo que realizar cartas de autorización para utilizarlo, las cartas se presentaron con anticipación pero el Departamento de Informática estaba saturado de eventos y por esa razón no se pudo llevar a cabo en la primera fecha programada, esto sirvió para tomar en cuenta las dificultades que pueden presentar terceros a quienes se solicita apoyo.

En las próximas fechas de presentación, se hizo el mismo procedimiento de solicitud, pero adicional a esto se hizo una carta a Dirección para autorizar el ingreso de equipo detallado para el uso de la exposición, esto en dado caso no se fuera a contar con el apoyo del área de informática, esto fue algo positivo porque se tuvieron dos opciones para no posponer de nuevo dicha exposición. En la mayoría de exposiciones se utilizó el equipo que el etesista ingresó al hospital, por la gran demanda de solicitud de equipo que tiene el hospital, el resultado fue satisfactorio, porque las exposiciones no tuvieron ningún tipo de retraso y se pudieron llevar a cabo en el horario establecido. Las exposiciones se realizaron en una sala cerrada con todos los profesionales, habían pacientes o personas en particular que necesitaban alguna información, los que estaban dentro de la sala de exposición tenían que salir, esto no fue muy bueno para la exposición ya que por momentos se perdía la atención sobre el tema y los

profesiones en ocasiones estaban más atentos en lo que ocurría afuera de la sala de exposición.

Uno de los temas que se pudo observar que dejó buena impresión sobre los profesionales, fue el tema de motivación; en la rehabilitación del paciente, esto porque como mencionaron los profesionales, regularmente ellos se encargan de los asuntos puramente médicos y físicos, mas no por el tema de motivación, fue importante discutir dicho tema, porque contribuye a la rehabilitación del paciente.

En algunos casos los enfermeros comenzaron a decir que ellos sí aportaban a el bienestar del paciente desde el ámbito emocional, pero que existe otras personas que no se interesan mucho sobre el tema, y estuvieron mencionado que el grupo de enfermería está dividido en dos grupos, uno en la mañana y otro en la tarde, ellos han escuchado pacientes quejarse del trato que reciben de ciertas personas, esto fue una contribución muy importante, porque el jefe de área al final investigó quienes eran las personas que no apoyaban en la emocionalidad del paciente, a dichas personas se les comentó sobre las consecuencias expuestas en la presentación por el etesista, fue un resultado gratificante, las personas no estaban conscientes de sus actos y apoyaron para el bienestar emocional y moral del paciente. También se llevaron a cabo exposiciones con los pacientes, tocando temas sobre la importancia de la terapia ocupacional en un proceso de rehabilitación, esto ayudó sobre todo en pacientes que no asistían a terapia, se expusieron puntos acerca de los resultados que se pueden obtener y las desventajas de permanecer mucho tiempo sin actividad alguna.

Con los pacientes también se realizaron exposiciones, esto estuvo orientado a fomentar el interés de participación por medio de pláticas motivacionales, enfocado en el beneficio de la terapia ocupacional y recreativa en la resistencia de la rehabilitación física, es un tema de interés para el etesista, con ello se buscó que los pacientes se interesaran más en la terapia ocupacional y efectivamente se obtuvo un buen resultado, despertando el interés de pacientes nuevos en terapia y reforzando el interés de los pacientes que ya asistían a terapia ocupacional. Para que los pacientes estuvieran enterados de las actividades programadas se colocaron carteles con la información de la exposición, esto tuvo un efecto positivo en los pacientes porque estuvieron

atentos días antes a las actividades, siendo esto beneficioso para el objetivo principal que fue fomentar el interés en el paciente.

También se realizaron panfletos para que los pacientes supieran de los temas que se iban a estar exponiendo, se pusieron ilustraciones para que a los pacientes les resultara interesante la información, esto ayudó a que estuvieran informados del tema de exposición y pudieran interesarse más en el tema. También se realizaron separadores de hojas, con una ilustración bonita alusiva al tema a desarrollar, con esto estaba comprometiendo la asistencia del paciente, ya que era un obsequio de agradecimiento por asistir al evento, con esto se consiguió que al paciente le surgieran preguntas acordes a la exposición, siendo esto positivo porque los pacientes estuvieron interesados en asistir a dicha actividad. Durante las exposiciones los pacientes que regularmente asistieron a terapia, aportaron comentarios e ideas positivas, porque se identificaron en algunos casos y narraron sus propias historias, otorgando un testimonial, siendo esto positivo en lo emocional para los presentes y motivación para quienes desconocen de la terapia ocupacional. Algunos pacientes tuvieron que retirarse por un momento debido a la atención médica que necesitaban, como todos los días el médico los evalúa sin excepción alguna, esto implicó que los pacientes perdieran por momentos la atención que se tenía en la presentación y por ende se complicaba para el etesista al momento de repetirles puntos importantes para la comprensión del tema.

Con los pacientes no ambulatorios fueron complicadas las exposiciones, porque ellos se encuentran en camillas y no se puede trasladarlos, dificultando en tiempo al etesista para explicarles la presentación a estos pacientes. Al final todo paciente recibió la presentación, se distribuyó los días para cada tipo de paciente así como también el horario, obteniendo un resultado agradable, al presenciar a los pacientes interesarse en el tema y aportando ideas para el mejoramiento del servicio. Al finalizar la exposición se ofreció un refrigerio a los pacientes que asistieron a la exposición de terapia ocupacional, también se les otorgó a los pacientes que no asistieron, esto sirvió para que los pacientes compartiera un momento alegre con los demás pacientes y pudieran socializar y platicar acerca de la presentación, se obtuvo un resultado positivo de la actividad y una buena aceptación por los pacientes.

Subprograma de investigación.

En este subprograma se buscó descubrir las razones principales del por qué hay pacientes que se rehúsan a participar en las diferentes actividades de terapia ocupacional, un estudio importante porque es necesario tener en claro las razones para poder implementar un programa sobre los casos que ameriten. No todos los pacientes se rehusaron a la terapia ocupacional, por lo que el grupo de estudio fueron aquellos que con anterioridad habían rechazado la terapia. A todos los pacientes dentro del área de maxilofaciales a quienes estaba dirigido el programa de terapia ocupacional, se les administró la técnica de entrevista guiada, donde el tema principal era la razón principal por el que no asiste a terapia ocupacional, esto sirvió para que el paciente se sintiera en toda libertad de emitir su opinión. El realizar dicha entrevista fue un tanto complicado en algunos pacientes no ambulatorios, debido a que regularmente estaban ocupados según le mencionaban al etesista y en otras ocasiones los doctores estaban con ellos curándolos, esto fue un retraso en tiempo para el etesista, el no poder realizar las entrevistas hacía que no se pudiera abordar con los pacientes y por ende no recibir terapia ocupacional. Cuando al final se pudo tener la entrevista con los pacientes que antes no se había podido, los pacientes expusieron sus razones, de las cuales no estaban suficientemente argumentadas, al decir que ellos ya habían recibido terapia en años anteriores y no veían el significado del por qué recibir nuevamente terapia, fue una de las razones que se establecieron en "otros" según las cinco razones principales, esto fue algo negativo para el proceso de terapia ocupacional, no querían incorporarse al grupo y por consecuencia estar alejados de los demás pacientes y no tener casi ninguna comunicación con otros pacientes. Existieron otros casos en los que los pacientes exponían que no les interesaba porque eran "actividades para mujeres", este argumento fue catalogado como "ideas sexistas", tomando esto desde dos perspectivas, los pacientes tenían ideas sexistas que seguramente fueron construidas junto con su desarrollo cultural, algo difícil de cambiar. Desde la otra perspectiva era algo positivo el que los pacientes se sintieran en la libertad de comentar sus razones principales y de esa manera el etesista implementó métodos de abordaje en terapia ocupacional para este tipo de pacientes, sin incomodar sus creencias culturales, al final se obtuvo un resultado positivo en los pacientes que mantenían ese argumento, porque se implementó una estrategia donde las

actividades de terapia ocupacional fueran elegidas tanto por el paciente como el etesista. Una de las razones principales por la cual los pacientes no asistían a terapia ocupacional, era por estar bajo efecto de medicamentos, esta razón fue catalogada como "bajo efectos de medicamentos", los doctores le mencionaban al etesista cuales pacientes debería guardar reposo, esto fue beneficioso para el paciente y no entorpecer la rehabilitación física, como también para el etesista al no poner en peligro la vida del paciente, y que al estar bajo efectos de medicamentos, los pacientes sufrían de efectos secundarios tales como; mareos, cefaleas, desorientación viso-espacial, entre otros.

Algunos pacientes en el proceso de la entrevista hacían preguntas referentes a terapia ocupacional, el etesista les ampliaba la información, y el paciente a lo largo de la semana asistía a terapia, esta fue una razón por desconocimiento del tema que al final, esta razón se catalogo cómo "temor por falta de conocimiento", fue beneficioso para el paciente que solventó sus dudas y gracias a eso comenzó a asistir a terapia. Algunos pacientes mencionaban que necesitaban salir por un momento a otras instalaciones del hospital, a esta razón se nombró como "trámites personales", los pacientes mencionaban que por esa razón no iban a asistir a terapia ocupacional, siendo esto un punto en contra para que el paciente pudiera compartir con el grupo de pacientes que acudían a terapia ocupacional, pero era algo que en ocasiones verdaderamente el paciente necesitaba realizar los trámites personales dentro del hospital, resultando esto beneficioso porque los pacientes presentaban ansiedad y angustia ante dichos trámites y al terminarlos, regularmente acudían a terapia ocupacional. Otros utilizaban esa excusa para no asistir y en vez de eso miraban televisión o se quedaban acostados o escuchando música o simplemente dormidos, siendo esto perjudicial para la salud y el estado emocional del paciente, se observó que este tipo de pacientes mantenían de mal humor, somnolientos, su higiene personal descuidada. Dentro de los pacientes que se les administro al entrevista, algunos simplemente mencionaban que no les interesaba asistir a terapia ocupacional, sin razón alguna, se catalogó como "desinterés", estos pacientes fueron un tanto complicados para el etesista en convencerlos en participar, se pudo identificar una constante en este tipo de pacientes y la constante radicaba en que eran pacientes que solo iban a estar dos o tres días máximo en el hospital, el resultado no fue muy significativo con estos pacientes, no hubieron cambios significativos en fomentar interés para participar en

terapia, la cual se atribuye al poco tiempo que ellos iban a estar en el hospital. Al final se hizo una intervención según las razones que los mismos pacientes otorgaron, tratando de cumplir tanto las necesidades de los pacientes como las necesidades del etesista para lograr los objetivos específicos y generales de cada actividad desarrollada en terapia ocupacional.

Capítulo V
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Conclusiones Generales:

La Terapia Ocupacional en dicha institución fue beneficioso para los pacientes en la prevención de diferentes patologías pos-trauma de igual forma en los ámbitos de socialización, recreación y reinserción laboral.

El programa se desarrolló en base a los conocimientos adquiridos en la carrera de Terapia Ocupacional y Recreativa, gracias a ello se implementó un programa de asistencia preventiva, en la condición actual de los pacientes atendidos.

Subprograma de servicio

La participación de los pacientes es resultado de la sociabilización que se implementa en Terapia Ocupacional siendo esto un facilitador en la rehabilitación física.

La implementación de Actividades Terapéuticas Manuales sirve como apoyo económico para la reinserción laboral.

Los niveles de ansiedad y estrés de los pacientes se reducen a través de las actividades de Terapia Ocupacional.

Subprograma de docencia

La intervención con los profesionales, médicos y enfermeros ayudó a que se pudiera concientizar sobre el trato y cuidado emocional del paciente.

Las actividades de exposiciones sobre la importancia de la Terapia Ocupacional y la rehabilitación física fueron de alto impacto para interesar a los pacientes a asistir a terapia ocupacional.

Subprograma de investigación

Las razones principales por las cuales los pacientes no asisten a terapia ocupacional en la institución son por trámites personales, bajo efecto de medicamentos, por desconocimiento y por desinterés.

La motivación es necesaria para la participación de los pacientes que primeramente se rehúsan a asistir a Terapia Ocupacional.

El abordaje de entrevista guiada fue esencial para que los pacientes tuvieran la confianza de narrar sus razones principales del por qué no les interesa asistir a terapia ocupacional.

RECOMENDACIONES

Recomendaciones Generales

Es necesario implementar un programa para la apertura de plazas fijas de trabajo para que los terapeutas ocupacionales puedan brindar el servicio en las diferentes áreas del hospital.

La asignación de un espacio en concreto dentro del hospital, es de suma importancia para los terapeutas ocupacionales, ya que no se cuenta con un espacio físico para Terapia Ocupacional y Recreativa.

Continuar con la intervención de Ejercicio Técnico Supervisado en el IGSS, recomendablemente si participan dos estudiantes en jornada matutina y vespertina.

Conservar la intervención del Ejercicio Técnico Supervisado de Terapia Ocupacional y Recreativa en diferentes establecimientos para el crecimiento profesional del alumno y el apoyo a la población guatemalteca.

Subprograma de servicio

Aplicar técnicas de socialización con los pacientes antes de cualquier otra actividad, porque gracias a esto se podrá desarrollar las posteriores actividades con mayor facilidad.

Desarrollar más actividades de recreación acorde al género del paciente, en este caso los juegos de mesa fueron fuertes motivadores para realizar las otras actividades programadas.

Implementar talleres de relajación para reducir los niveles de ansiedad y estrés, para que la participación de los pacientes sea satisfactoria.

Subprograma de docencia

Exponer a los profesionales que estén relacionados con los pacientes, la importancia de terapia ocupacional y los métodos trabajo en equipo multidisciplinario, para que los profesionales puedan compartir ideas y comentarios que al final será algo positivo para ambas vías.

Compartir con los pacientes el conocimiento de las razones principales del por qué asistir a terapia ocupacional y sus ventajas en la rehabilitación física, para que ellos puedan entender la intervención del profesional y pueda cooperar en las terapias asignadas.

Subprograma de Investigación

Desarrollar programas informativos a los pacientes y sociedad acerca de la importancia de la terapia ocupacional, esto servirá para que los pacientes conozcan más acerca de este tipo de intervenciones terapéuticas.

Al momento de que un profesional en la terapia ocupacional se encuentre con razones similares a las que ésta investigación, pueda manejarlas y adecuar la terapia para cada grupo de pacientes que así lo ameriten, como se describe en este texto.

Para afrontar las razones de la inasistencia a la terapia ocupacional se tiene que tener un vínculo de sociabilización previo y aceptación por otros pacientes, para que el paciente que no quiere asistir a terapia se sienta cómodo y confiado en declarar sus razones.

También es necesario que el profesional en terapia ocupacional tenga constatación de comunicación con los pacientes y personal médico, para que juntos se pueda desarrollar un servicio centrado en el paciente y sus intereses dentro de la terapia ocupacional.

Bibliografía

Baker,s. (2010) .*Baker Colgajos Locales En La Reconstrucción Facial*. Editorial: AMOLCA.

García-Margallo, P., San Juan, M., Jorquera, S. & Navas, I. (2009). *El análisis y la adaptación de la actividad en terapia ocupacional*. Editorial: Aytona Tosa Editores.

Hall, Carrie M. & Brody, Lori Thein. (2006). *Ejercicio Terapéutico: Recuperación Funcional*. Barcelona, España. Editorial: Paidotribo.

Hornstein, Luis. (2006). *Las Depresiones*. Buenos Aires, Argentina. Editorial: Paidos.

Kronenberg, F., Algado, S. & Pollard, N. (2006). *Terapia Ocupacional sin Fronteras*. Barcelona, España: Medica Panamericana.

López Polonio, Begoña. (2004). *Terapia Ocupacional en Discapacitados Físicos. Teoría y Práctica (Colección Panamericana de Terapia Ocupacional)*. Editorial: Médica Panamericana S.A.; Edición: 1.

Netter H., Frank. (2007). *Atlas de Anatomía Humana (4ta ED.)*. Editorial: Masson.

Paganizzi, Liliana. (2007). *Terapia Ocupacional Psicosocial: Escenarios Clínicos y Comunitarios*. Buenos Aires, Argentina. Editorial: Polemos

Pándua, E. & Magalhaes, V. (2004). *Terapia Ocupacional Teoría y Práctica*. Sao Pablo: Papirus.

Rogers, Natalie, (2003) Las artes expresivas centradas en la persona: Un sendero alternativo en la orientación y la educación, *Revista electrónica de investigación educativa*.

Rouvière, H. y Delmas, A. (1996). *Anatomía humana: descriptiva, topográfica y funcional*. Tomo I. Masson. 9a. ed.

S.E.R. Sociedad Española de Reumatología. (2010). *Manual de Enfermedades Óseas 2da edición*. España.

Sánchez, Ó., Polonio, B. & Pellegrini, M. (2012). *Terapia ocupacional en salud mental. Teoría y técnicas para la autonomía personal*. Madrid, España. Editorial: Medica Panamericana S.A.

Tolón, J. (2009). *Habilidades y destrezas en Terapia Ocupacional*. España: Editor: Mira Editores S.A.