

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**“EFECTOS POSITIVOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL Y
RECREATIVA EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS”**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO
DIRECTIVO DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

POR

**LIDIA DEL ROSARIO RIVAS LARRAÑAGA
CONCEPCIÓN GUADALUPE ZET RAMIREZ**

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
TERAPISTAS OCUPACIONALES Y RECREATIVAS**

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

TÉCNICAS UNIVERSITARIAS

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2010

MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO

Doctor César Augusto Lambour Lizama
DIRECTOR INTERINO

Licenciado Héctor Hugo Lima Conde
SECRETARIO INTERINO

Jairo Josué Vallecios Palma
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL
ANTE CONSEJO DIRECTIVO



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CC. Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg. 706-2010
DIR. 468-2010

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

28 de octubre de 2010

Estudiantes

Lidia del Rosario Rivas Larrañaga
Concepción Guadalupe Zet Ramirez
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Transcribo a ustedes el ACUERDO DE DIRECCIÓN CIENTO CINCUENTA Y DOS GUIÓN DOS MIL DIEZ (152-2010), que literalmente dice:

"CIENTO CINCUENTA Y DOS: Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **"EFECTOS POSITIVOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS"**, de la carrera de Terapia Ocupacional y Recreativa, realizado por:

LIDIA DEL ROSARIO RIVAS LARRAÑAGA
CONCEPCIÓN GUADALUPE ZET RAMIREZ

CARNÉ No. 200319417
CARNÉ No. 200416623

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado Domingo Romero Reyes y revisado por la Licenciada Suhelen Patricia Jiménez. Con base en lo anterior, se **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 de Tesis, con fines de graduación profesional."

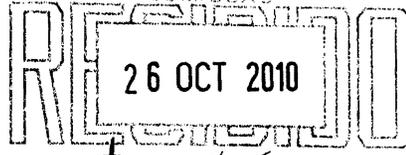
Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Doctor César Augusto Lambour Lizama
DIRECTOR INTERINO



Melveth S.



CIEPs 706-2010
REG. 081-2009
CIEPs 096-2007

FIRMA _____ HORA 14:15 Registro _____

INFORME FINAL

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Guatemala, 22 de octubre de 2010

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada Suhelen Patricia Jiménez ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**, titulado:

"EFECTOS POSITIVOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS"

ESTUDIANTE:

Lidia del Rosario Rivas Larrañaga
Concepción Guadalupe Zet Ramirez

CARNÉ No.

2003-19417
2004-16623

CARRERA: Terapia Ocupacional y Recreativa

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el día 22 de octubre de 2010 y se recibieron documentos originales completos el 22 de octubre de 2010, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESION**

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciada Mayra Friné Luna de Alvarez
COORDINADORA

Centro de Investigaciones en Psicología-CIEPs. "Mayra Gutiérrez"



Velveth S.
C.c archivo



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CIEPs **707-2010**
REG. **081-2009**
REG. **096-2007**

Guatemala, 22 de octubre de 2010

Licenciada Mayra Friné Luna de Álvarez, Coordinadora.
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs.- "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciada Luna:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**, titulado:

"EFECTOS POSITIVOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS."

ESTUDIANTE:

Lidia del Rosario Rivas Larrañaga
Concepción Guadalupe Zet Ramirez

CARNÉ No.

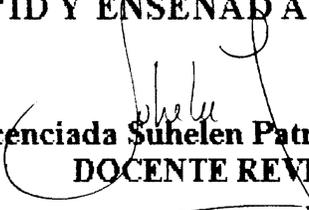
2003-19417
2004-16623

CARRERA: Terapia Ocupacional y Recreativa

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el día 05 de octubre de 2010, por lo que solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑADA A TODOS"


Licenciada Suhelen Patricia Jiménez
DOCENTE REVISOR



/Velveth S.
c.c. Archivo

Guatemala, 25 de septiembre de 2010

Licenciada Mayra Luna de Álvarez, Coordinadora

Centro de Investigaciones en Psicología

-CIEPs-"Mayra Gutiérrez"

Licenciada Álvarez:

Por medio de la presente informo que realice la Asesoría de contenido del informe final de investigación titulado **"EFECTOS POSITIVOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA EN PACIENTES ESQUIZOFRENICOS"** de las estudiantes.

Lidia del Rosario Rivas Larrañaga

200319417

Concepción Guadalupe Zet Ramirez

200416623

Por lo anterior descrito solicito de la manera más atenta, se continúe con el proceso de revisión, para su trámite correspondiente.

Agradeciendo su fina atención, y en espera de respuesta favorable a mi solicitud, se despide de usted su atento servidor.



LIC. DOMINGO ROMERO REYES

COLEGIADO 4427



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CIEPs 465-10
REG 96-07

APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Guatemala, 16 de Julio 2010

ESTUDIANTE:
Lidia del Rosario Rivas Larrañaga
Concepción Guadalupe Zet Ramirez

CARNÉ No.
2003-19417
2004-16623

Informamos a usted que el **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**, de la Carrera **Terapia Ocupacional y Recreativa** titulado:

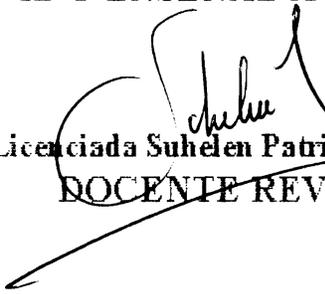
"EFECTOS POSITIVOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS".

ASESORADO POR: Licenciado Domingo Romero Reyes

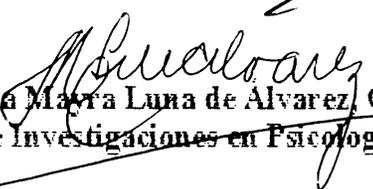
Por considerar que cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs-, ha sido **APROBADO** por la Coordinación de Investigación, el día 14 de Julio 2010 y se solicita iniciar la fase de Informe Final de Investigación.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciada **Suhelen Patricia Jiménez**
DOCENTE REVISOR



Vc.Bo. 
Licenciada **Mayra Luna de Alvarez**, **Coordinadora**,
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. **"Mayra Gutiérrez"**

/Arelis
cc: archivo





**Instituto Guatemalteco De Seguridad Social
Centro de Atención Integral de Salud Mental**

Trabajo Social

Guatemala, 04 de noviembre de 2010

Licenciada
Mayra Luna
Coordinadora Centro de Investigación
CIEPS

Respetable Licenciada Luna:

Por este medio se hace constar que las señoritas, **Lidia Del Rosario Rivas Larrañaga**, Carne de identificación No. 200319417 y **Concepción Guadalupe Zet Ramirez**, Carne de identificación No. 200416623, estudiantes de la Carrera de **Terapia Ocupacional y Recreativa de la Universidad de San Carlos de Guatemala**, realizaron investigación de campo del 04 de mayo al 04 de julio del presente año, con pacientes de grupo de **Consulta Externa del Centro de Atención Integral de Salud Mental**, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, desarrollando el Tema de Investigación: **"EFECTOS POSITIVOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA EN PACIENTES ESQUIZOFRENICOS"**.

Para los usos que a las interesadas convenga, se extiende la presente constancia.

Deferentemente,

Dr. Ismael Salazar Gutiérrez
Director Médico Hospitalario

Dr. José Antonio Corrales A.
MÉDICO PSIQUIATRA
C.O.L. 467



MCS/cm
cc. archivo

ACTO QUE DEDICO

A DIOS:

Por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A MI HIJO:

PABLO ANDRES: por ser mi motivación principal, para alcanzar este sueño y que sea de motivación para ti. TE AMO

A MIS PADRES:

OLGA LARRAÑAGA: Por ser mi apoyo incondicional y ser siempre la persona que me ha motivado a alcanzar lo que deseo. TE AMO MAMI.

FERNANDO RIVAS: Por apoyarme siempre

A MI HERMANO:

JOSE RIVAS: sin tu apoyo y ayuda no hubiera sido posible.

A MI NOVIO:

JORGE FUENTES: por ser la persona que ha compartido a mi lado, porque en su compañía las cosas malas se convierten en buenas.
Gracias amor

A MIS AMIGOS:

Por su apoyo y cariño mostrado todo este tiempo.

ACTO QUE DEDICO

A DIOS

Por permitirme alcanzar este sueño, pues se perfectamente los planes que tiene para mí, pensamientos de bien y no de mal para darme un futuro y una esperanza.

A MIS PADRES

Julián Zet

Por darme una lección de vida, por decirme que un día lo lograría y aunque ya no estés conmigo, este logro es para ti...TE AMO PADRE Y TE EXTRAÑO TANTO.

Agripina Ramírez

Por estar conmigo y darme ánimo cada día de mi vida, este logro es tuyo Madre bella.

A MIS HERMANOS

Por cada palabra, por cada deseo que nació de sus corazones para mi vida, sepan que hoy este logro es fruto de esos deseos.

A TODOS MIS SOBRINOS

Que si me pusiera a enumerarlos no terminaría, que este triunfo sea un ejemplo de que las metas a pesar de todos los obstáculos pueden alcanzarse

A MIS AMIGOS

Que más que amigos les considero mis hermanos, pues me han brindado una mano, una palabra de ánimo y junto a mi han sido parte de este proceso, les amo a todos y todas, no es necesario colocar sus nombres en esta hoja, pues ustedes conocen que los llevo grabados en mi corazón.

AGRADECIMIENTOS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ASESOR

Licenciado Domingo Romero Reyes
Por su amistad y orientación en el proceso de investigación

REVISOR

Licenciada Suhelen Jiménez
Por su orientación y tiempo dedicado a la supervisión de esta investigación

**INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL -IGSS-
CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MENTAL -CAIMS-**

Por abrirnos sus puertas y permitirnos realizar nuestro trabajo de campo en la institución, miles de gracias por su apoyo.

TERAPISTA OCUPACIONAL

Ana Franco
Por el apoyo brindado en el momento de realizar las practicas y el Trabajo de Campo.

LICENCIADA

María Concepción Samayoa
Por la oportunidad que nos brindo al realizar nuestro Trabajo de Campo en la institución en la que labora.

A NUESTRAS FAMILIAS

Por ser el motor que nos impulsa cada día, por enseñarnos que siempre se debe dar lo mejor, les amamos incondicionalmente.

NUESTROS PADRINOS

CALIXTO SANTIAGO MONTEAGUDO CORDERO

Ingeniero Civil
Máster en Didáctica de la Física

DOMINGO ROMERO REYES

Licenciado en Psicología

CARMEN CONCEPCIÓN BARRIOS ZETINO

Terapeuta en Problemas de Aprendizaje

ÍNDICE

Prólogo

Capítulo I

Introducción.....	3
Marco Teórico	
Esquizofrenia.....	7
Terapia ocupacional y recreativa.....	12
Herramientas de trabajo.....	15
Análisis de la actividad.....	16
Tratamiento en patología más frecuentes.....	17
Terapia ocupacional en rehabilitación.....	19
Áreas de tratamiento.....	20
Práctica domiciliaria.....	21

Capítulo II

Técnicas e instrumentos.....	22
------------------------------	----

Capítulo III

Presentación, análisis e interpretación de los resultados.....	24
--	----

Capítulo IV

Conclusiones.....	28
Recomendaciones.....	30
Bibliografía.....	31
Apéndice	
Gráfica # 1.....	33
Gráfica # 2.....	34
Gráfica # 3.....	35
Gráfica # 4.....	36
Gráfica # 5.....	37
Gráfica # 6.....	38
Gráfica # 7.....	39
Gráfica # 8.....	40
Resumen	41

PRÓLOGO

La importancia de la presente investigación radica en los Efectos Positivos de la Terapia Ocupacional, aplicada en paciente Esquizofrénicos.

La Terapia ocupacional es 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 a los pacientes con disfuncionalismos físicos o psicosociales. Es una profesión de la salud que utiliza actividades con propósito para ayudar al individuo a adaptarse a su entorno físico y social promoviendo su independencia en las tareas de ejecución, esto es, en las actividades de la vida diaria, trabajo y tiempo libre.

La Terapia ocupacional logra sus objetivos en los campos de la comunicación, en las relaciones personales, el trabajo y la capacidad para desempeñarlo, el goce de las diversiones y en consecuencia un lugar apropiado en su vida y en su comunidad. La Terapia Ocupacional esta considerada como una terapia de alta motivación, en primer lugar por el estímulo emocional agudo, que interviene en las actividades donde se pone, énfasis en la distracción, la competencia y segundo porque tiene una finalidad y un propósito claro directo, concreto en las conductas, especialmente aquellas inherentes a la naturaleza humana.

La Terapia Ocupacional no solo se encarga del restablecimiento de la función orgánica sino también enfoca su atención en el estado mental de paciente quien por la invalidez misma presenta síntomas tales como ansiedad, depresión, apatía, etc.

La esquizofrenia tiene la capacidad de disminuir aquellas habilidades adquiridas por el individuo durante toda la vida, en la realización de esta investigación la mayoría de los pacientes demostró no tener un horario establecido para realizar sus actividades; por lo tanto, el tiempo de ocio se hace mas extenso colocando al paciente en un nivel de riesgo en cuanto a las actividades de autocuidado.

Al momento de aplicar planes de tratamiento es importante que sea evaluado cada uno de los pacientes, pues aunque esté diagnosticado como esquizofrénico las necesidades de rehabilitarse serán distintas para cada uno y para que la rehabilitación sea de manera satisfactoria, no olvidando que el padecimiento es de tipo crónico.

Queremos dar un agradecimiento especial al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), especialmente al Centro de Atención Integral de Salud Mental (CAISM), por permitirnos realizar nuestro trabajo de campo que fue dentro del proceso de investigación la base que nos permitió obtener los resultados de la misma.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Nuestra sociedad guatemalteca conoce muy poco sobre la Terapia Ocupacional y Recreativa, el tratamiento en Terapia Ocupacional es un proceso planificado para crear cambios positivos para que el paciente pueda llevar a cabo sus actividades de la vida diaria lo más confortable y automáticamente posible.

La planificación del tratamiento para pacientes psiquiátricos es como armar un rompecabezas del cual se han perdido algunas partes. Se intenta describir una perspectiva y formas de trabajo de rehabilitación psicosocial desde la Terapia Ocupacional enfocada a pacientes esquizofrénicos la cual puede facilitar la calidad de vida tanto para los familiares como para el paciente mismo.

En el proceso de evaluación y entrenamiento en actividades de la vida diaria (AVD) se debe tener en cuenta que muchas de estas tareas tocan aspectos íntimos del paciente, por lo que será importante establecer una buena relación profesional, el éxito del entrenamiento depende en gran parte del trabajo previo y el planteamiento de las necesidades, además deberá estar apoyado por razonamiento y soluciones prácticas. Para todo este proceso conviene recoger información por escrito, identificando las áreas de trabajo y establecer conjuntamente el plan de entrenamiento.

Programas diseñados para pacientes esquizofrénicos crónicos que poseen un déficit funcional y de autonomía, tanto social como personal, con el fin de que puedan recuperar o compensar habilidades que les sean útiles para lograr integrarse en la sociedad con un funcionamiento adecuado, autónomo y eficaz. La esquizofrenia es probablemente el trastorno más enigmático y trágico que tratan los psiquiatras, y quizá también el más devastador. Se manifiesta en la

juventud, por lo que, a diferencia de los pacientes con cáncer o enfermedad cardíaca, los pacientes esquizofrénicos normalmente viven muchos años después del inicio de la enfermedad y continúan padeciendo sus efectos sin poder llevar una vida completamente normal (asistencia a la escuela y al trabajo, tener un grupo de amigos íntimos, casarse o cuidar de los hijos). Pese a su costo emocional y económico, la esquizofrenia todavía no ha recibido el reconocimiento de problema grave sanitario básico ni la ayuda necesaria para la investigación de sus causas, tratamientos y prevención.

Haber sido diagnosticado con esquizofrenia no significa que la persona necesite depender totalmente de otros para tomar decisiones y que estos deban hacerse cargo de ellos. Desde luego que no es lo mismo el cuidado de un paciente al inicio de la enfermedad que en su cronicidad.

La mayoría de las pacientes que padecen esta enfermedad deben aprender a manejar sus propios asuntos exitosamente. Sin embargo, así como personas con otras condiciones médicas pueden tener síntomas que durante ciertos períodos llegan afectar su habilidad para tomar decisiones, las personas con esquizofrenia pueden necesitar que se les asigne a una persona que se encargue de administrar sus asuntos durante un determinado tiempo, luego con la ayuda necesaria e indicada, en el proceso de rehabilitación su condición mejorara notablemente pues lo que se pretende es que dicho paciente logre el máximo grado de independencia.

Si bien es cierto que las enfermedades mentales son devastadoras, también cabe mencionar que con una buena combinación de técnicas rehabilitarías el paciente podrá mejorar su calidad de vida.

A partir del conocimiento de los efectos positivos de la Terapia Ocupacional y Recreativa y la aplicación de las técnicas de la Vida Diaria, surge la necesidad

de dar a conocer, que este tipo de tratamiento puede llegar a ser efectivo en la rehabilitación de los pacientes esquizofrénicos, el fin específico es de proporcionar herramientas útiles a el paciente.

La Terapia Ocupacional ayuda a los pacientes a realizar sus tareas diarias y rutinas, que podrían haberse visto paralizadas debido a la enfermedad mental. La terapia de actividades se concentra en los problemas a través de actividades recreativas y de grupo.

Como todo tratamiento esta disciplina toma un proceso y los procesos llegan a ser lentos dependiendo del grado de compromiso que tanto el profesional como el paciente establezcan, el profesional no se convierte en el nuevo cuidador del paciente, sino más bien se convierte en un guía temporal que proveerá de técnicas e instrumentos que al paciente le ayudaran alcanzar la independencia total.

Actividades tan sencillas como las de la vida cotidiana, se ven a nuestro parecer, como si todas las personas las pudieran llevar a cabo sin ninguna dificultad, pero, con un padecimiento mental, estas situaciones tan sencillas se convierten en actividades titánicas en donde lo mejor seria dejar de realizarlas, de ahí que los pacientes desarrollen una dependencia, los familiares optarán por realizarles sus actividades de higiene personal por algún tiempo, pero en cuanto pasen los días, meses incluso los años parientes y familiares optarán por olvidarse del asunto.

Los pocos hospitales psiquiátricos con los que contamos carecen en su mayoría de los elementos necesarios para poder rehabilitar de manera multidisciplinaria a los pacientes. El papel del terapeuta no solo es rehabilitar al paciente, también es guiar a la familia para que llegado su momento pueda

transferirles la responsabilidad al paciente, pues definitivamente deberá realizar la reevaluación y dar de alta a su paciente.

Pacientes en otras ciudades y en otros tiempos fueron rehabilitados con éxito aplicando actividades tan sencillas, por lo que esta profesión y sus técnicas tiene efectos positivos en los pacientes esquizofrénicos que atiende el seguro social en consulta externa.

Además de los objetivos descritos anteriormente en dicha investigación fueron describir los rasgos generales de la Terapia Ocupacional y Recreativa mediante el uso de actividades de la vida diaria en los pacientes esquizofrénicos atendidos en consulta externa del Centro de Atención Integral de Salud Mental (CAISM – IGSS).

En esta investigación se utilizaron diferentes instrumentos y técnicas dentro de ellas, entrevistas y un test de la vida diaria, los cuales fueron aplicados de forma individual en los salones que utilizan los pacientes de consulta externa de CAISM. Los resultados obtenidos a través de la aplicación de estos instrumentos confirmaron que el padecimiento de la enfermedad provoca deterioro en los pacientes.

MARCO TEORICO

ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia como entidad nosológica tiene una historia en realidad muy reciente. Fue descrita por primera vez como síndrome afectando a adolescentes y adultos jóvenes por Bénédic Morel en 1853, denominado Demence précoce, literalmente «demencia precoz». Luego, el término demencia praecox se utilizó en 1891 en un reporte por Arnold Pick sobre un caso de trastorno psicótico.

La aproximación contemporánea al concepto de esquizofrenia se inició con Emil Kraepelin, quien en 1887, luego de largas observaciones entre sus pacientes, logró sistematizar una buena cantidad de entidades psicopatológicas que estaban confusas hasta entonces y distinguió una forma de “demencia” que aparecía en los jóvenes (a diferencia de la demencia senil), separándola de otras formas de insanidad mental, como la locura maníaco depresiva, incluyendo tanto la depresión unipolar como la bipolar. A esta forma de demencia praecox le describió su curso deteriorante y su precocidad. Le dio mayor importancia a los síntomas “negativos” como “debilitamiento de la voluntad” y la falta de un “desarrollo personal”.

Kraepelin creía que la demencia praecox era fundamentalmente una enfermedad del cerebro, una forma particular de demencia, distinguiéndose de otras formas de demencia, tales como la enfermedad de Alzheimer, que suelen ocurrir más tarde en la vida. La clasificación de Kraepelin fue poco a poco ganando aceptación. Hubo objeciones a la utilización del término "demencia", pese a los casos de recuperación, y apologética a favor de algunos de los diagnósticos que sustituyó, tales como la locura del adolescente. Se cree que la esquizofrenia afecta principalmente a la cognición, pero también suele contribuir a la aparición de problemas crónicos de comportamiento y emoción.

La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales más serias que ocasionan una gran perturbación en las relaciones sociales, familiares y laborales de las personas que la sufren, que se inicia generalmente durante la adolescencia. La esquizofrenia (del griego schizo- división; y Prenhos – mente) es una enfermedad mental caracterizada por una pérdida del juicio de la realidad y una desorganización de la personalidad, su causa es desconocida aunque algunos estudiosos apuntan a que puede ser una enfermedad de herencia congénita, es una enfermedad crónica que se puede mantener con medicamento y rehabilitación terapéutica.

¹Históricamente, la esquizofrenia en Occidente ha sido clasificada en simple, catatónica, hebefrénica o paranoide. El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales contiene en la actualidad cinco tipos de esquizofrenia y la CIE describe siete. Éstas son:

1. (F20.0/295.3) Tipo paranoide: predominan los sentimientos de persecución, delirio de grandeza y alucinaciones auditivas delirios—el DSM exige que no haya desorganización en el lenguaje ni afectividad inapropiada o plana—.
2. (F20.1/295.1) Tipo desorganizado o hebefrénica: predomina el discurso y comportamiento desorganizado sin ningún propósito, así como una afectividad inapropiada o plana.
3. (F20.2/295.2) Tipo catatónico: con importantes alteraciones psicomotoras tales como la flexibilidad cérea (como muñeco de cera); puede llegar hasta el estupor catatónico, conllevando a una incapacidad para cuidar de sus necesidades personales.

¹ DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona. Editorial Masson, 1995. P. 280-284

4. (F20.3/295.9) Tipo indiferenciado: hay síntomas psicóticos, pero no cumplen criterios para los tipos paranoide, desorganizado ó catatónico.
5. (F20.5/295.6) Tipo residual: donde los síntomas positivos están presentes tan sólo a baja intensidad.

Los cifras entre paréntesis indican los códigos CIE/DSM respectivamente. El tipo desorganizado se conoce aún ampliamente como esquizofrenia hebefrénica.

La OMS reconoce además los tipos:

- (F20.4) Depresión post esquizofrénica: trastorno de tipo depresivo, a veces prolongado, que surge después de un trastorno esquizofrénico. Durante él pueden persistir algunos síntomas esquizofrénicos, pero no predominan en el cuadro clínico. Raramente son tan importantes como para realizar un diagnóstico de depresión grave.
- (F20.6) Esquizofrenia simple: su desarrollo es insidioso. No manifiesta alucinaciones ni delirios. Es menos propiamente psicótica y muestra fundamentalmente síntomas negativos.

²Según el **DSM IV (manual de diagnósticos)** la esquizofrenia; es una enfermedad que incluye una mezcla de signos y síntomas peculiares (tanto positivos como negativos) que han estado presentes una parte significativa de tiempo.

Estos signos y síntomas están asociados a una marcada disfunción social o laboral. Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización

² Ibíd.

comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad y la motivación y la atención.

Los síntomas de la esquizofrenia pueden desarrollarse a lo largo de semanas o meses donde se compromete progresivamente la funcionalidad social, según sea la intensidad, la premura y persistencia de las experiencias psicóticas.

En la actualidad los síntomas se agrupan en cinco dimensiones: síntomas positivos, negativos, cognitivos, afectivos y sociales/ocupacionales. Los síntomas positivos son exacerbaciones de fenómenos normales, o son fenómenos novedosos que no suelen ocurrir en otras personas, e incluyen el delirio, alucinaciones auditivas, cambios de conducta, síntomas catatónicos y agitación. Son los síntomas que en general reciben el nombre de “psicosis”. Los síntomas negativos se consideran una pérdida o disminución de funciones psíquicas, presentes corrientemente en las personas; estos síntomas incluyen un afecto embotado o plano, retraimiento emocional, apatía, pensamiento desorganizado, alogia o limitación en la fluidez y productividad del habla y el pensamiento y restricción en la iniciación de la conducta.

Los síntomas cognitivos son el deterioro de la atención, del procesamiento de la información, de la asociación lógica, pobreza ideativa (dificultad de elaborar nuevas ideas), dificultad para el aprendizaje en serie, y trastorno de las funciones ejecutivas (planificar, secuenciar, priorizar, mantener la atención en la tarea, adaptarse a los cambios). Los síntomas cognitivos son los que provocan mayor discapacidad social. Entre los síntomas afectivos están el aplanamiento afectivo (también considerado un “síntoma negativo”), la disforia (irritabilidad, preocupación, tensión, etc.), el humor depresivo, apatía o falta de motivación, desesperanza, paranoia e ideas e intentos suicidas.

Por último, están los síntomas sociales/ocupacionales, como hostilidad, impulsividad, aislamiento y conducta antisocial. Naturalmente, no se requiere que estén todos estos síntomas en una sola persona, y para eso diversos autores han propuesto una serie de conjuntos sintomáticos como criterios para realizar el diagnóstico. En un subtipo infrecuente, el sujeto puede llegar a estar temporalmente mudo, permanecer inmóviles en extrañas posturas, o mostrar agitación sin propósito, los cuales son signos de catatonia. No es un signo diagnóstico de la esquizofrenia, y puede ocurrir en todas las otras condiciones médicas y psiquiátricas.

Si bien las ideas delirantes extrañas son consideradas especialmente típicas de la esquizofrenia, la «rareza» puede ser difícil de juzgar, especialmente a través de diferentes culturas. Las ideas delirantes se califican como extrañas si son claramente improbables e incomprensibles y si no derivan de las experiencias corrientes de la vida. Un ejemplo de una idea delirante extraña es la creencia de que un ser extraño ha robado los órganos internos y los ha reemplazado por los de otra persona sin dejar ninguna herida o cicatriz. Un ejemplo de una idea delirante no extraña es la falsa creencia de ser vigilado por la policía. Generalmente, se consideran extrañas las ideas delirantes que expresan una pérdida del control sobre la mente o el cuerpo.

Se ven gravemente desorganizado que es casi incomprensible y se parece a la afasia receptiva en su desorganización lingüística («incoherencia» o «ensalada de palabras»). Puesto que la desorganización leve del habla es frecuente e inespecífica, el síntoma debe ser suficientemente grave como para deteriorar la efectividad de la comunicación.

El comportamiento gravemente desorganizado puede manifestarse en varias formas, que comprenden desde las tonterías infantiloides hasta la agitación impredecible.

“Cabe observar problemas en cualquier forma de comportamiento dirigido a un fin, ocasionando dificultades en la realización de actividades de la vida cotidiana como organizar las comidas o mantener la higiene”.

El sujeto puede presentarse exageradamente despeinado, vestir de una forma poco corriente. ³“Las personas que padecen esquizofrenia tienen afectado su tono afectivo, su conducta y la manera con la que se comunican con otras personas”.

Terapia Ocupacional y Recreativa

La Terapia Ocupacional es una disciplina de carácter socio-sanitario que a través de la valoración de las capacidades y problemas físicos, psíquicos, sensoriales y sociales del individuo pretende, con un adecuado tratamiento, capacitarle para alcanzar el mayor grado de independencia posible en su vida diaria, contribuyendo a la recuperación de su enfermedad y/o facilitando la adaptación a su discapacidad.

La Terapia Ocupacional y Recreativa es una profesión de la salud, que previene, mantiene y restaura el estado físico, mental y social del individuo que ha sufrido alguna disfunción. “Se utilizan actividades con propósito para ayudar al individuo a adaptarse y promueve la máxima independencia en todas las áreas de ejecución”. Sus objetivos son rehabilitar a las personas en diferentes aspectos: Va más allá de la auto atención e implica el desarrollo funcional completo de la persona, en todas las áreas que se desenvuelve.

³ Moreno Cidoncha, Esther. *Psicología.*” Centro de Rehabilitación psicosocial de Mérida”.

Terapia Ocupacional y Recreativa a través de la historia

El antecedente más remoto de la profesión, al parecer, se conecta con el psiquiatra francés Philip Pinel (1745-1826), quien en 1793 liberó a los "locos" de sus cadenas y fue un ferviente defensor del "tratamiento moral" de esos pacientes en oposición a la corriente represora y disciplinaria.

(Pinel) consideraba a la ocupación como un elemento central en la concepción del "tratamiento moral". Introdujo el empleo de actividades como la música, la literatura, el ejercicio físico y el trabajo. Este enfoque pasó a formar parte del programa terapéutico de las instituciones psiquiátricas de la época con la condición expresa de que fuera del gusto del paciente.

⁴Los orígenes de la Terapia Ocupacional son tan antiguos como la humanidad, pues se dice que antiguamente los griegos curaban las enfermedades con trabajos manuales y a veces pesados. “Se dice que Esculapio calmaba los delirios con canciones y música”

La Terapia Ocupacional empieza a desarrollarse como profesión a partir de la primera guerra mundial (1914 – 1918). Pero es hasta la segunda guerra mundial (1939 – 1945) que se afianza sólidamente en sus conceptos de tratamiento, y progreso rápidamente en los países de habla inglesa. Para asistir a los heridos de guerra, desde entonces se ha desarrollado en dos direcciones: la rehabilitación de los inválidos **físicos** y el tratamiento de los enfermos **mentales**, la noción fundamental es la de una rehabilitación en el amplio sentido de restauración de los valores sociales del enfermo.

⁴ McDonald, E. M. Terapéutica Ocupacional en rehabilitación. Segunda edición. Editorial Salvat. Barcelona. España. 1979
Pág. 6.

La participación activa del enfermo activa sus propios esfuerzos e intereses y la voluntad para su recuperación funcional. La Terapia Ocupacional es el arte y la ciencia de dirigir la respuesta del hombre en la actividad seleccionada para favorecer y mantener la salud, para prevenir la incapacidad para valorar la conducta y para tratar el disfuncionalismo físico y mental, del individuo que ha sufrido alguna disfunción.

Para ello se utilizan actividades, con el propósito de ayudar a que la persona que padece un tipo de disfunción mental se desarrolle efectivamente en su entorno. Promueve al máximo la independencia del paciente en todas las tareas y ejecución de las mismas estas son: las actividades de la vida diaria, el desarrollo del trabajo y el buen manejo del tiempo libre.

⁵“Es un tratamiento prescrito por el médico llevado a cabo por terapeutas ocupacionales graduados, que utilizan como medio de tratamiento actividades que le ayuden alcanzar una respuesta satisfactoria para el paciente y su entorno es decir a la vida productiva”. Uno de los fines de la Terapia Ocupacional es recuperar la competencia del paciente en los aspectos físicos, psíquicos, sociales y económicos, importantísimos para que pueda encajar de manera efectiva dentro de la sociedad.

Solo es terapia de verdad si es bajo prescripción médica y dirigida con la intención de tratar al enfermo. Es por eso que el terapeuta necesita tener conocimiento de enfermedades tanto físicas como mentales y de los problemas sociales que afectan a cada enfermo, y las posibilidades ocupacionales y métodos de analizar estas. En nuestros días los terapeutas tienen un entrenamiento especial estudiando anatomía, fisiología, patología, psicología, así como las actividades que utilizará y su aplicación en rehabilitación.

⁵ Jiménez, Luis Rodolfo “Texto de Terapia Ocupacional I”, Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala (1999)
P. 94 - 95

En los hospitales psiquiátricos los terapeutas ocupacionales han alcanzado algunos adelantos. (*Henri Monnier*) habla de los malos efectos de la inactividad y de lo importante que es interesar a los enfermos a tener una ocupación que puede a lo largo de la vida ayudarle a ganar su sustento, trabajos como: carpintería, jardinería. “El tipo de actividades que corresponden a la terapia ocupacional no es fácil de describir, pues a de ser para cada caso en particular”.⁶ Es importante que el terapeuta aparte de los conocimientos propios de cada actividad, tenga buenos dotes para poder tratar con enfermos mentales, puesto ayudará al tratamiento del enfermo y evitará la inactividad para los pacientes que permanecen en un hospital por determinado tiempo y a la vez evita que se puedan des adaptar a la vida laboral del exterior.

Herramientas de trabajo

La herramienta de trabajo del Terapeuta Ocupacional es la **Actividad Intencionada**, esto es, con un significado o dirigida a un propósito dado. El uso terapéutico de actividades de auto cuidado, laborales y de ocio permitirá lograr los objetivos del tratamiento.

Todas las actividades utilizadas en Terapia Ocupacional, sea cual sea su naturaleza, se eligen por razones específicas en cada caso en particular. A la hora de seleccionar todas estas actividades el Terapeuta Ocupacional deberá tener presente una serie de características comunes a todas ellas, pues una actividad puede funcionar con un paciente, pero eso no significa que esta funcionará con los demás.

⁶ Jiménez, Luis Rodolfo “Texto de Terapia Ocupacional I”, Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala (1999) P. 94 - 95

Para que una actividad pueda ser aplicada a cada caso en particular y pueda ser entendida como terapéutica, deberá reunir una serie de características, siendo las más importantes:

- Estar dirigida a un objetivo. (Que es lo que se desea alcanzar)
- Tener un significado útil para el usuario (Beneficio para el usuario)
- Ser una herramienta apta para la prevención de la disfunción, el mantenimiento o mejoramiento de la función, la destreza y la calidad de vida. (Alcanzar al máximo su independencia)
- Concretar la participación del usuario en tareas vitales. (Que estas tareas puedan ser realizadas por el paciente)
- Ser graduable (Empezamos de los más sencillo a los más complicado)
- Estar determinada por el criterio profesional del Terapeuta Ocupacional, quien se basará para ello en sus conocimientos de la patología en cuestión, las indicaciones específicas del médico tratante, las relaciones interpersonales y el valor específico de la actividad indicada. (Conocer los efectos sobre el paciente y las posibles contraindicaciones del mismo)

ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD

El **análisis de la actividad** consiste en valorar cuidadosamente cada actividad para determinar su potencial terapéutico. Es necesario realizar el análisis de los componentes físico, cognitivo, sensorial, interpersonal, emocional y conductual. El enfoque ha de ser doble. Primero, la actividad debe ser examinada tal y como se ejecuta normalmente. Segundo, las actividades o componentes específicos de una actividad se relacionan con las necesidades de tratamiento del paciente.

⁷“Es decir, la actividad debe ser analizada en función de las destrezas requeridas para su ejecución”. Es importante que se incluyan cuáles son las precauciones y/ o contraindicaciones para la realización satisfactoria de la misma. Es necesario formular medios alternativos para ejecutar una actividad mediante la **adaptación** o la modificación del equipo, del entorno o de la actividad

Tratamiento de las patologías más frecuentes

La Terapia Ocupacional y Recreativa es incluida en el tratamiento de rehabilitación del accidente cerebro vascular y la hemiplejia; las enfermedades degenerativas del Sistema Nervioso Central; las lesiones cefálicas y el traumatismo craneoencefálico; la parálisis cerebral infantil; el retraso psicomotor y los trastornos del aprendizaje; las lesiones de la médula espinal; las amputaciones; las lesiones traumatológicas y quemaduras; los trastornos reumáticos; la ceguera; **las afecciones psiquiátricas**; el abuso de drogas, en personas con insuficiencia renal, cáncer, sida, etc.

Terapia Ocupacional en tratamiento para enfermos mentales hospitalizados

Para tratar a los enfermos que han estado hospitalizados por largo tiempo las técnicas del terapeuta ocupacional deben de ser siguiendo la línea general similar a la que utilizará con los enfermos en las fases crónicas, para ello deben tomar en consideración lo siguiente: el programa rehabilitatorio debe ser preparado con previo conocimiento por parte del terapeuta, de la extensión del déficit de la enfermedad del paciente, este por haber permanecido mucho tiempo en el hospital existe desintegración de su personalidad.

⁷ Ibíd.

A consecuencia de esta desintegración el enfermo trata a menudo con la gente de una forma infantil. Se debe tener presente que las técnicas de rehabilitación tienen que ser al nivel emocional del paciente, pero se debe recordar que aunque su comportamiento parezca infantil él es una persona adulta y el mismo es consciente de esto y necesita por tanto ser tratado como adulto, a pesar de su deterioro o regresión mental.

El primer paso en el tratamiento de los enfermos es proveerle un programa de actividades variadas que atiendan las necesidades individuales, para poder obtener una respuesta por parte del enfermo que ha estado apartado por mucho tiempo de preocupaciones y responsabilidades sociales e interpersonales y habrá que hacer énfasis en las actividades personales de la vida cotidiana (aseo, vestuario, alimentación, trato sociales, relaciones con grupo, etc.).

Las enfermedades mentales son las más serias, ya que estas ocasionan una gran perturbación en las relaciones sociales, familiares y laborales, todas estas enfermedades mentales conducen al individuo a un serio deterioro.

El deterioro puede ser progresivo, además, los enfermos presentan dificultad de compartir, relaciones interpersonales con tendencia al aislamiento, estas personas prefieren quedarse solteros o si se casan debido a la incapacidad de afrontar las responsabilidades y obligaciones del matrimonio se enfrentan con mayor frecuencia a separaciones y divorcio.

Las personas que tienen una enfermedad mental no se ajustan a su entorno social, su conducta y la manera en que se comunican demuestran que tienen afectado su tono afectivo. Esta además mencionar que las personas que padecen de una enfermedad mental, presentan una pobreza de lenguaje lo que imposibilita la comunicación, presentan apatía, falta de energía lo cual manifiesta problemas de aseo y la higiene, falta de incumplimiento laboral, problemas de concentración y atención.

Padecer este tipo de enfermedades impide muchas veces el desarrollo de los roles que todo ser humano tiene en las distintas áreas de la vida. De nada sirve que el paciente tome su medicamento, si pasa todo el día acostado, por eso es necesario tener un buen soporte terapéutico, al padecer este tipo de patología no es un obstáculo que impide el desarrollo de los roles sociales como lo es el trabajo, la ocupación de una vivienda y relaciones.

Terapia ocupacional en la Rehabilitación

La rehabilitación se entiende como la ayuda que requiere la persona para el desempeño psicosocial. La Terapia Ocupacional trata de disminuir o eliminar el déficit de deterioro en las distintas áreas que impidan una integración normal del paciente en su medio, encontrando así las habilidades que le permitan una mayor autonomía e integración social; mejorando la calidad de vida, entorno familiar y social del paciente.

El terapeuta ocupacional interviene en tres niveles: seguridad, readaptación y suplencia de las carencias, así como el mantenimiento y reentrenamiento de las capacidades restantes, el terapeuta ocupacional se convierte entonces en educador, no solo para el paciente sino también para la familia del mismo.

Algo importante es la relación con la familia para que pueda mantener el funcionalismo a través de la independencia dentro y fuera de la casa y lugares públicos. Enfoca su atención en el estado mental del paciente quien por invalidez misma presenta síntomas de ansiedad, depresión, apatía, etc. Todo esto hace que el paciente disminuya su atención, la cual puede ser estimulada nuevamente a través del trabajo, las actividades de la vida diaria y las necesidades más urgentes de un paciente es atender sus necesidades fisiológicas.

Las actividades de la vida diaria (A.V.D.) son las actividades que realiza la persona, dependiendo de las necesidades que le surjan desde que amanece hasta que anochece. Estas pueden ser:

- Vestido
- Alimentación
- Higiene
- Comunicación
- Traslado
- Arreglo personal

Áreas de tratamiento

Mejorar y mantener la independencia en las AVD en las siguientes categorías:

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD), son las actividades de auto cuidado como por Ej.: alimentación, higiene, vestido, arreglo personal.

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), son actividades más complejas y nos indican la capacidad del individuo para vivir de manera independiente en su entorno habitual. Incluyen actividades como encargarse de asuntos económicos, ejecución de tareas del hogar, uso del transporte, control de medicación, etc.

Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD), son actividades de tipo lúdico y relacional, conductas elaboradas de control del medio físico y del entorno social que permiten al individuo desarrollar sus papeles sociales como por Ej.: actividades de tiempo libre o participación en grupos comunitarios. No son indispensables para el mantenimiento de la independencia aunque a través de ella se intenta identificar precozmente una disminución de la función.

Práctica domiciliaria de Terapia Ocupacional

Cuando la habilidad cognitiva se deteriora y el paciente se vuelve cada vez más dependiente de su familia / cuidador, el rol de consulta se torna más efectivo y eficiente. Trabajando con el cuidador, quien es efectivamente la persona que pasa mayor tiempo con el paciente, el terapeuta ocupacional implementa formas de adaptar las tareas y / o medio ambiente, utiliza indicaciones guiadas y destrezas para solucionar problemas, técnicas de comunicación, detección de situaciones de riesgo y otros modos de intervención para facilitar el desempeño ocupacional. Esto no significa que el terapeuta se convierta en el nuevo cuidador, la función del terapeuta es proveer de herramientas a la familia y /o cuidador.

La educación sobre el proceso de la enfermedad, pautas de manejo del paciente, organización de rutinas diarias y las técnicas para el compromiso en la ocupación es un continuo y esencial rol del terapeuta ocupacional. Las intervenciones del mismo en el domicilio se dirigen principalmente a evaluar y detectar situaciones de riesgo, reforzando la seguridad y a adaptar el entorno para prevenir la incapacidad funcional y la dependencia de la persona. El terapeuta ocupacional utiliza en el tratamiento actividades terapéuticas, actividades de la vida diaria, de cuidado del hogar y recreativas para facilitar o aumentar al máximo el nivel de función del paciente en el contexto real.

CAPÍTULO II TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Se seleccionó una muestra intencionada (el investigador selecciona los elementos que a su juicio son representativos dentro de la población de acuerdo a la edad y sexo), solamente se trabajó con pacientes con esquizofrenia, la mayoría entre 20 y 25 años de haber sido diagnosticados, atendidos en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), específicamente en el Centro de Atención Integral de Salud Mental (CAISM) con un número de 32 pacientes, 10 de sexo femenino y 22 de sexo masculino y oscilaban entre las edades de treinta a setenta y seis años de edad, de condición socio - económica media baja; con estado civil en su mayoría solteros por separación, todos ellos atendidos en el área de consulta externa, se dividió en dos grupos uno de 17 y otro de 15 pacientes.

Se utilizaron instrumentos como: la entrevista estructurada con la intención de conocer sus actividades diarias, hábitos de higiene, valores y responsabilidades; se aplicó también un test de la vida diaria en donde se le pregunto al paciente las actividades que es capaz de realizar por sí solo, éste se utilizo con el objeto de conocer el grado de independencia que maneja el paciente, así mismo se aplicó un cuadro de actividades de la vida diaria en donde el paciente nos proveyó información sobre sus actividades diarias y el nivel de desempeño, la frecuencia de realización de la actividad y el nivel de autonomía que poseía.

La investigación se sustenta en la corriente holística, paradigma cuali-cuantitativo. Corresponde a la investigación aplicada que recoge información de un sector determinado. Utiliza como técnica la entrevista (dirigida, estructurada, abierta), el entrevistador contextualiza, consciente o inconscientemente, el

ambiente en el que está entrevistando y dispone de juicios variados en el momento del análisis de los datos, de las conclusiones y recomendaciones.

Se utilizaron instrumentos como:

ENTREVISTA ESTRUCTURADA: Consistió en una serie de 10 preguntas de selección múltiple que ponían en evidencia las necesidades de cada paciente. La primera entrevista se torno importante pues de la recogida de datos dependía la ruta de partida y de esta manera enfocarnos en el trabajo que se debía realizar.

TEST DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: Otra prueba que jugó un papel muy importante pues nos sirvió para ubicar el nivel de funcionalidad, en la que se encontraba el paciente dentro de sus actividades de la vida diaria.

Se evaluó: Hábitos de la Vida Diaria, desarrollo de las capacidades motoras, cognitivas, sensoriales, interpersonales necesarias para el desempeño cotidiano.

El proceso se dividió en ocho sesiones, dividiendo al total de pacientes en dos grupos, el primer grupo de 15 pacientes todos diagnosticados con esquizofrenia, el segundo grupo con 17 pacientes, 15 diagnosticados con esquizofrenia y 2 afectivos bipolares, cada sesión tuvo una duración de 45 minutos a una hora.

En las primeras sesiones se estableció el rapport con los pacientes, en las siguientes sesiones se aplicaron los test antes mencionados, obteniendo información que nos permitió acercarnos al paciente y elaborar el plan de tratamiento en donde el mismo paciente expresó sus objetivos e intereses, siendo necesario darle a conocer las áreas en donde se debía reforzar las habilidades y capacidades que durante el padecimiento de la enfermedad se han visto deterioradas, esto a través de charlas informativas brindándoles material de apoyo.

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Se presentan los resultados obtenidos a través de las pruebas aplicadas a treinta y dos pacientes divididos en dos grupos uno de quince y otro de diecisiete, aplicando a cada grupo los instrumentos antes mencionados. El sexo predominante fue el masculino y oscilaban entre las edades de treinta a setenta y seis años de edad, todo ellos atendidos en el Centro de Atención Integral de Salud Mental (CAISM) – (IGSS).

Se utilizó la entrevista estructurada con la intención de evaluar aspectos importantes como: actividades cotidianas, manejo del tiempo, hábitos de higiene, eligiendo el paciente la respuesta que se acomodaba a su forma de vida, cabe mencionar que los pacientes con esquizofrenia presentan problemas en cualquier forma de comportamiento, ocasionándoles dificultades en la realización de actividades de la vida cotidiana como organizar su tiempo o mantener la higiene.

Se aplicó el Test de las Actividades de la Vida Diaria para ubicar el nivel de funcionalidad de cada paciente, consistió en una forma que fue llenada según el grado de independencia del paciente, realizando las anotaciones debidas para conocer el desempeño cotidiano, pues la esquizofrenia es una de las enfermedades mentales más serias que ocasionan una gran perturbación en las relaciones sociales, familiares y laborales de las personas que la sufren convirtiéndose estos en personas dependientes.

Los resultados alcanzados se representan en forma gráfica en el apéndice de esta investigación y son de suma importancia pues comprueban que no todos los pacientes demostraron tener la misma independencia para manejar sus actividades de la vida diaria y el manejo de tiempo de ocio.

Según actividades que realizan durante el día el 63.33% de los pacientes evaluados, respondieron que se dedican a ayudar a su familia, el 33.33% de los participantes no realiza ningún tipo de actividad, el 10% se dedica a trabajar (Pinel) consideraba la ocupación como un elemento central del programa terapéutico de las instituciones psiquiátricas con la condición expresa de que fuera del gusto del paciente. Situación que se evidencia en esta investigación pues más de la media realiza actividades ocupacionales de su agrado, ver gráfica uno.

En cuanto a distribución del tiempo el 16.66 % no realiza actividad alguna, el 53.33% hace lo que pueda y el 36.66% menciona distribuir muy bien su tiempo, este dato nos indica que la mayoría de estos pacientes no manejan su tiempo de manera adecuada dando como resultado periodos extensos de ocio, detalles en gráfica dos.

La gráfica tres, en relación a los intereses de cada paciente el 20% de los participantes mencionó no poseer interés, el 3.33% mencionó poseer un interés por los deportes, el 16.66 % se interesa por el trabajo, en contraste el 50% de los participantes mencionó prestar especial interés por su familia y el 16.66 % de la muestra se refirió a otro tipo de actividades. En cuanto a la práctica de alguna actividad lúdica y nivel de agrado por realizarlas el 31.25% mencionó realizar algún tipo, el 62.5% mencionó que no realizar, un grupo mínimo el 12.5% mencionó realizar actividad recreativa de vez en cuando.

El 46.87% mencionó sentir cierto tipo de agrado, por el contrario el 53.12% de los entrevistados mencionaron sentir cierto tipo de desagrado por realizar actividades recreativas. Recordando de esta manera que los pacientes con esquizofrenia tienen afectado su tono afectivo. Ver gráfica cinco.

En cuanto a la inversión de tiempo y actividades que realiza en casa el 46.87% mencionó colaborar con la limpieza en el hogar, el 15.62% realiza actividades de cocina, el 6.25% lleva el sustento a su casa y el 40.62% mencionó realizar cualquier tipo de actividad, datos descritos en gráfica seis.

En la gráfica siete en cuanto a las actividades de autocuidado e higiene personal resulta un dato interesante, pues el 59.37% mencionó poseer dificultades al realizar las actividades de higiene personal, el 37.5% mencionó tener cierto tipo de dificultad para realizar la limpieza del hogar. En cuanto al grado de dificultad el 62.5% mencionó que el solo hecho de pensar en actividades de higiene personal e higiene del hogar ya era un tanto difícil, el 31.25% mencionó que era difícil realizar este tipo de actividades, mientras el 6.25% mencionó no ser difícil en ninguna manera.

La gráfica ocho referente a los hábitos de higiene el 93.75% de los participantes en la investigación utiliza el servicio sanitario sin ninguna complicación, contrario al 6.25% que presenta dificultades para utilizar el servicio. El 56.25% realiza el baño diario sin dificultad en contra parte con el 43.75% que no le agrada realizar este tipo de hábito de higiene. El 81.25% sabe arreglarse sin ninguna complicación y el 18.75 de los participantes no ve razones para tener que arreglarse.

Con base a los resultados, se procedió a elaborar un plan de tratamiento, con cada uno de los pacientes, comentando estos que si organizaban su horario, realizarían actividades que les harían sentirse personas productivas, otro tema importante que surgió fue el de ser independientes en cuanto sus hábitos de higiene, el mismo paciente comentaba “que si por ejemplo se bañaba por las mañanas, formaría parte de los hábitos que perdió durante el padecimiento de la enfermedad”. El estudio se ha realizado con pacientes que son atendidos de manera integral en su rehabilitación, aun se desconoce que grado de funcionalidad podrían poseer las personas con este padecimiento y que no son atendidos.

CONCLUSIONES

- A través de los instrumentos utilizados se obtuvo un resultado, dando a conocer las deficiencias que los pacientes presentan en cuanto a las habilidades de autocuidado.
- Por medio de la entrevista estructurada se determinó que los pacientes no poseen una organización de tiempo, dado a su padecimiento no trabajan, colaboran muy poco con la familia, resultando así un tiempo de ocio sin límite.
- Los pacientes esquizofrénicos por el mismo padecimiento suelen abandonarse, es por eso que se necesita un tratamiento individual y la rehabilitación en cuanto a sus actividades de la vida diaria.
- De acuerdo a lo anteriormente planteado el terapeuta ocupacional debe intervenir al paciente esquizofrénico con calidad humanitaria demostrando su interés vital por la gente, dándole herramientas para que el paciente pueda adquirir la capacidad organizadora de su tiempo, informándole sobre su enfermedad y la importancia de las actividades de auto cuidado.
- La esquizofrenia es una enfermedad que lleva al paciente a deteriorarse en cuanto a las actividades de autocuidado, pues el padecimiento lleva consigo una pérdida cognitiva y de la realidad, las habilidades del paciente se ven afectadas, cada paciente es un ser con necesidades afectiva, cognitivas, sociales, físicas y de recreación, es por eso que la Terapia Ocupacional y Recreativa, se enfoca en la rehabilitación de tipo integral, pues el atender al paciente en cuanto a sus actividades de la Vida Diaria, hace que el paciente se sienta útil con su familia, capaz de

realizar actividades en donde él pueda tomar decisiones, actividades de tipo recreativas en pro de la mejora de su salud y por sobre todo que le rehabiliten y orienten sobre el uso constructivo del tiempo de ocio.

- Los pacientes de CAISM son personas atendidas de manera integral, pues si recordamos no solo el tomar el medicamento ayudará al paciente, éste debe ser rehabilitado y que mejor si es de manera integral, a través de esta investigación queda evidenciado que si son tratados no serán personas totalmente dependientes de sus familiares, además, éste grupo que es atendido presenta dificultad para organizar un horario, que si no fuesen atendidos en el hospital fueran períodos extensos de ocio.

RECOMENDACIONES

A LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

- Promover investigaciones que profundicen en la importancia de la Terapia Ocupacional y Recreativa en el manejo de las actividades de la vida diaria en pacientes esquizofrénicos.

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

- Promover investigaciones que ayuden a los docentes a establecer nuevas alternativas para el mejor aprendizaje de los estudiantes con la utilización de técnicas en Terapia ocupacional y Recreativa.

A PROFECIONALES DE TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA

- Continuar con investigaciones para profundizar el uso de las actividades de la vida diaria para la mejora de la salud mental de los pacientes esquizofrénicos.
- A las personas que trabajan con pacientes esquizofrénicas darles a las actividades de la vida diaria un uso adecuado para obtener mejores resultados en el proceso de rehabilitación.

A LA INSTITUCION

- Al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y el Centro de Atención Integral de Salud Mental (CAISM) continuar con la rehabilitación de tipo integral que le brindan a cada uno de los pacientes y así brindarles una mejor calidad de vida.

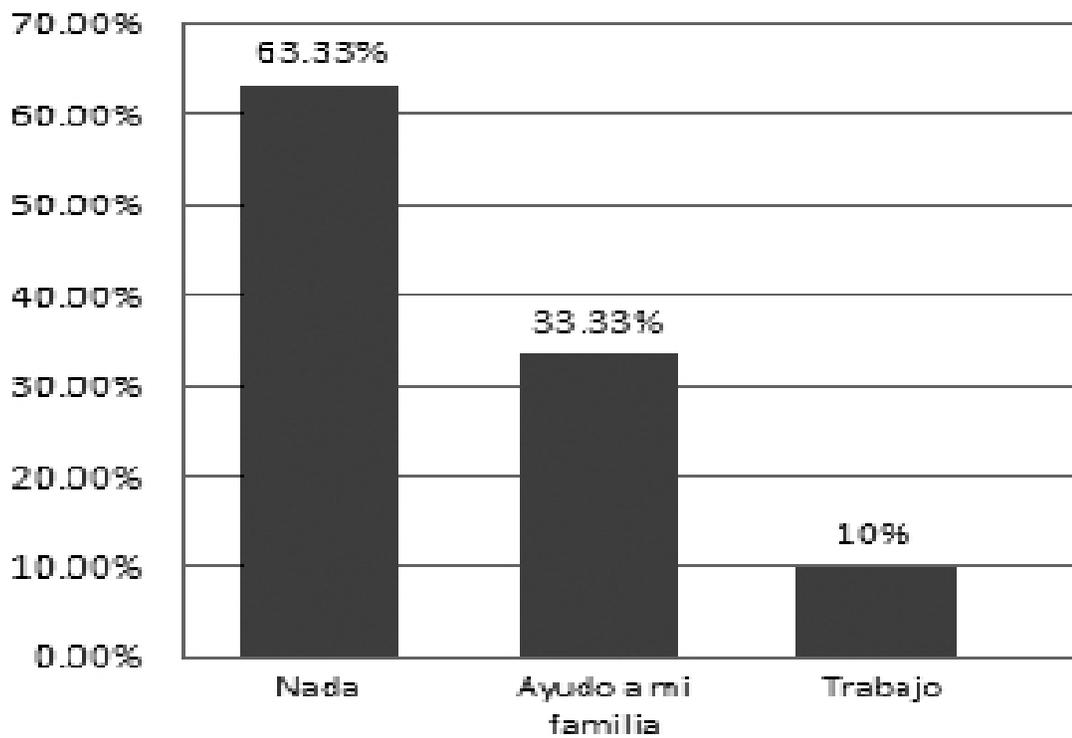
BIBLIOGRAFÍA

- Arnaiz Noya B. Centros de Rehabilitación psicosocial: Praxis de la Terapia Ocupacional. Barcelona. Editoriales Masson. P165-176
- Alejandro Bello Gómez Psicólogo col. M-12.992 Socio Acreditado de la Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas. Servicio de Atención Domiciliaria de AMAFE (Asociación Madrileña de Amigos y Familiares de Enfermos con Esquizofrenia)
- Bermejo, Belén G. Tema 3 Evaluación en habilidades Sociales I
- Conserjería de Integración Social. Diseños de Centros de Rehabilitación psicosocial. Programa de Servicios Sociales Alternativos. Madrid. 1988
- DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona. Editorial Masson, 1995. P. 280-284
- DSM-IV Tratado de psiquiatría. Tercera Edición. Barcelona. Editorial Masson, 1995. P 419- 424
- Jiménez, Luis Rodolfo. Texto de Terapia Ocupacional I, Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala. 1999, P. 94 - 95
- McDonald, E. M. Terapéutica Ocupacional en rehabilitación. Segunda edición. Editorial Salvat. Barcelona. España. 1979, Pág. 6.
- Moreno Cidoncha, Esther. Psicología. Centro de Rehabilitación psicosocial de Mérida.

Apéndice

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
LIDIA RIVAS / GUADALUPE ZET
GRÁFICA # 1

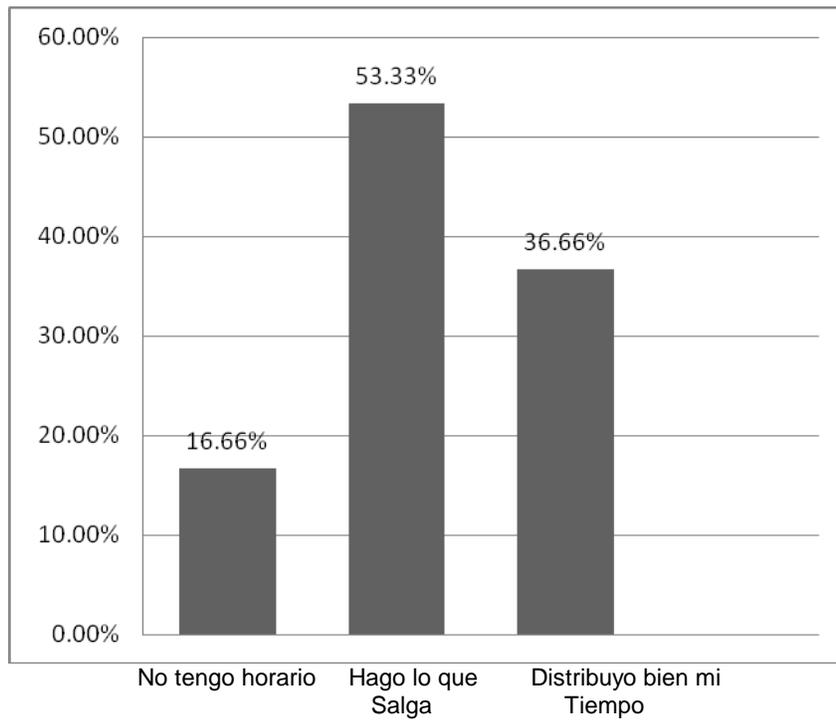
ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL DÍA



Fuente: Efectos positivos de la terapia ocupacional y recreativa en pacientes esquizofrénicos

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
LIDIA RIVAS / GUADALUPE ZET
GRÁFICA # 2

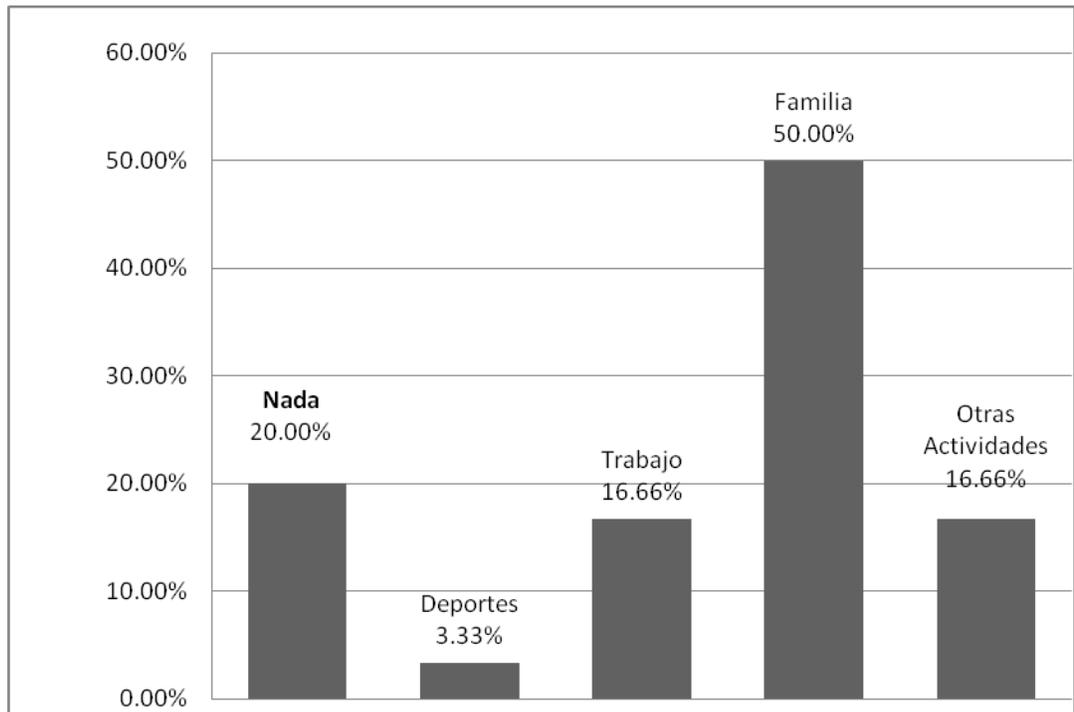
DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO



Fuente: Efectos positivos de la terapia ocupacional y recreativa en pacientes esquizofrénicos

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
LIDIA RIVAS / GUADALUPE ZET
GRÁFICA # 3

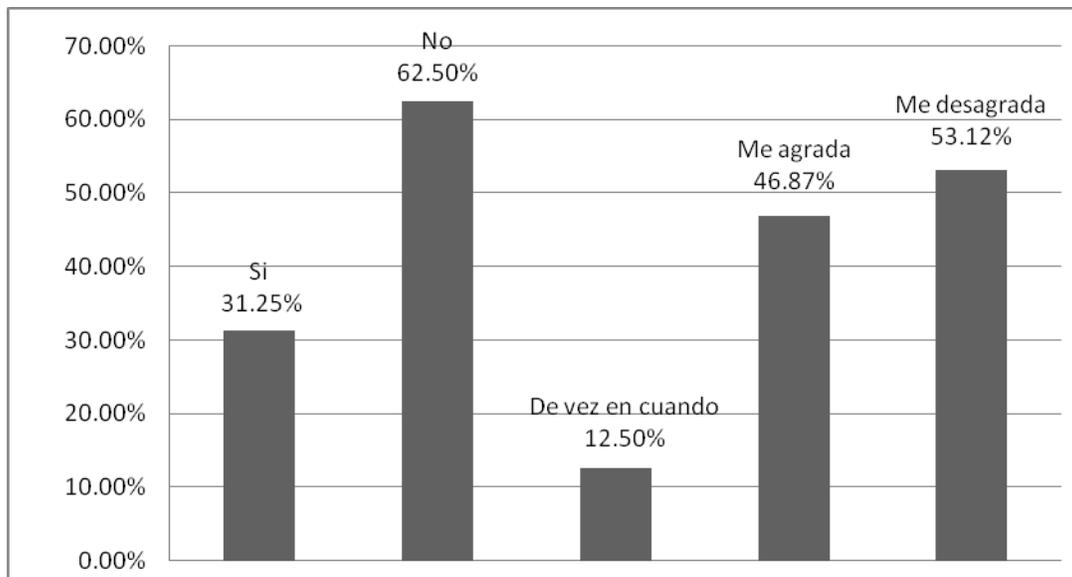
INTERESES



Fuente: Efectos positivos de la terapia ocupacional y recreativa en pacientes esquizofrénicos

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
LIDIA RIVAS / GUADALUPE ZET
GRÁFICA # 4

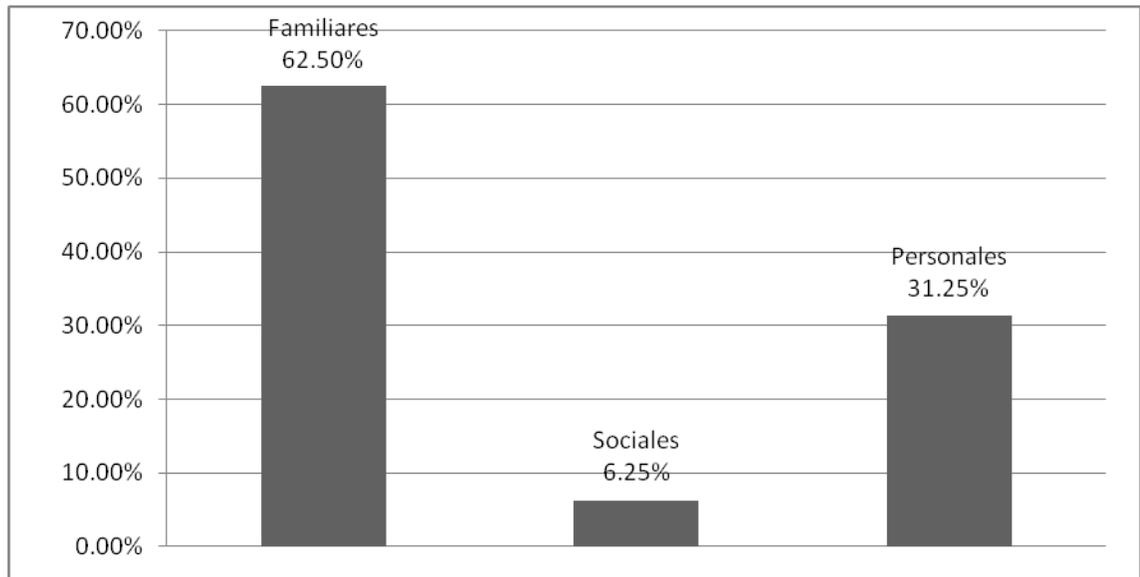
ACTIVIDADES LÚDICAS



Fuente: Efectos positivos de la terapia ocupacional y recreativa en pacientes esquizofrénicos

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
LIDIA RIVAS / GUADALUPE ZET
GRÁFICA # 5

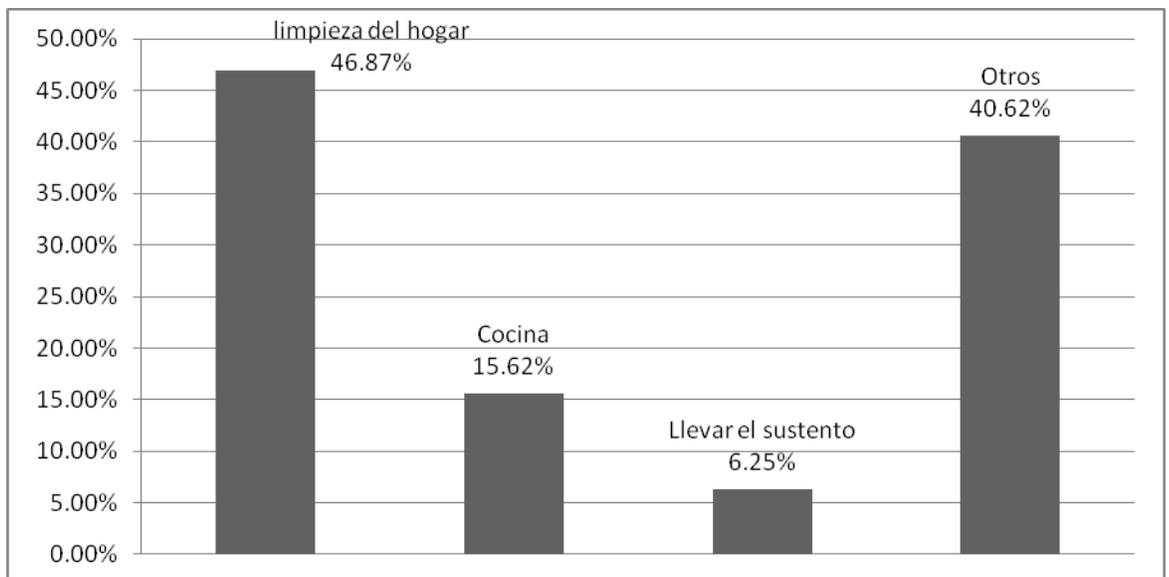
RESPONSABILIDADES



Fuente: Efectos positivos de la terapia ocupacional y recreativa en pacientes esquizofrénicos

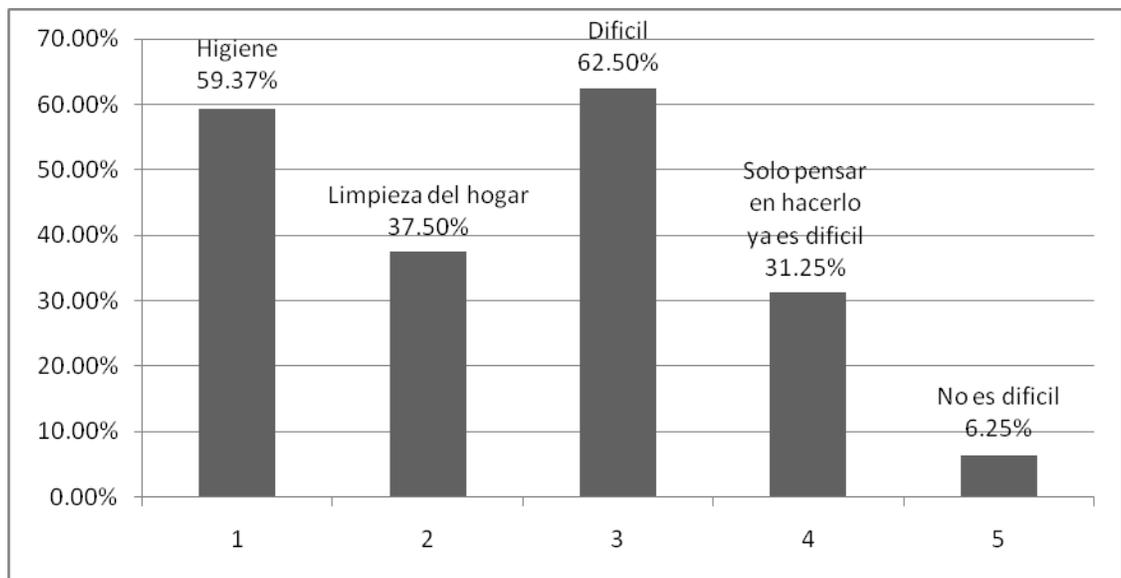
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
LIDIA RIVAS / GUADALUPE ZET
GRÁFICA # 6

ACTIVIDADES EN CASA



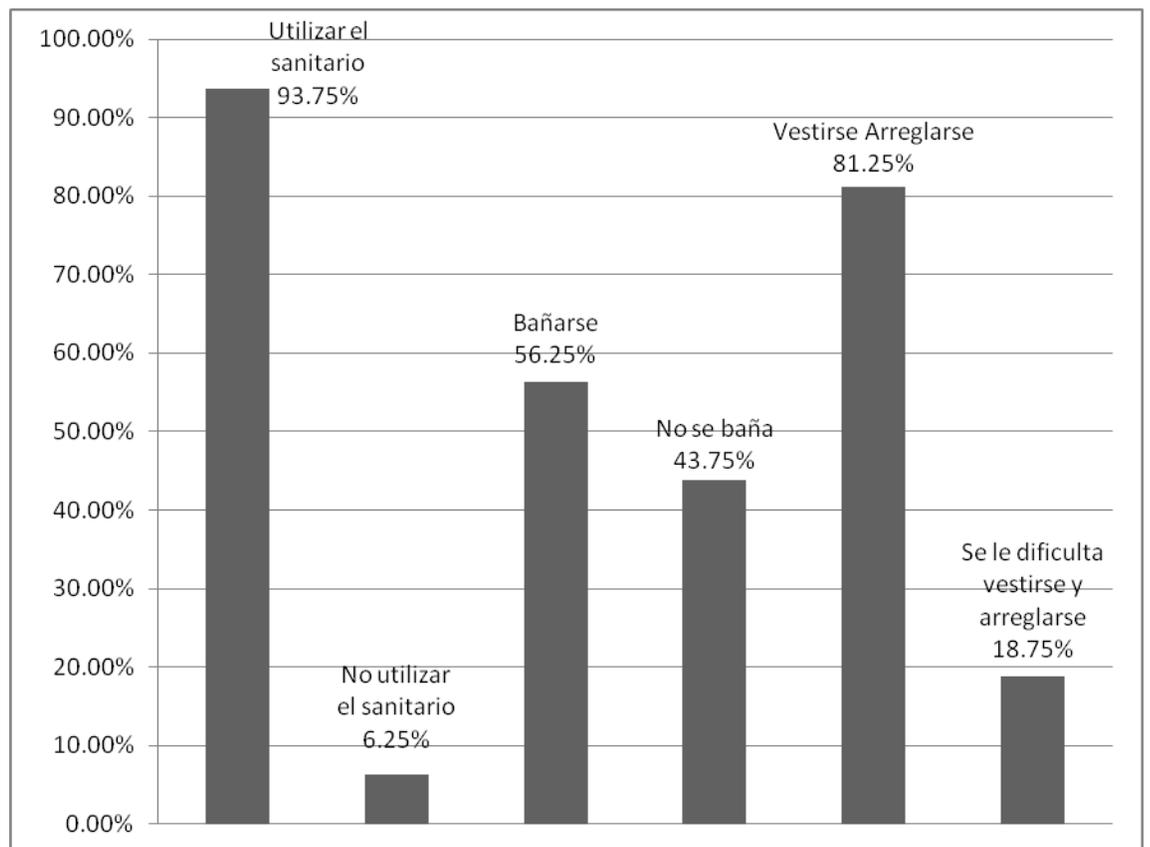
Fuente: Efectos positivos de la terapia ocupacional y recreativa en pacientes esquizofrénicos

ACTIVIDADES DE HIGIENE Y SU DIFICULTAD



Fuente: Efectos positivos de la terapia ocupacional y recreativa en pacientes esquizofrénicos

HÁBITOS DE HIGIENE



Fuente: Efectos positivos de la terapia ocupacional y recreativa en pacientes esquizofrénicos

RESUMEN

La esquizofrenia como entidad nosológica tiene una historia en realidad muy reciente. Fue descrita por primera vez como síndrome afectando a adolescentes y adultos jóvenes por Bénédict Morel en 1853, denominado Demence précoce, literalmente «demencia precoz». Se cree que afecta principalmente a la cognición, pero también suele contribuir a la aparición de problemas crónicos de comportamiento y emoción. Es una de las enfermedades más serias pues ocasionan una gran perturbación en las relaciones sociales, familiares y laborales de las personas que la sufren, es de tipo crónica que se puede mantener con medicamento y rehabilitación terapéutica. La Terapia Ocupacional es una disciplina de carácter socio-sanitario que a través de la valoración de las capacidades y problemas físicos, psíquicos, sensoriales y sociales del individuo pretende, con un adecuado tratamiento, capacitarle para alcanzar el mayor grado de independencia posible en su vida diaria, contribuyendo a la recuperación de su enfermedad y/o facilitando la adaptación a su discapacidad. La investigación; efectos positivos de la Terapia Ocupacional y Recreativa mediante el uso de actividades de la vida diaria en pacientes esquizofrénicos, surge porque la misma se vale de herramientas de tipo ocupacional que ayudará al paciente en su rehabilitación, para poder identificar los efectos en pacientes que son rehabilitados se aplicó una entrevista; para conocer hábitos de higiene, responsabilidades y la organización de su tiempo, seguidamente se aplicó test de la Vida Diaria para evaluar su nivel de independencia en cuanto a sus actividades cotidianas, se tomo una muestra de treinta y dos pacientes entre las edades de treinta a setenta y ocho años, divididos en dos grupos, se aplicaron las pruebas en los salones de consulta externa. A través de los resultados obtenidos se comprobó que los pacientes por el padecimiento se han convertido en personas dependientes, no logran organizar su horario dando como resultado tiempos extensos de ocio. Por lo cual, es importante que en el proceso de rehabilitación se pueda tomar en cuenta la participación de un Terapeuta ocupacional, para que pueda elaborar planes de tratamiento dirigidos a evitar la dependencia completa del paciente.