

**ESCUELA POLITECNICA DEL EJERCITO
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES**

**CARRERA: LICENCIATURA EN CIENCIAS DE LA ACTIVIDAD
FISICA DEPORTES Y RECREACION**

**PROYECTO DE INVESTIGACION PREVIA LA OBTENCION DEL
TITULO DE LICENCIADO EN CIENCIAS DE LA ACTIVIDAD
FISICA DEPORTES Y RECREACION**

TEMA:

**“INCIDENCIA DE LAS ACTIVIDADES RECREATIVAS,
APLICADAS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES MENTALES,
DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO JULIO ENDARA Y SU
INFLUENCIA EN EL TRATAMIENTO TERAPEUTICO”**

AUTOR: LENIN ANTONIO SANCHEZ COLLAGUAZO

DIRECTOR

Lic. Aracely Obando

CODIRECTOR

Dr. Martín Bonilla

SANGOLQUI 2012

CERTIFICACION

Lic. Aracely Obando

Dr. Martín Bonilla

CERTIFICAN:

Los suscritos Director y Codirector de la Tesis de Grado previa a la obtención de la Licenciatura en Ciencias de la Actividad Física, Deportes y Recreación, titulada **“INCIDENCIA DE LAS ACTIVIDADES RECREATIVAS, APLICADAS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES MENTALES, DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO JULIO ENDARA Y SU INFLUENCIA EN EL TRATAMIENTO TERAPEUTICO”**, certifican que la presente investigación ha sido planificada y ejecutada bajo la supervisión, por tanto ha sido revisada prolijamente y cumple con los requerimientos teóricos, científicos, técnicos, metodológicos y legales establecidos en la ESPE, autorizando su presentación y sustentación pública.

Sangolquí, 01 de Junio del 2012

.....
Lic. Aracely Obando
DIRECTOR

.....
Dr. Martín Bonilla
CODIRECTOR

AUTORIA

Yo, Lenin Antonio Sánchez Collaguazo, el presente trabajo de investigación que muestra exclusiva responsabilidad del autor, el mismo que ha sido elaborado cumpliendo los parámetros éticos y respetando la autoría de las diferentes fuentes de consulta para el desarrollo que ayudó para presentar la investigación.

Lenin Antonio Sánchez Collaguazo

AUTORIZACION

Yo, Lenin Antonio Sánchez Collaguazo expreso el contenido de la tesis previa a la obtención de la Licenciatura en Ciencias de la Actividad Física, Deportes y Recreación, titulada **“INCIDENCIA DE LAS ACTIVIDADES RECREATIVAS, APLICADAS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES MENTALES, DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO JULIO ENDARA Y SU INFLUENCIA EN EL TRATAMIENTO TERAPEUTICO”**, tiene responsabilidad y autoría, los mismos que autorizo la publicación o reproducción por parte de la ESPE en la página Web.

Sangolquí, 01 de Junio del 2012

Lenin Antonio Sánchez Collaguazo

DEDICATORIA

La concepción de este proyecto está dedicada a mis padres, pilares fundamentales en mi vida. Sin ellos, jamás hubiese podido conseguir lo que hasta ahora. Su tenacidad y lucha insaciable han hecho de ellos el gran ejemplo a seguir y destacar, no solo para mí, sino para mis hermanos y familia en general. También dedico este proyecto a mi mujer compañera inseparable de cada jornada. Ella representó gran esfuerzo y tesón en momentos de decline y cansancio, sin olvidar a mis hijos razón de mi lucha constante de sobresalir para mostrarles el mejor ejemplo de vida, A ellos este proyecto, que sin ellos, no hubiese podido ser.

Lenin Sánchez

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento primeramente a Dios por darme la vida aún más porque tengo a mi familia que me apoya con gran esfuerzo para seguir mis estudios en una grande institución como es la prestigiosa universidad reconocida a nivel nacional e internacional por su aspecto académico y deportivo Escuela Politécnica del Ejército.

Doy gracias a mis padres por el esfuerzo empleado, dándome la confianza y el apoyo para cumplir mis ideales.

A la Carrera Ciencias de la Actividad Física, Deportes y Recreación, por tener Docentes de alto nivel ya que sin ayuda de ellos no tendríamos la formación académica.

A los profesores que fueron el apoyo y consejeros durante la carrera Lic. Aracely Obando y Dr. Martin Bonilla con gran sabiduría; lo más esencial sus conocimiento y experiencia.

El Autor

	Pág.
INDICE	
CERTIFICACION	I
AUTORIA	II
AUTORIZACION	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
CAPITULO I	1
1. MARCO CONTEXTUAL DE LA INVESTIGACION	2
1.1. OBJETO DE LA INVESTIGACION	2
1.2. UBICACION Y CONTEXTUALIZACION DE LA PROBLEMÁTICA	3
1.3. SITUACION PROBLEMÁTICA	3
1.4. PROBLEMA DE INVESTIGACION	4
1.5. SUBPROBLEMAS DE INVESTIGACION	5
1.6. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACION	5
1.6.1. DELIMITACION TEMPORAL.	5
1.6.2. DELIMITACION ESPACIAL	5
1.6.3. DELIMITACION DE LAS UNIDADES DE OBSERVACION	5
1.7. JUSTIFICACION	6
1.8. CAMBIOS ESPERADOS	7
1.9. OBJETIVOS	8
1.9.1. OBJETIVO GENERAL	8
1.9.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	8
CAPITULO II	9
2. MARCO TEORICO DE LA INVESTIGACION	10
2.1. SELECCION DE LA ALTERNATIVA TEORICA	10
2.2. DEFINICION CONCEPTUAL DEL MARCO TEORICO	11
2.3. HISTORIA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES	11
2.3.1 EDAD ANTIGUA	11
2.3.1.1 Mesopotamia	11
2.3.1.2 Egipto	11
2.3.1.3 Israel	12
2.3.1.4 Persia	12
2.3.1.5 India	12
2.3.1.6 Grecia	12
2.3.2 ENFERMEDAD MENTAL	13
2.3.3 TRASTORNO MENTAL	16
2.3.4 ENFERMEDADES MENTALES MAS COMUNES	16
2.3.4.1 El estrés	17
2.3.4.2 La neurosis	17
2.3.4.3 La hipocondría	17

2.3.4.4 El desorden de la somatización	18
2.3.4.5 El desorden facticio	18
2.3.4.6 La esquizofrenia	18
2.3.4.7 La paranoia	19
2.3.4.8 La depresión	19
2.3.4.9 La manía	20
2.3.4.10 La manía-depresiva	20
2.3.4.11 El delirio	21
2.3.4.12 La demencia	21
2.3.4.13 El narcisismo	22
2.5 CLASIFICACION DE PACIENTES POR FUNCIONALIDADES	22
2.5.1 FUNCIONALIDAD ALTA	22
2.5.2 FUNCIONALIDAD MEDIA	22
2.5.3 FUNCIONALIDAD BAJA	23
2.6 TRATAMIENTO	23
2.6.1 TERAPEUTICO	23
2.7 LAS ACTIVIDADES TERAPEUTICAS	24
2.8 TERAPIA PSICOLOGICA	24
2.9 TERAPIA EN PSIQUIATRIA	25
2.9.1 TERAPEUTICA OCUPACIONAL EN PSIQUIATRIA	27
2.9.2 EJEMPLO OBJETIVOS GENERALES DE TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA EN PSIQUIATRIA (Según Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, Madrid España, 1995)	28
2.9.3 EJEMPLO OBJETIVOS ESPECIFICOS DE TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA EN PSIQUIATRIA (Según Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, Madrid España, 1995)	29
2.10 TRATAMIENTO DE LAS PATOLOGIAS MAS FRECUENTES DEL ENFERMO MENTAL	29
2.11 RECREACION	30
2.11.1 CARACTERISTICAS DE LA RECREACION	31
2.11.1.1 Activista	31
2.11.1.2 Actitudinal	31
2.11.1.3 Pasatista	31
2.11.1.4 Pedagógica	31
2.11.1.5 Consumista	31
2.11.2 EFECTOS DE LA RECREACION	31
2.11.2.1 Aspecto físico	32
2.11.2.2 Aspecto psicológico	32
2.11.3. TIPOS DE RECREACION	32
2.11.4 ACTIVIDADES RECREATIVAS	33
2.11.5 AREAS DE LA RECREACION	36
2.11.5.1 Área físico – deportiva	36
2.11.5.2 Área al aire libre	36
2.11.5.3 Área acuática	37
2.11.5.4 Área lúdica	37
2.11.5.5 Área manual	38

2.11.5.6 Área artística	38
2.11.5.7 Área conmemorativa	38
2.11.5.8 Área social	39
2.11.5.9 Área literaria	40
2.11.5.10 Área de entretenimientos y aficiones	40
2.11.5.11 Área técnica	41
2.11.5.12 Área comunitaria	41
2.11.5.13 Área de mantenimiento de la salud	41
2.11.6 RECREACION PSICOTERAPEUTICA	42
2.11.7 TERAPIA RECREATIVA	42
2.11.8 ACTIVIDADES RECREATIVAS CON ENFERMOS MENTALES	43
2.11.9 NECESIDADES DEL ENFERMO MENTAL	45
2.11.10 POSIBILIDADES Y VENTAJAS DE LA RECREACION EN LA ATENCION DE ENFERMOS MENTALES	46
2.11.11 PAUTAS A TENER EN CUENTA EN LA PLANIFICACION DE ACTIVIDADES RECREATIVAS EN EL TRABAJO CON ENFERMOS MENTALES	47
2.11.12 LA RECREACION EN LA REHABILITACION DE PACIENTES CON ENFERMEDADES MENTALES	44
2.12. TIEMPO LIBRE	48
2.13. OCIO	50
2.14. EL JUEGO	55
2.14.1 CARACTERISTICAS DEL JUEGO	55
2.14.2 BENEFICIOS DEL JUEGO	55
2.14.3 EJEMPLO PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE ACTIVIDADES FISICO-RECREATIVAS ADAPTADAS PARA PERSONAS CON RETRASO MENTAL LEVE DE 18-30 AÑOS EN EL MUNICIPIO COTORRO, PROVINCIA CIUDAD HABANA	56
2.15. PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS DE TRABAJO	68
2.15.1 HIPOTESIS GENERAL	68
2.16 DETERMINACION DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACION ⁶⁴	
2.16.1. MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	69
 CAPITULO III	 70
 DISEÑO METODOLOGICO DE LA INVESTIGACION	 71
3.1. Metodología utilizada para la concreción del proyecto	71
3.2. Metodología para el desarrollo de la investigación	72
3.2.1. Método	72
3.2.2. Población y muestra	73
3.2.3. Técnicas e instrumentos	73
3.2.4. Organización, tabulación, análisis e interpretación de la Información	74

CAPITULO IV	123
4.1. Conclusiones	124
4.2. Recomendaciones	125
FUENTES	126
Anexos	128

RESUMEN EJECUTIVO

INCIDENCIA DE LAS ACTIVIDADES RECREATIVAS, APLICADAS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES MENTALES, DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO JULIO ENDARA Y SU INFLUENCIA EN EL TRATAMIENTO TERAPEUTICO.

El presente trabajo de investigación, se lo realizo con la finalidad de determinar la incidencia de las actividades recreativas y su influencia en el tratamiento terapéutico de los pacientes con enfermedades mentales del Hospital Psiquiátrico Julio Endara.

Para lo cual, como primer paso se procedió a tomar la siguiente muestra, 20 pacientes entre 18 a 65 años de edad, 09 mujeres y 11 hombres, pacientes del Hospital Julio Endara, una vez tomada la muestra, la técnica que se aplicó en la investigación es la recolección de la información en el campo mismo de los hechos, los instrumentos que se utilizaron fueron el cuestionarios, los cuales se empleo al iniciar y al finalizar la investigación, para obtener valiosa información que contribuyo con la investigación, la observación directa nos sirvió de base para determinar en que situación se encontraban los pacientes.

Durante el proceso investigativo, se aplicó 8 áreas de la recreación en 15 sesiones de trabajo, en los meses de Enero, Febrero, Marzo del 2012, en las instalaciones de dicho hospital, también se incluyo una salida a un complejo turístico.

Una vez realizadas dichas actividades se pudo llegar a obtener conclusiones y recomendaciones, que sirvieron de mucha ayuda, para comprender la importancia y beneficios que brinda la recreación al ser aplicada, al paciente con enfermedad mental.

CAPITULO I
MARCO CONTEXTUAL
DE LA INVESTIGACION

1. MARCO CONTEXTUAL DE LA INVESTIGACION

1.1. OBJETO DE LA INVESTIGACION

Determinar cómo influyen las actividades recreativas, en los pacientes con enfermedades mentales, del Hospital Psiquiátrico Julio Endara.

1.2. UBICACION Y CONTEXTUALIZACION DE LA PROBLEMÁTICA



Hospital Psiquiátrico Julio Endara: Entrada

En el año de 1942 un psiquiatra quiteño, el Dr. Fernando Casares de la Torre reclamaba la construcción de un moderno hospital psiquiátrico que reemplazara al hospicio y manicomio. San Lázaro ubicado en el centro de la ciudad y en donde vivían pacientes psiquiátricos conjuntamente con mendigos, vagabundos y abandonados, en condiciones infrahumanas.

El gobierno nacional de 1944 asignó los terrenos de la hacienda Santo Domingo de Conocóto para este propósito y mediante un convenio firmado con el Servicio Cooperativo Interamericano en el mismo año, se asignaron los fondos para la construcción. El día 29 de Julio de 1953 se inaugura el Hospital Psiquiátrico de

Conocóto, que a inicios de la década de los años 70 cambiaría de nombre por el de Hospital Psiquiátrico Julio Endara.

A mediados de esta década se eliminan los muros y las celdas, herencia de los antiguos manicomios, y el hospital abre sus puertas poniendo en práctica el respeto a la dignidad del paciente y el reconocimiento de sus derechos. Así mismo en la década de los 80 se crean nuevos servicios y se abre a la docencia universitaria de postgrado, convirtiéndose en el hospital base para la formación de los psiquiatras.

El Hospital Psiquiátrico Julio Endara es una unidad operativa especializada que atiende a pacientes que provienen de todas las regiones del país.

Así la población procede de localidades de sierra, costa, oriente y en algunos casos del sur de Colombia, convirtiéndose en un centro de referencia nacional, por lo tanto, las características epidemiológicas varían de acuerdo a su procedencia. La mayoría de usuarios pertenecen a los estratos socio-económicos bajos y su nivel educativo formal es pobre.

El Hospital Psiquiátrico Julio Endara, se encuentra ubicado en la zona del Valle de los Chillos que forma parte del Distrito Metropolitano de Quito, parroquia de Conocóto en el sur oriente de la ciudad, provincia de Pichincha en el centro norte del país. Se encuentra a un costado de la Autopista General Rumiñahui que comunica el centro de la urbe con los barrios ubicados en dicho valle, calle Jorge Piedra Oe 4-29 y Gonzalo Benítez.

1.3. SITUACION PROBLEMÁTICA

“Los pacientes que asisten o que viven en un hospital psiquiátrico, pasan por diferentes estados, siendo sujetos desacreditados por la sociedad y desde su propia familia, por otro lado, determinados comportamientos podrían marcar una

serie de temores en torno a su enfermedad mental. Tanto la familia como los vecinos y demás personas que se encuentran fuera del hospital, serían los creadores de algunas nominaciones peyorativas hacia el paciente: lo tildarán de loco, de tullido, de loquito, de toqueadito, de safadito, de lorencito entre otros términos coloquiales que se “les bautiza” en el medio, internamente en el hospital, también se encuentran determinados calificativos que el personal utiliza para denominar a los enfermos mentales.

Por ejemplo, a los pacientes que viven en el albergue se los llama “niños” ya que poseen un retardo mental severo o profundo, se comportan como si fueran menores de edad, los auxiliares de enfermería y enfermeras cuentan que es un trabajo laborioso: les dan de comer en la boca y los bañan constantemente como si fueran niños pequeños. Estos pacientes fueron abandonados por sus familias desde que eran niños.

El hospital se hace cargo de ellos en conjunto con grupos externos de ayuda benéfica para su manutención.

Estos nombramientos también invisten de identidades al paciente, lo que en determinados momentos puede beneficiarlos y/o perjudicarlos, los calificativos mencionados en la institución psiquiátrica desde una concepción médico-psicológica o los utilizados a través de la jerga coloquial por las personas que laboran o transitan dentro o fuera del hospital, vendrían a ser estigmas que generan identidades deterioradas para los pacientes que habitan o frecuentan un hospital que promueve la salud mental.”¹

1.4. PROBLEMA DE INVESTIGACION

Una vez analizada las situaciones por las que atraviesan los pacientes con enfermedad mental del Hospital Psiquiátrico Julio Endara, se plantea el siguiente problema.

¹ Hernán francisco Jaramillo tejada. quito, abril 2010

¿Las actividades recreativas aplicadas al paciente con enfermedad mental, influyen durante el tratamiento terapéutico?

1.5. SUBPROBLEMAS DE INVESTIGACION

- Procesos Terapéuticos que no aplican actividades recreativas durante el tratamiento de los pacientes con enfermedades mentales.
- Desconocimiento de los beneficios que brindan las actividades recreativas a los pacientes con enfermedades mentales.
- Mala ejecución o práctica de actividades recreativas expuestas a los pacientes con enfermedades mentales.
- La mantención de paradigmas del tratamiento solamente basado en administración farmacológica.

1.6. DELIMITACION DE LA INVESTIGACION

1.6.1. DELIMITACION TEMPORAL

El presente trabajo de investigación se llevará a cabo con pacientes del Hospital Psiquiátrico Julio Endara, los mismos que poseen enfermedades mentales, en los meses de septiembre, Enero, Febrero y Marzo del 2012.

1.6.2. DELIMITACION ESPACIAL

El desarrollo de esta investigación se llevará a cabo en instalaciones del Hospital Psiquiátrico Julio Endara ubicado en la parroquia de Conocóto.

1.6.3. DELIMITACION DE LAS UNIDADES DE OBSERVACION

Las unidades de observación son:

- Psicólogos Clínicos, Enfermeros, Licenciadas, Auxiliares.
- 20 Pacientes que poseen enfermedades mentales de ambos sexos, en edades comprendidas de 18 a 65 años.
- Director de Tesis
- Codirector de Tesis

1.7. JUSTIFICACION

Tomando en cuenta que la recreación forma parte de un programa amplio, que debe ser utilizada y encaminada a promover un mejor estilo de vida para la persona con enfermedades mentales.

Por medio de las actividades recreativas se logra una mejor formación del individuo, a partir de esto se deben crear estrategias eficaces y pertinentes a un grupo en el que se diagnostique con enfermedades mentales.

Las actividades recreativas es parte fundamental y obligatoria, durante el tratamiento del paciente para así poder llevar un mejor tratamiento, debiendo tomar en cuenta que esta es una enfermedad degenerativa.

Los pacientes con enfermedades mentales requieren una verdadera atención en cuanto al desarrollo de destrezas motoras, emocionales y cognitivas.

Los beneficios individuales y grupales de las actividades recreativas son un soporte valioso, que además sirve como complemento a lo que es la actividad en sí, ese componente lo constituye el aspecto terapéutico, puesto que la recreación previene la ansiedad, otorga espacios para combatir la frustración, previene la drogadicción y contribuye enormemente con cualquier proceso de rehabilitación que conduzca hacia una posterior y verdadera integración funcional.

En las personas con enfermedades mentales, los juegos pueden convertirse en un instrumento facilitador de procesos de integración, debido a que esta población presenta grandes espacios para el tiempo libre, por ello deben promoverse acciones que potencien su uso para un esparcimiento enriquecedor.

Es importante resaltar lo importante que resulta para la recreación, emprender la creación de una cultura para el ocio y el tiempo libre, a través de la generación e implementación de programas en el entorno social de las personas con enfermedades mentales, que beneficie la integración, desde todos los puntos de vista.

1.8. CAMBIOS ESPERADOS

A través de esta investigación se espera alcanzar los siguientes cambios:

- Coadjuntar en el tratamiento de las enfermedades mentales por medio de la recreación.
- Utilizar las actividades recreativas que estén acorde a adaptaciones y modificaciones, para la utilización en personas con enfermedades mentales.
- Mejorar el estilo de vida del paciente con enfermedades mentales a través de la recreación.
- Contribuir de una forma apropiada al paciente con enfermedades mentales, a que conlleve junto con la recreación, un mejor tratamiento, tomando en cuenta que ésta es una enfermedad degenerativa.

1.9. OBJETIVOS

1.9.1. OBJETIVO GENERAL

- Aplicar Actividades recreativas, en pacientes con enfermedades mentales del hospital psiquiátrico Julio Endara, y determinar su influencia en el tratamiento terapéutico.

1.9.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Observar los efectos de la recreación en el tratamiento terapéutico de los pacientes con enfermedades mentales del Hospital Psiquiátrico Julio Endara.
- Constatar si los pacientes con enfermedades mentales del Hospital Psiquiátrico Julio Endara, reciben actividades recreativas durante su tratamiento.
- Aplicar actividades recreativas modificables y adaptables para pacientes con enfermedades mentales del Hospital Psiquiátrico Julio Endara.
- Comprender la Influencia de las actividades recreativas, en el tratamiento de las enfermedades mentales.
- Incorporar nuevos paradigmas al tratamiento de las enfermedades mentales y ampliar el radio de acción del profesional de la actividad física el deporte y la recreación.

CAPITULO II
MARCO TEORICO
DE LA
INVESTIGACION

2. MARCO TEORICO DE LA INVESTIGACION

Con la finalidad de cumplir con los objetivos planteados se aplicarán distintos instrumentos y fuentes de datos reales obtenidos antes, durante y después de la investigación de este proyecto.

Esta investigación será sustentado con un trabajo de campo que se realizará en 11 sesiones en los meses de septiembre, octubre, noviembre y diciembre año 2011, en las instalaciones del Hospital Psiquiátrico Julio Endara, también habrá una salida a la hostería el tingo, las personas que colaboraran con la siguiente investigación serán 30 pacientes que poseen enfermedades mentales que se encuentran institucionalizados, y además un numero de personas cantidad no determinada que también poseen enfermedades mentales, estos pacientes son pacientes ambulantes no están institucionalizados , pero sin embargo participaran de diferentes actividades recreativas, además contaremos con Psicólogos Clínicos, Enfermeras, Auxiliares, Licenciadas.

2.1. SELECCION DE LA ALTERNATIVA TEORICA

El desarrollo de la presente investigación se sustentara en las siguientes fuentes bibliográficas:

- Bibliografía especializada sobre el tema
- Páginas de Internet
- Criterio de especialistas
- Proyectos relacionados

2.2. DEFINICION CONCEPTUAL DEL MARCO TEORICO

2.3. HISTORIA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

La psiquiatría ha sido la última de las especialidades médicas en ser aceptada como tal. A lo largo de la historia las enfermedades mentales, al igual que el resto de las enfermedades, pero en mayor medida que éstas, han sido terreno de la magia y la religión, cuestionándose continuamente su condición misma de enfermedades, ya sea atribuyéndoles un origen diabólico, en los tiempos antiguos, o un origen netamente social en la mucho más reciente anti psiquiatría.



2.3.1 EDAD ANTIGUA

2.3.1.1 Mesopotamia

Los primeros médicos babilonios: Assipu = consideraban como posesiones demoníacas y tratadas con métodos mágico-religiosos.

2.3.1.2 Egipto

Antes que los griegos, reconocieron al cerebro como "localización de las funciones mentales". Describieron el trastorno emocional, denominado luego como "histeria" por los griegos, atribuyéndolo a una mal posición del útero, por lo cual fumigaban la vagina como tratamiento, con la intención de devolverlo a su posición original.

2.3.1.3 Israel

Los médicos hebreos imploraban a Dios. Se restringió el campo de los médicos laicos por considerarlas "enfermedades ocultas". En la Biblia se describe la enfermedad mental de Saúl, que terminó en su suicidio, y se interpreta como causada por un espíritu maligno enviado por Dios. Existen también descripciones de probables excitaciones catatónicas y ataques epilépticos, que son atribuidos a posesiones demoníacas.

2.3.1.4 Persia

La fuente original de la filosofía persa se encuentra en el Zendavesta, uno de cuyos volúmenes, el Venidad menciona que hay 99,999 enfermedades, todas causadas por demonios. De hecho, "venidad" significa "la ley contra los demonios".

2.3.1.5 India

La insistencia del budismo en la supresión del interés hacia el mundo externo, y su dirección hacia el interior del individuo. De hecho, se ha recurrido a la meditación budista no sólo como una forma de psicoterapia para trastornos mentales sino también como ayuda para superar las dificultades de la vida diaria.

2.3.1.6 Grecia

Los griegos fueron los primeros en estudiar las "enfermedades mentales" desde el punto de vista científico, separando el estudio de la mente de la religión. La medicina griega buscó leyes universales que pudieran constituir la base de una ciencia real de la enfermedad, investigando a fondo las leyes que gobiernan las enfermedades y buscándola conexión entre cada parte y el todo, la causa y el efecto. Además de los tratamientos somáticos de la escuela hipocrática, los griegos emplearon tres tratamientos psicológicos: inducción del sueño, interpretación de los sueños (a cargo de sacerdotes) y el diálogo con el paciente. Hipócrates sostuvo que las enfermedades se producían por un desbalance de los cuatro humores esenciales: flema, bilis amarilla, bilis negra y sangre. Pequeños

excesos de estos tres humores y de sangre daban lugar a personalidades flemáticas, coléricas y sanguíneas. Hipócrates ubicó en el cerebro la capacidad para pensar, sentir o soñar. Fue el primero en proponer que los sueños son expresión de nuestros deseos que acceden hacia el conocimiento cuando se eliminan las demandas de la realidad. También fue el primero en describir y clasificar racionalmente enfermedades como epilepsia, manía, paranoia, delirio tóxico, psicosis corporal, fobias e histeria”²

2.3.2 ENFERMEDAD MENTAL

La enfermedad mental, concepto enmarcado en la psiquiatría, medicina y psicología, es una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerado como anormal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Se encuentra alterado el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida.

Dependiendo del concepto de enfermedad que se utilice, algunos autores consideran más adecuado utilizar en el campo de la salud mental el término "trastorno mental" (que es el que utilizan los dos sistemas clasificatorios de la psicopatología más importantes en la actualidad: la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud y el DSM-IV-TR de la Asociación Psiquiátrica Americana). Sobre todo en aquellos casos en los que la etiología biológica no está claramente demostrada, como sucede en la mayoría de los trastornos mentales. Además, el término "enfermedad mental" puede asociarse a estigmatización social. Por estas razones, este término está en desuso y se usa más trastorno mental, o psicopatología.

El concepto enfermedad mental aglutina un buen número de patologías de muy diversa índole, por lo que es muy difícil de definir de una forma unitaria y hay que

² www.scribd.com/doc/Historia-de-Las-Enfermedades-Mentales

hablar de cada enfermedad o trastorno de forma particular e incluso individualizada ya que cada persona puede sufrirlas con síntomas algo diferentes.

En cuanto a la etiología de la enfermedad mental, podemos decir que, debido a su naturaleza única y diferenciada de otras enfermedades, están determinados multifactorialmente, integrando elementos de origen biológico (genético, neurológico,...), ambiental (relacional, familiar, psicosocial,...) y psicológico (cognitivo, emocional,...), teniendo todos estos factores un peso no sólo en la presentación de la enfermedad, sino también en su fenomenología, en su desarrollo evolutivo, tratamiento, pronóstico y posibilidades de rehabilitación.

Aun cuando clásicamente se han dividido las enfermedades mentales en Trastornos Orgánicos y Trastornos Funcionales, haciendo referencia al grado de génesis fisiológica o psíquica que determine al padecimiento, la evidencia clínica demuestra que ambas esferas no son independientes entre sí y que en la patología, como en el resto del desempeño psíquico "normal", ambos factores interactúan y se correlacionan para generar el amplio espectro del comportamiento humano tal como lo conocemos. De hecho, alteraciones biológicas alteran la psique, al igual que alteraciones psicológicas alteran o modifican la biología.

Existen numerosas categorías de trastornos mentales, con mayor o menor gravedad tanto en la vivencia subjetiva del individuo como en su repercusión dentro del funcionamiento social, así se hace alusión a otra clasificación clásica: Trastornos Neuróticos y Trastornos Psicóticos.

Las neurosis afectan en mayor grado a la percepción del sujeto sobre sí mismo, y a su nivel de agrado, de plenitud y de integración del yo, así como a sus relaciones con el entorno social y familiar más cercano; sin embargo, no presentan los síntomas usuales de desconexión con la realidad y amplio alejamiento de la

vida social, pueden desempeñarse laboral y académicamente, y según Freud y las escuelas psicoanalíticas este estado es la condición natural de la vida psíquica.

Las psicosis, abarcan la manifestación más claramente asociada con la enfermedad mental, sus síntomas clásicos incluyen las alucinaciones, delirios y grave alteración afectiva y relacional, estos trastornos suelen tener un factor orgánico bastante pronunciado como los Trastornos Depresivos y Bipolares, aunque las esquizofrenias son claramente las de mayor repercusión personal, social y familiar dado su carácter crónico y degenerativo caracterizado por los elementos propios de todos los trastornos psicóticos a los cuales se añaden la desconexión con la realidad y aplanamiento afectivo.

La enfermedad mental suele degenerar en aislamiento social, inactividad, abulia, desorden del ritmo de vida en general y, en ciertos casos y circunstancias, comportamientos violentos e intentos suicidas.

Actualmente el tratamiento de los trastornos mentales posee un enfoque integrativo y multidisciplinar, en el que participan psicólogos y psiquiatras, educadores sociales, enfermeros psiquiátricos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y otros profesionales. Cada tratamiento integra, dependiendo del caso, la administración de psicofármacos como métodos paliativo de los síntomas más pronunciados, para así dar paso a un proceso de intervención psicológica para atender los orígenes y manifestaciones del trastorno y así generar un estado de bienestar más sólido, efectivo y permanente en las personas que sufren de esta enfermedad.

En 1973 la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés) decidió eliminar la homosexualidad del Manual diagnóstico y estadístico de los

trastornos mentales (DSM). El 17 de mayo de 1990 la OMS elimina la homosexualidad y la transexualidad de la lista de enfermedades mentales.”³

2.3.3 TRASTORNO MENTAL

Son afecciones o síndromes psíquicos y comportamentales, radicalmente opuestos a los propios de los individuos que gozan de buena salud mental. En general, son causa de angustia y deterioro en importantes áreas del funcionamiento psíquico, afectando al equilibrio emocional, al rendimiento intelectual y al comportamiento social adaptativo. Se han descrito a través de la historia y en todas las culturas, pese a la vaguedad y dificultades de definición de este tipo de trastornos.”⁴

2.3.4 ENFERMEDADES MENTALES MAS COMUNES

Estas enfermedades pueden afectar a personas de cualquier edad, raza, religión o situación económica.

Estas alteraciones se manifiestan en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida.

La mayoría de las personas que tienen una enfermedad mental necesitan medicamentos para ayudar a controlar los síntomas de la enfermedad. La ayuda de un consejero, los grupos de auto-ayuda, el acceso a una vivienda adecuada, la rehabilitación vocacional, ayuda económica y otros servicios de la comunidad pueden ofrecerse el apoyo y la estabilidad necesarios para la recuperación de la persona que tiene una enfermedad mental.

Existen muchas enfermedades mentales que se manifiestan en trastornos físicos o de ánimo. Dentro de las enfermedades mentales o psicológicas se clasifican la

³ Cita web(es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_mental)

⁴ Cita web(www.juntadeandalucia.es/averroes/~29701428/salud/mental2.htm)

esquizofrenia, las enfermedades depresivas y los desórdenes de la personalidad. Dentro de estos últimos se encuentran los desórdenes obsesivos-compulsivos, la fobia social, el síndrome premenstrual y algunos otros.

Las más comunes entre estas enfermedades son:

2.3.4.1 El estrés

Las personas pueden experimentar el estrés cuando se ven ante eventos importantes los cuales pueden ser peligrosos o muy difíciles de superar.

Entre los síntomas psicológicos del estrés están la ansiedad y la tensión, la preocupación incontrolable, irritación, distracción, y dificultad en aprender cosas nuevas.

2.3.4.2 La neurosis

Son las afecciones que muestran un malfuncionamiento del sistema nervioso. En las neurosis no hay lesión física ni alteración de la personalidad.

Las principales neurosis son la ansiedad, una incontrolable obsesión por evitar situaciones peligrosas y una falta de acoplarse con personas. Algunos ejemplos de neurosis son el pánico, la fobia social, el desorden compulsivo-obsesivo, y el estrés postraumático.

2.3.4.3 La hipocondría

La hipocondría es un desorden neurótico en el cual la persona canaliza las ansiedades, las preocupaciones y los pensamientos obsesivos para convencerse de que tiene una enfermedad física específica (ejemplo: el cáncer del colon). Es decir que los hipocondríacos están preocupados porque padecen de una enfermedad, aunque informes médicos indiquen lo contrario.

Los hipocondríacos gastan mucho tiempo y dinero visitando doctores y haciéndose varios exámenes. Las relaciones entre estos enfermos y los doctores y enfermeras pueden en muchos casos ser conflictivas; hasta el punto en que una

verdadera enfermedad puede llegar a no ser diagnosticada por aquellas personas que están cansadas de atender enfermos mentales que previamente han insistido en una enfermedad que no existe.

2.3.6.4 El desorden de la somatización

Es un desorden muy raro, pero toma mucho tiempo controlarlo. La persona, usualmente una mujer, tiene una historia médica larga y complicada y una serie de síntomas dramáticos pero vagos que demandan la atención inmediata del doctor.

Las quejas por lo general se basan en dolores gastrointestinales, ginecológicos y senso-motores. Las personalidades y vidas de estas personas son dramáticas y caóticas.

2.3.4.5 El desorden facticio

Los individuos que sufren de esta enfermedad mental crean la apariencia de una enfermedad física para ser el centro de atención médica y/o para obtener varios tipos de droga.

Las personas que sufren de este desorden por lo general se vuelven evasivas y agresivas cuando se les hacen preguntas o se les desafía a aclarar la inconsistencia de sus síntomas.

Muchas se escapan de los hospitales o clínicas para ir en busca de otros centros médicos. Muchos individuos con este tipo de desorden tienden a tener un comportamiento y una personalidad similar a aquellos que sufren de somatización.

2.3.4.6 La esquizofrenia

La esquizofrenia es un conjunto de severos síntomas psicológicos los cuales hacen difícil trabajar, jugar y estar con otras personas. Síntomas "positivos" incluyen ilusiones (creencias irracionales), alucinaciones (experiencias sensoriales por falta

de estímulo), pensamiento y habla incoherentes, paranoia o ansiedad intensa e incontrolable y un comportamiento extraño.

Entre los síntomas negativos están la pérdida de experiencias y expresiones emocionales, pérdida de poder e iniciativa, inhabilidad de experimentar placer o de interesarse en cosas, y aislamiento de personas.

2.3.4.7 La paranoia

En general, esta enfermedad se refiere a altos niveles de sospecha y desconfianza, usualmente vistos en las creencias o desilusiones de que ella o él son víctimas del odio, celos y resentimientos de otras personas.

La persona que sufre de la paranoia esquizofrénica tiene presentimientos de que ella o él van a ser perseguidos por otros, como el vecino, el gobierno, o un extraterrestre; o por el personas especiales tales como "el Mesías" (un presentimiento de grandiosidad).

La persona que sufre del desorden personal paranoico parece normal, pero es sospechosa, desconfiada, hostil, controladora y rápida para desarrollar resentimientos y celos. Algunos hombres que golpean a sus esposas o novias sufren de esta enfermedad mental.

2.3.4.8 La depresión

La depresión es un problema emocional muy grave en el cual el individuo no deja de sentirse triste y vacío, y constantemente se siente sin ayuda o esperanza.

Las personas deprimidas, usualmente sufren de ansiedad e irritabilidad, una falta de motivación, y una pérdida de placer en las cosas que antes les gustaba hacer. También tienen problemas con el apetito, el sueño, y sufren de dolores.

Muchas personas deprimidas tienen pensamientos suicidas y entre el diez y el quince por ciento terminan por quitarse la vida.

2.3.4.9 La manía

Es un período de tiempo (por lo general de una semana a un mes) en el cual la persona es y se siente muy feliz, habla mucho, es activa e impulsiva. En muchos casos, en los momentos de manía, a pesar de sentirse confidente y feliz, la persona puede llegar a sentirse nerviosa e irritada.

Muchos maniáticos parecieran tener una energía infinita y solamente necesitan pocas horas de sueño, si es que duermen del todo.

Con la manía en su forma intermedia —la hipomanía— el individuo puede llegar a ser muy creativo y productivo en su trabajo. En sus diferentes formas la persona se convierte en sicótica. Es decir, pierde la habilidad de pensar correctamente y hace juicios realistas a la vez que puede experimentar alucinaciones.

Muchos individuos tienden a ser impulsivos, demandantes, agresivos, lo cual resulta en gastos enormes de dinero, consumo excesivo de alcohol, promiscuidad sexual y problemas con la ley.

2.3.4.10 La manía-depresiva

Aproximadamente una a dos de cada 100 a 250 personas alrededor del mundo experimentan de una manera u otra episodios de manía intermedia o severa, junto con episodios de depresión.

Si los momentos de ambos tipos de problemas emocionales son intermedios, la condición se conoce como clotimia. Si los episodios de depresión son severos, sin importar si la manía es leve o severa, entonces la condición emocional se llama desorden bipolar, comúnmente conocido como "manía-depresiva." Comúnmente, personas entre los 17 a 25 años de edad tienen a ser víctimas de este tipo de problema emocional, y usualmente es crónico.

Muchos individuos que sufren de estos desordenes tienden a recuperarse en medio de episodios, y hay una asociación con la creatividad y el ingenio artístico

que la persona puede desarrollar. Sin embargo, el impacto que este desorden causa en la vida de una persona es devastador. El nivel de problemas matrimoniales, abuso de sustancias, suicidio y problemas con la ley es muy alto.

2.3.4.11 El delirio

También conocido como "el rápido inicio del síndrome cerebral," el delirio es una condición psicológica asociada con graves problemas físicos (ejemplo: sobredosis de droga o envenenamiento).

Entre los síntomas están la confusión y la desorientación, pérdida de conciencia, agitación, apatía e ilusiones (falta de percepción del estímulo externo, tal como escuchar el ruido de las ruedas de una camilla de hospital e imaginarse que es una máquina maquiladora que viene a despedazarlo.)

El delirio debe tomarse muy en serio y debe ser tratado inmediatamente, porque puede representar un grave problema físico.

2.3.4.12 La demencia

La demencia se refiere a una disminución o deterioro generalizado de las facultades intelectuales, como la pérdida de memoria, atención y pensamiento abstracto.

La persona que sufre de demencia se puede perder fácilmente y puede ser incapaz de hacer cosas simples como volver a entrar a la casa después de que haya cerrado la puerta.

La depresión y la paranoia usualmente son asociadas con la demencia, y algunos dementes desarrollan alucinaciones. Uno de los mejores ejemplos de demencia es la enfermedad de Alzheimer, la cual empieza típicamente a los 55 años.

2.3.4.13 El narcisismo

La persona con este tipo de personalidad tienen una incontrolable necesidad de sentirse importante, exitosa y admirada por todo el mundo. Ellos actúan como si fueran únicos y merecedores de favores especiales. Por lo general, a los narcisistas no les importan los sentimientos y/o resentimientos de las otras personas, y están celosos de los éxitos de los demás.”⁵

2.5 CLASIFICACION DE PACIENTES POR FUNCIONALIDADES

“La siguiente guía de clasificación de pacientes dentro de la Terapia Ocupacional en el área psiquiátrica:

2.5.1 FUNCIONALIDAD ALTA

En esta categoría se encuentran todos aquellos pacientes que tienen un alto grado de habilidad cognitiva y motriz, aunque no dentro del rango de lo normal, debido a la enfermedad que presentan, este tipo de pacientes poseen buena coordinación motriz, psicomotricidad fina y gruesa, facilidad para comunicarse con las personas con las que se relacionan, siguen instrucciones, tienen conciencia de su esquema corporal y poseen buena atención y memoria.

Además de ser independientes en las actividades de la vida diaria, como lo es higiene personal, comunicación, movilización, arreglo personal y alimentación.

⁵ <http://biology.kenyon.edu/slouc/span-med/mental/mentales.htm>

2.5.2 FUNCIONALIDAD MEDIA

Dentro de esta categoría de clasificación se encuentran pacientes con poca funcionalidad en el área cognitiva, fácilmente se distraen, su psicomotricidad fina se encuentra disminuida, aunque poseen la psicomotricidad gruesa, se encuentran ubicados en espacio y persona, siguen instrucciones, pero no ejecutan las actividades en su totalidad, necesitan de asistencia verbal. Además son semi dependientes en las actividades de la vida diaria.

2.5.3 FUNCIONALIDAD BAJA

Los pacientes que son clasificados dentro de esta área, presentan problemas de atención y memoria; (a corto y largo plazo), psicomotricidad fina y gruesa, coordinación, dificultad para comunicarse y seguir instrucciones.

Además no tienen conciencia de su esquema corporal y no se encuentran ubicados en tiempo, espacio y persona. Además de ser dependientes en las actividades de la vida diaria.”⁶

2.6 TRATAMIENTO

Es el conjunto de medios de cualquier clase, higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos con la finalidad de la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas, cuando se ha llegado a un diagnóstico.

Son sinónimos: terapia, terapéutico, cura, método curativo.

⁶ Verónica Estrada (Guatemala 2008)

2.6.1 TERAPEUTICO

Terapéutico es la rama de las ciencias de la salud que se ocupa del tratamiento de las enfermedades, con el fin de aliviar los síntomas o de producir la curación.

2.7 LAS ACTIVIDADES TERAPEUTICAS

Los T.O. se valen de las actividades terapéuticas más variadas y su disciplina puede emplearse en todos los tipos de pacientes una vez que ha remitido la fase más aguda de la enfermedad. Para que una actividad pueda ser entendida como terapéutica deberá reunir una serie de características, siendo las más importantes:

- Estar dirigida a un objetivo.
- Tener un significado útil 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.
- Concretar la participación del paciente en tareas vitales.
- Ser graduable y adaptable
- 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.

Para una correcta valoración del potencial terapéutico de una actividad, el T.O. tendrá en cuenta el estado previo del beneficiario en cuanto a sus capacidades motoras, sensoriales, cognitivas, emocionales, sociales y culturales.⁷

⁷ Cita web(es.wikipedia.org/wiki/Terapia_ocupacional)

2.8 TERAPIA PSICOLOGICA

“La terapia psicológica, o simplemente terapia, es un tratamiento que busca estimular pensamientos, sentimientos, sensaciones y conocimientos, que tiene el paciente pero que no sabe cómo aplicarlos o no logra identificarlos plenamente.

Tiene como recurso principal hablar, aunque a veces se usan otras técnicas como dibujar, escribir, actuar, etc.

Con la terapia se busca cambiar el dialogo, la comunicación, el pensamiento, las ideas, y cambiar el comportamiento, lo que se logra al mejorar la salud mental del paciente.

Con la terapia se aprenderán nuevas formas de pensar y afrontar situaciones cotidianas, los problemas, y sobre todo aquello que causa malestar. Se aprenderá a afrontar sentimientos y sensaciones, como el estrés, la timidez, el miedo, etc.

Con la terapia se puede encontrar solución a la depresión, la ansiedad, fobias, duelo, y en general cualquier trastorno psicológico. Se aprende a ser dueños de nuestros pensamientos y nuestras sensaciones, lo cual genere beneficios en todos los aspectos de la vida, incluso en la salud del cuerpo.

Está demostrado que problemas de salud como la obesidad, o enfermedades crónicas como el cáncer y la diabetes bien pueden tener su origen primero en problemas emocionales que se podrían solucionar con la ayuda de la psicoterapia.

La terapia es para todos. No hay edad, genero, oficio, profesión, nivel económico, ni nada, que limite la posibilidad de recurrir a la terapia psicológica.”⁸

⁸ Cita web(www.terapia-psicologica.com.mx)

2.9 TERAPIA EN PSIQUIATRIA

“El trabajo organizado ha sido utilizado desde hace varios siglos como una terapéutica psiquiátrica; es por ello que Hipócrates y Galeno manifestaban que la ocupación era la gran medicina de la naturaleza. Más tarde los árabes fueron quienes humanizaron a los ciudadanos, para el trato de pacientes psiquiátricos.

Pero no fue hasta 1791 en el Hospital Psiquiátrico de Zaragoza cuando con la experiencia de psiquiatras se demostró que la ocupación era el medio más eficaz para la rehabilitación de los pacientes, pues la mayor parte de los enfermos mentales que se empleaban en los talleres y oficios domésticos como: limpiar la casa, trabajos de campo, recolección de hortalizas y transporte de enfermos y heridos en camillas, curaban frecuentemente y los que no estaban sometidos a los actos de servicio o trabajos manuales, rara vez curaban

Es con H. Simón con quien el trabajo empieza a emplearse como una auténtica terapéutica psiquiátrica, y a partir de él se comienza la aproximación científica para la laborterapia. En la época de Simón imperaban los psiquiatras alemanes unos conceptos predominantemente biológicos, tratando de identificarse por los internistas que gozaban de prestigio; ello confiere mayor mérito al que Simón haya hecho emerger en este ambiente a la laborterapia.

Para Simón, los tres males de que están amenazadas las personas con enfermedad mental y contra los cuales la terapéutica debe de luchar sin descanso son: la inactividad, el ambiente desfavorable del Hospital y el prejuicio de irresponsabilidad del enfermo mental hacia sí mismo.

Simón se basa en tres consideraciones fundamentales: a) En el psiquismo de cada enfermo existe al lado de una parte enferma, una parte sana, y a esta el

psiquiatra debe de prestar especial atención. B) En cada enfermo, al lado de los síntomas pertenecientes a la propia enfermedad, se encuentran otras manifestaciones psíquicas (comportamientos agresivos, inhibiciones, estereotipias, muestras de carácter antisociales) que están principalmente condicionadas por el ambiente hospitalario. C) La psicología del enfermo mental, especialmente en lo que concierne a su actitud psicoterapéutica y la ergoterapia debe aprobarse más en las ciencias del desarrollo que en los conceptos y en las doctrinas psicopatológicas.

Para que la persona modifique sus reacciones (producto de una relación recíproca entre el enfermo y el medio ambiente) conviene siempre estudiar el comportamiento en función de las causas que emanando del medio han desencadenado los acontecimientos; en estas circunstancias, las medidas no deben de ser sobre el enfermo únicamente, sino sobre todo el medio (esto es, sobre la causa).

La terapéutica más activa debe de realizar un triple fin:

- 1. Aplicar al trabajo a las personas con enfermedad mental.**
- 2. Mejorar lo más posible el ambiente del Hospital.**
- 3. Practicar la reducación curativa partiendo del principio de que los enfermos mentales en el Hospital son responsables de sus actos.**

2.9.1 TERAPEUTICA OCUPACIONAL EN PSIQUIATRIA

El enfermo debe de participar voluntaria y activamente en su cura. No debe de permanecer ocioso, sino lo más posible ocupado.

La actitud de la personas con enfermedad mental hacia el trabajo que se le prescribe señala la eficacia del tratamiento; la prescripción depende esencialmente del psiquiatra y es preciso que la prescripción sea hecha no solo científicamente, sino con toda la convicción médica posible para que la persona

con enfermedad mental no la considere como una distracción, sino como una prescripción terapéutica. El “qué hacer” de un terapeuta debe de ser una confirmación de la actitud del medio y debe de realizar la prescripción del trabajo con sinceridad y confianza terapéutica comunicativa, y una preparación técnica que no ofrezca dudas, cosa que se facilita si tiene la ventaja de intervenir en la propuesta de un tratamiento comprensivo y en su discusión.

El rol del terapeuta conviene particularmente a la mujer, cuya personalidad y bagaje técnico debe de ser suficiente para provocar un “transfer” positivo que es considerado como la condición más fundamental de éxito en la terapéutica ocupacional con los enfermos mentales.

La persona con enfermedad mental no se decide frecuentemente a comenzar el trabajo nada más que bajo el efecto de la terapeuta. En el curso de las relaciones diarias y cordiales del trabajo, en el ambiente relajado y rango del taller, los intercambios se pueden producir entre la terapeuta y la persona con enfermedad mental sin recelo y a favor de esta confirmación recíproca las reacciones pueden ser discutidas amigablemente y modificadas.

Como el fin principal buscado es la resocialización, el punto de partida es el trabajo en grupo en un taller que debe recordar lo menos posible un Hospital y convertirse para la persona con enfermedad mental en un símbolo del hogar, otras finalidades son el intentar sublimar los síntomas, fortificar las derivaciones de la hostilidad y de la agresividad, favorecer las identificaciones, liberar las expresiones de fantasía y provocar las posibilidades de creación.

En la terapéutica ocupacional se insiste en la noción capital de individualización, señalándose que nadie ha tratado una demencia precoz o una psicosis maniaco – depresiva, sino que ha tratado a seres humanos que son capaces de tener una participación activa, querida y meritoria dentro de la misma.

2.9.2 EJEMPLO OBJETIVOS GENERALES DE TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA EN PSIQUIATRIA (Según Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, Madrid España, 1995)

- A. Colaborar en el tratamiento de la persona con enfermedad mental.
- B. Primeras enseñanzas e incremento de iniciativas en todos los pacientes.
- C. Preparación y vocación del enfermo hacia una actividad laboral, que pueda serle de utilidad fuera del Hospital.
- D. Evitar la inactividad hospitalaria de los pacientes que permanecen largo tiempo en el hospital, y a la vez evitar que se des adapten a la vida laboral del exterior.
- E. Ayudar, como parte del tratamiento, a los pacientes agresivos y agitados, mediante el empleo de estos en ocupaciones que mejoren el control de sí mismos.
- F. Adaptación de los pacientes a un horario laboral no riguroso, pero al que progresivamente han de ir adaptándose.

2.9.3 EJEMPLO OBJETIVOS ESPECIFICOS DE TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA EN PSIQUIATRIA (Según Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, Madrid España, 1995)

- A. Estimular el interés en el ejercicio ejecutado.
- B. Estimular en las cosas que lo rodean.
- C. Estimular la atención.
- D. Actuar como sedante disminuyendo la tensión emocional.
- E. Disminuir las tendencias destructivas.
- F. Dar oportunidad para la propia iniciativa.
- G. Conservar o desarrollar la capacidad y el hábito del trabajo.
- H. Crear nuevos intereses y horizontes para el trabajo”⁹

⁹ Rodríguez Reyes, José (1972): La Terapia Ocupacional y la Laborterapia en las enfermedades mentales, Madrid.

2.10 TRATAMIENTO DE LAS PATOLOGIAS MAS FRECUENTES DEL ENFERMO MENTAL

“Es importante considerar que el foco de la Terapia Ocupacional es la persona y su participación ocupacional. El T.O. trabaja con el individuo teniendo siempre en mente cómo las condiciones de salud, condiciones ambientales y características personales influyen en su desempeño. El terapeuta ocupacional es fundamental en el tratamiento de rehabilitación numerosas de patologías o condiciones de salud, como son: Accidente cerebrovascular, hemiplejía; enfermedades degenerativas del sistema nervioso central; lesiones cefálicas y traumatismo craneoencefálico; parálisis cerebral infantil; retraso psicomotor y trastornos del aprendizaje; lesiones de la médula espinal; amputaciones; lesiones traumatológicas y quemaduras; trastornos reumáticos; ceguera; afecciones psiquiátricas; abuso de drogas, en personas con insuficiencia renal, cáncer, sida, etc.

2.11 RECREACION

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”

El concepto de recreación se entiende si pensamos que desde el principio, hombres y mujeres han estado sujetos a diversos tipos de presiones que con el tiempo crean cansancio y por ende, desánimo. Es por ello que las personas han

buscado maneras de escapar de las presiones del diario vivir y darse espacios en los que puedan descansar y disfrutar.



2.11.1 CARACTERISTICAS DE LA RECREACION

2.11.1.1 Activista: cuando prioriza el concepto de actividad y éste se constituye en dominante, lo que implicaría decir también, que si no haya actividad no hay recreación.

2.11.1.2 Actitudinal: cuando en la acción recreativa aparece como prioridad el desenvolvimiento de la persona de sus actitudes, su modo de actuar, de comportarse, etc; pudiendo apreciarse su cultura, educación, interés, estilos, etc. Es por esto el carácter actitudinal.

2.11.1.3 Pasatista: si la acción sólo prioriza el entretenimiento en un tiempo y espacio particulares, con objetivos inmediatos y no de largo alcance, se estaría hablando de una recreación pasatista donde se procuraría una experiencia acabada en ese momento.

2.11.1.4 Pedagógica: cuando se prioriza su aporte a los ámbitos educativos formales y no formales, constituye una forma de aportar a los procesos de enseñanza-aprendizaje, no implica una manera más entretenida de transmisión de conocimientos, sino de hacerla a ésta más crítica y participativa desde un compromiso social.

2.11.1.5 Consumista: Cuando presta servicio a la creación de necesidades, ficticias o reales que se deben asumir o comprar o dar a cambio

2.11.2 EFECTOS DE LA RECREACION

En el aspecto físico y mental mejoran la preservación y el desarrollo de la originalidad y el ingenio creativo

2.11.2.1 Aspecto físico: Existe un encuentro en la diversión, contra la severa disciplina del trabajo o del estudio.

Posibilita la recreación física, donde el cuerpo recobre un puesto entre los valores culturales, bajo aspectos de la salud , equilibrio físico u mental.

Permite el desarrollo del interés por la belleza, su apreciación, estimación y el poder complementarse entre sus pares.

Gracias a la recreación se evita el ocio, la vida sedentaria, la falta de creatividad, en especial en los niños

2.11.2.2 Aspecto psicológico: Permite y favorece el desarrollo social entre personas, como por ejemplo en el trabajo, en el colegio y así crecer internamente

Las personas se muestran más relajadas después de haber pasado un momento agradable de recreación humana.

El ser humano se aleja de la vida rutinaria, de esta era de tecnología. El hombre deja de ser una persona antisocial y aprende a valorar las cosas simples de la vida, obteniendo así un buen desarrollo físico, donde hoy en día la vida se muestra monótona y alejada de la vida afable junto a la familia.

2.11.3. TIPOS DE RECREACION

La recreación puede ser activa o pasiva. La recreación activa implica acción, dicese en específico de la persona que mientras presta unos servicios disfruta de los mismos. Por el otro lado, la recreación pasiva ocurre cuando el individuo recibe

la recreación sin cooperar en ella, porque disfruta de la recreación sin oponer resistencia a ella. Por ejemplo, ir al cine. Por el otro lado, los campamentos estimulan las posibilidades físicas e intelectuales del joven.

2.11.4 ACTIVIDADES RECREATIVAS

Las actividades recreativas son técnicas que no están orientadas hacia una meta específica y que ejercen su efecto de un modo indefinido e indirecto. Entre dichas actividades se pueden mencionar la música, los juegos, las atracciones, etc., donde los grupos pueden elegir actuar con sus objetivos principales puestos en el campo de la recreación.

Con las actividades recreativas es posible aumentar la creatividad del grupo. Siempre y cuando éstas sean elegidas de acuerdo a los intereses y a las capacidades de los participantes.

Este método ayuda a la integración de los individuos al grupo, y proporciona oportunidades para el reconocimiento, la respuesta y nuevas experiencias. A su vez, crea una atmósfera agradable, aumenta la participación, facilita la comunicación, fija algunas normas grupales y desarrolla la capacidad de conducción. La gran ventaja de este tipo de actividad es la disminución de tensiones. Se considera como un auxiliar para el proceso de grupos que tienen objetivos definidos y propósitos más serios.

Esta técnica puede utilizarse en grupos recién formados. Las actividades recreativas pueden ser el primer paso para las relaciones intergrupales, y aun en grupos no tan nuevos, esta técnica tiene la capacidad de crear sociabilidad.

Es de recomendar su empleo antes del comienzo de cualquier reunión, para crear cierto interés en los participantes, quienes en ocasiones pueden sentirse extraños

al grupo. Una pequeña actividad recreativa, conducida eficazmente por el conductor del grupo, sirve para "romper el hielo", y en algunos casos, para disminuir la tensión.

Otro momento útil al cual se puede aplicar la recreación es para un cambio rápido de una parte o aspecto de la reunión a otro. También, cuando los sentimientos de lealtad y solidaridad del grupo se ven amenazados o no existen, casi cualquier juego es de gran valor.

La técnica de actividades recreativas debe tomar en cuenta que a pesar de lo atractivas que éstas resultan, no hay que olvidar que se trata tan sólo de medios para obtener determinados fines, por lo que no se debe abusar de ellas. Su uso requiere de ciertas aptitudes y cuidados y debe ir de acuerdo a los intereses de todos los integrantes del grupo.

Cualquier actividad elegida debe llevarse a cabo con habilidad y discreción, de lo contrario puede dañar seriamente a algunos de los miembros al atentar contra sus sentimientos y problemas más profundos.

Las actividades recreativas son técnicas que no están orientadas hacia una meta específica y que ejercen su efecto de un modo indefinido e indirecto. Entre dichas actividades se pueden mencionar la música, los juegos, las atracciones, etc., donde los grupos pueden elegir actuar con sus objetivos principales puestos en el campo de la recreación.

Con las actividades recreativas es posible aumentar la creatividad del grupo. Siempre y cuando éstas sean elegidas de acuerdo a los intereses y a las capacidades de los participantes. Este método ayuda a la integración de los individuos al grupo, y proporciona oportunidades para el reconocimiento, la respuesta y nuevas experiencias. A su vez, crea una atmósfera agradable, aumenta la participación, facilita la comunicación, fija algunas normas grupales y

desarrolla la capacidad de conducción. La gran ventaja de este tipo de actividad es la disminución de tensiones. Se considera como un auxiliar para el proceso de grupos que tienen objetivos definidos y propósitos más serios.

Esta técnica puede utilizarse en grupos recién formados. Las actividades recreativas pueden ser el primer paso para las relaciones intergrupales, y aun en grupos no tan nuevos, esta técnica tiene la capacidad de crear sociabilidad.

Es de recomendar su empleo antes del comienzo de cualquier reunión, para crear cierto interés en los participantes, quienes en ocasiones pueden sentirse extraños al grupo. Una pequeña actividad recreativa, conducida eficazmente por el conductor del grupo, sirve para "romper el hielo", y en algunos casos, para disminuir la tensión.

Otro momento útil al cual se puede aplicar la recreación es para un cambio rápido de una parte o aspecto de la reunión a otro. También, cuando los sentimientos de lealtad y solidaridad del grupo se ven amenazados o no existen, casi cualquier juego es de gran valor.

La técnica de actividades recreativas debe tomar en cuenta que a pesar de lo atractivas que éstas resultan, no hay que olvidar que se trata tan sólo de medios para obtener determinados fines, por lo que no se debe abusar de ellas. Su uso requiere de ciertas aptitudes y cuidados y debe ir de acuerdo a los intereses de todos los integrantes del grupo. Cualquier actividad elegida debe llevarse a cabo con habilidad y discreción, de lo contrario puede dañar seriamente a algunos de los miembros al atentar contra sus sentimientos y problemas más profundos."¹⁰

¹⁰ Argentina. Cutrera, Juan Carlos. "RECREACIÓN: FUNDAMENTOS, DIDÁCTICA Y RECURSOS". Editorial: Stadium. Edición: 1997.

2.11.5 AREAS DE LA RECREACION

En la práctica de las actividades recreacionales intervienen, se interrelacionan y confluyen distintos elementos que pertenecen y componen a las ciencias, artes y técnicas, la educación, el deporte y el turismo, convirtiéndose por lo tanto en sus áreas y medios de expresión.

2.11.5.1 Área físico - deportiva

“Tienen como objetivo promover la actividad por el gusto de participación, se tiende a que la gratificación se reciba en forma de una sensación personal y no de una premiación externa.



2.11.5.2 Área al aire libre

“Tienen como objetivo principal fomentar los valores sociales.

Deben estar dirigidos por expertos porque son actividades de alto riesgo, de adrenalina o de aventura.



2.11.5.3 Área acuática

“Se aplica los mismos conceptos que el área al aire libre.



2.11.5.4 Área lúdica

“Es una herramienta para el proceso de enseñanza – aprendizaje, potencializa todas las capacidades en el ser humano a través del juego.



2.11.5.5 Área manual

“Fomentan la creatividad, estimula la imaginación canalizado en obras hechas por sus propias manos, el ser humano recibe tanta gratificación personal.



2.11.5.6 Área artística

“Desarrolla todas las habilidades, sean teatrales o musicales, es muy importante por el alto nivel de compromiso y participación personal.



2.11.5.7 Área conmemorativa

“Su objetivo es resaltar nuestro sentido de identidad, nuestras raíces y cultura a través de actividades propias de nuestra Patria.



2.11.5.8 Área social

“Son vehículos idóneos para promocionar y facilitar los encuentros entre personas con gustos afines y para consolidar los vínculos intrafamiliares e intergeneracionales.



2.11.5.9 Área literaria

“Brindan la oportunidad de crear, apreciar y convivir con mundos imaginarios y vincularse con personas, eventos y ambientes que les permitan ampliar su visión del mundo real y de ficción y por ende, su acervo cultural.



2.11.5.10 Área de entretenimientos y aficiones

“Exige un considerable esfuerzo en investigación, búsqueda y acumulación y una notable precisión manual.



2.11.5.11 Área técnica

“Trata de que los participantes obtengan los grandes beneficios en el placer y la satisfacción de participar o mantener vigente antiguos oficios, con acervo histórico.



2.11.5.12 Área comunitaria

“Implica un profundo y definido espíritu de solidaridad y de compromiso social, genera y promueve esfuerzos comunitarios para procurar la mejora de las condiciones de vida de la comunidad.



2.11.5.13 Área de mantenimiento de la salud

“Necesita de una preparación previa donde se promueva un asesoramiento seguro y muy bien dirigido.



2.11.6 RECREACION PSICOTERAPEUTICA

“La medicina y la psicología han reconocido el efecto benéfico que tiene la recreación sobre la salud, por lo cual su uso se ha implementado en programas de promoción de la salud y de prevención, tratamiento y rehabilitación de diversas condiciones patológicas. Se describirán inicialmente algunos aspectos conceptuales establecidos acerca de la recreación terapéutica y luego se presentará una propuesta conceptual y práctica de lo que se denominará Recreación Psicoterapéutica.

La Recreación Psicoterapéutica (RPT) es una estrategia terapéutica que consiste en la implementación de actividades recreativas fundamentadas en teorías y técnicas psicoterapéuticas, que buscan mantener y/o mejorar la salud mental de personas y comunidades con necesidades específicas, abordándolas simultáneamente en sus dimensiones biológica, psicológica y social.”¹¹

2.11.7 TERAPIA RECREATIVA

La terapia recreativa es un programa terapéutico de recreo planificado y organizado que se diseña para ayudar a los pacientes a desarrollar sus capacidades sociales y aprender a participar en las actividades de tiempo libre en grupo. Los programas de la terapia recreativa rehabilitadora para las personas con discapacidades se centran en lo siguiente:

Participación del paciente en actividades de tiempo libre.

Desarrollar o recuperar las funciones sociales.

Prevenir la pérdida de capacidades físicas.

¹¹ JHON JAIRO TREJOS P., MARGARITA MA. CANO E. y DORA CARDONA G. Universidad Tecnológica de Pereira

Los programas se diseñan para adaptarse a las capacidades, las necesidades y los intereses de cada paciente. Los terapeutas recreativos pueden asesorar o instruir a los pacientes en las siguientes áreas:

Técnicas de relajación, como por ejemplo las respiraciones profundas, para ayudar a reducir el estrés y la tensión.

Ejercicios de estiramiento y flexibilidad.

Actividades deportivas individuales y de grupo.

Actividades de tiempo libre como artes, artesanía, juegos o teatro para aficionados.

Excursiones especiales para juegos de pelota, visitas a lugares de interés o picnics.

2.11.8 ACTIVIDADES RECREATIVAS CON ENFERMOS MENTALES

Aquellas personas que tienen movilidad propia, pueden desarrollar técnicas expresivas corporales (reconocimiento y exploración del propio cuerpo, vivencias, bailes, danzas, desplazamientos con distintos elementos: pelotas, rolos, etc.) y así lograr un mejoramiento en el equilibrio, la locomoción y las destrezas motrices.

Se pueden incluir caminatas, excursiones, deportes adaptados, etc.

Las manualidades permiten mejorar y/o acrecentar la habilidad manual y desarrollar potencialidades expresivo-sensitivas; tales actividades pueden ser: pintar, dibujar, modelar, collage, cerámica, etc.

Pueden incluirse actividades de Jardinería lo que a su vez permitiría un contacto directo con la naturaleza para jugar-descubrir o investigar y así también, despertar un sentimiento de cuidado, respeto y valoración del medio que nos circunda.

Los juegos simbólicos como: El primo, El rey pide y demás juegos de roles, favorecen el desarrollo del lenguaje oral y la comunicación; importante para aquellos pacientes que presentan problemas fonológicos y/o de relación. También

la utilización de títeres, las dramatizaciones y el teatro, favorecen el lenguaje oral y además involucra aspectos de la personalidad: las emociones, sensaciones, la imaginación, la creatividad, la inventiva, el pensamiento, lo motriz, las relaciones sociales.

Fundamentalmente se debe hacer hincapié en explorar el mundo que lo rodea y descubrir sus posibilidades, límites y oportunidades integrando las tres áreas de la conducta: el sentir, el pensar y el hacer.

Recrearnos y recrear a otros es una necesidad, pero no implica la panacea para problemas, déficit, soluciones integrales de personas y comunidades, pero sí podemos contribuir a ciertos niveles de superación a través de sus recursos, contenidos y propuestas.”¹²

La recreación en las personas con deficiencia mental supone los mismos beneficios y logros que pueden llegar a adquirir aquellas personas que no tienen ningún tipo de discapacidad, las actividades de tiempo libre presumen nuevas oportunidades de desarrollo en el enfermo mental:

- a) Las personas discapacitadas pueden desarrollar hábitos y responsabilidades en un marco de convivencia con otros individuos considerados normales.
- b) La participación en actividad de tiempo libre facilita el aprendizaje del comportamiento social que permitirá su adaptación en la comunidad.
- c) La recreación es un espacio clave para la participación e interacción entre los sujetos con y sin deficiencia mental.
- d) Obliga a todos los participantes a reflexionar sus realidades y formas de vidas

¹² Allende Lorena; Brandolini Graciela; Cortese Laura; Cuba Anabel y otras “LA RECREACIÓN COMO MEDIO PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL DEL JOVEN DEFICIENTE MENTAL” Editorial: Instituto Cabred. Edición: 2001, Córdoba, Argentina.

distintas, adaptando sus capacidades y modos de expresión y comunicación a la de sus compañeros.

e) Contribuye al desarrollo integral de la persona y la interacción facilita la integración.

2.11.9 NECESIDADES DEL ENFERMO MENTAL

a) Necesidad de asumir su propio cuerpo: la persona con discapacidad frecuentemente ve su cuerpo como algo imperfecto y esta visión de sí mismo se extiende a otras áreas de su personalidad.

La integración de personas con discapacidad en actividades recreativas, facilita que éstas se sientan aceptadas, ya que por encima de todo se valoran sus cualidades humanas.

b) Necesidad de independencia: habitualmente la persona con discapacidad es por lo general dependiente, sobre todo de su familia. Esto trae como consecuencia la excesiva sobreprotección que va ampliándose a todo el entorno, restringiendo el sentimiento de autonomía por parte del discapacitado.

Los grupos de recreación pueden ser uno de los medios o formas por las cuales las personas con discapacidad van saliendo de ese ambiente de sobreprotección, aprendiendo a conocer sus limitaciones y sus potencialidades.

c) Necesidad de motivación: es esencial para el desarrollo personal. Está comprobado que las personas con grandes vínculos sociales y emocionales se incorporan y disfrutan más fácilmente de todo aquello en lo que participan.

d) Necesidad de autoestima: la autoestima es básica para sentirnos a gusto con nosotros mismos. Pero también es cierto que la imagen que uno tiene de sí mismo

viene dada a través del reflejo que los demás proyectan sobre nosotros; es por esto que la capacidad de autoestima será también adquirida en la medida en que uno se sienta estimado por las personas que lo rodean.”¹³

2.11.10 POSIBILIDADES Y VENTAJAS DE LA RECREACION EN LA ATENCION DE ENFERMOS MENTALES

“La Recreación no es sólo distraerse, es la posibilidad que tienen los seres humanos de combinar las capacidades emocionales, intelectuales, físicas, creativas, para llevar a cabo una acción o conjunto de ellas, que generen placer o felicidad, realizadas por propia voluntad en un tiempo liberado”.

El Descanso libera de la fatiga, esencialmente la generada en el ámbito laboral, salvaguardando al organismo del trastorno físico.

La Diversión libera del aburrimiento y de la monotonía de la actividad cotidiana, es reequilibrador frente a las obligaciones diarias.

El Desarrollo en cuanto a la personalidad, libera del automatismo del pensamiento y de la acción cotidiana. Posibilita una mayor participación social y cultural desinteresada.

Las actividades humanas son múltiples y pueden realizarse en diferentes tiempos y espacios. La Recreación comprende un infinito número de experiencias en una multiplicidad de situaciones, tiempos y espacios.

Lo que determina que una actividad sea recreativa es la actitud del sujeto que la realiza y cuando la haga por su propia voluntad sin exigencias u obligaciones

¹³ Morales Córdova, Jesús. “MANUAL DE RECREACIÓN FÍSICA”. Editorial: Limusa. Edición 1992, México.

exteriores y cuando el fin sea la satisfacción o el goce, por el proceso de la experiencia misma y no por el producto exclusivamente.

Podemos situar a la recreación como una toma de posición que facilita satisfacer esa necesidad de encuentro, diversión, placer, libertad y también posibilita la resolución de la problemática de la identidad y del reconocimiento en el contexto social.”¹⁴

2.11.11 PAUTAS A TENER EN CUENTA EN LA PLANIFICACION DE ACTIVIDADES RECREATIVAS EN EL TRABAJO CON ENFERMOS MENTALES

- **Para desarrollar la Atención:** juegos de observación, apreciación de cambios físicos en un ambiente, absurdos, etc.
- **Para estimular la Memoria:** recordar textos o palabras significativas (de algún evento o situación vivida), imágenes, objetos (memo-test, torbellino de ideas o palabras relacionadas con algún tema, etc.)
- **Para fortalecer la Percepción:** desarrollo sensorial a través de la exploración del medio circundante (natural y urbano)
- **Para acrecentar la expresividad:** talleres de teatro, de títeres, de expresión corporal, dramatizaciones etc.
- **Para favorecer y/o mejorar el razonamiento y la deducción:** adivinanzas, acrósticos telegramas de nombres o situaciones particulares, canje de letras para formar palabras complejas, variación: con palabras que formen oraciones o refranes (el juego comienza, cada jugador tiene distintas letras y una pista que le ayudará a formar la palabras correspondiente, el juego consiste en intercambiar con los otros jugadores las letras que no le son útiles por aquellas que si los son. El juego finaliza cuando uno (o un grupo) ha podido formar la palabra solicitada), este juego se enriquece haciéndolo más complejo.

¹⁴ Cutrera, Juan Carlos. “RECREACIÓN: FUNDAMENTOS, DIDÁCTICA Y RECURSOS”. Editorial: Stadium. Edición: 1997.

- **Para promover una mayor creatividad:** talleres de arte plástico-visuales (pintura, dibujo, modelado, bordado, bricolaje, etc.), creación y construcción de instrumentos musicales no convencionales, elaboración de elementos decorativos, etc.
- **Solución de conflictos y toma de decisiones:** a través plenarios y/o debates.
- **Comunicación interpersonal:** exposición de trabajos producidos, experiencias, vivencias, etc.
- **Trabajo en equipo y juegos grupales:** utilización del cuerpo en el contacto con los otros. Acercamientos por afinidades, intereses, etc.
- **Animación a la lecto-escritura:** elaboración y producción de textos literarios (poemas, poesías, rimas), exposición oral.¹⁵

2.11.12 LA RECREACION EN LA REHABILITACIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES MENTALES

“La Recreación puede proporcionar estímulo y gozo de una liberación de tensiones sociales y trata de que una persona pase de un estado de menor satisfacción a un estado de mayor satisfacción en forma libre. Dentro del área psiquiátrica, busca que las personas con enfermedad mental, puedan mejorar su estado físico y psicológico, debido a la degeneración que estas dos partes han sufrido a causa de la enfermedad mental que padecen.

Dentro de sus Técnicas Activas como la Gimnoterapia, Ludoterapia y Arte, busca mejorar la coordinación, psicomotricidad, atención y memoria y dentro de sus Técnicas Pasivas la coordinación y comunicación. Debido a que las personas con enfermedad mental que se encuentran ubicados dentro de la funcionalidad baja, presentan problemas de desenvolvimiento dentro de las áreas anteriormente descritas, con la realización de las actividades recreativas estas mejoran

¹⁵ Espinosa Rabanal, Almudena y otros. “IGUALES PERO DIFERENTES, UN MODELO DE INTEGRACIÓN EN EL TIEMPO LIBRE”, Editorial: Popular. Edición: 1995, Madrid, España.

considerablemente para el mejoramiento físico y psicológico dentro de su proceso rehabilitativo

Recreación activa

Es aquella en la cual, las personas actúan libremente y lo hacen en una forma participativa y como la palabra lo dice, en forma activa. Por el lugar en que se ejecutan se dividen en:

Actividades al aire libre

Las actividades al aire libre, como su nombre lo indica, se dan en campo abierto, se busca hacer más contactos sociales fáciles e informales con camaradería al participar.

Muchas actividades que se hacen al aire libre, también se pueden hacer al interior, como la natación, el baloncesto, el volley ball, el baile y otras dinámicas de grupo.

Gammaterapia

Los juegos educativos sirven para desarrollar el sentido del espacio y el sentido de profundidad y también para integrar el sentido del ritmo y del tiempo. La actividad física y la sensación de bienestar que le acompaña comprenden un elemento sensorial útil para llegar al conocimiento de sí mismo.

El trabajo, como actividad física comprende una serie de componentes sensitivos motores. Por esta actividad física se logra que dicha actividad pase aun nivel psíquico, disipándose de esta manera las tensiones ansiosas. Mediante los ejercicios de relajación, se trata de conseguir la inactividad muscular y la actividad mental.

El programa de trabajo para los grupos de gimnoterapia es: Marchas, carreras, saltos, gatear, equilibrio, lanzar, respiración, ejercicios correctores, ritmo y juegos.

Actividades del interior

Las actividades al interior pueden practicarse durante todo el año, no importando las condiciones atmosféricas que prevalezcan. El boliche es una actividad bajo

techo y que se puede jugar con personas de cualquier edad e impedimento físico o mental. Aquí podemos clasificar todos los juegos conocidos como de salón.

Ludoterapia

Libera energías y establece reglas de competencia, aumenta el auto prestigio y tiene una recuperación muy importante de tipo físico, pues no debemos olvidar (como se hace con frecuencia) que la enfermedad también tiene repercusiones físicas, principalmente de tipo psicomotor, a las que se les debe prestar atención. Pueden comenzarse con ejercicios gimnásticos fundamentales, pasando después al deporte. Como terapéutica activa, puede ser útil, liberando cargas agresivas que no serían toleradas por los demás y para obtener gratificaciones que le estimulen a participar, estableciendo relaciones interpersonales a un plano de tolerancia aprendiendo a aceptar las reglas sociales de la convivencia. Entre los juegos de este tipo están:

Juego de domino, parchis, de oca, damas, lotería, bolos, juego de rana, etc.

Música y baile: Consiste fundamentalmente en trasladar el plano de la percepción física, aquello que pertenece propiamente a la sensación psíquica.

Es una forma de expresar lo que se siente comunicándolo a los demás y de percibir lo que sienten ellos; por lo tanto, es un mecanismo de comunicación de sentimientos de creador – observador. El arte permite liberar la fantasía, creando lo que no sería factible o posible en un plano real.

La música tiene un indudable valor terapéutico reconocido por todos los psiquiatras. Sobre la música se han efectuado experiencias para la determinación de si el tono de la misma despierta en los pacientes psicóticos la misma reacción que la que despierta en las personas normales.

Las respuestas son, en general, iguales con la diferencia marcada de que la música triste agrada más a los enfermos maniacos y esquizofrénicos que los deprimidos y normales. La música rápida y ruidosa es la más peligrosa para los pacientes mentales.

Las personas que padecen trastornos mentales pueden responder de forma diferente a la normal. Estas formas de reacción son las que son precisas valorar y predecir.

La música despierta en los pacientes psicóticos, reacciones afectivas como en los sujetos normales, pero no así en los maniacos ni en los esquizofrénicos. Estos, generalmente, gustan de la música triste, mientras que una persona normal o una deprimida suele huir de esta música.

Además, de atraer la atención, la música estimula la imaginación y el intelecto. Se han descrito algunos casos en que ciertos tipos de música pueden provocar descargas corticales, lo que daría origen a convulsiones epilépticas. Los sonidos irritan y alteran el sistema nervioso, lo cual va seguido de manifestaciones físicas que originan la aparición de las convulsiones.

En los niños tiene la música una marcada influencia, en aquellos que sufren de aislamiento influye muy positivamente hay una forma muy especial de captación de la música por el niño; estos tienen para las melodías una memoria mecánica y la captan con mayor o menor facilidad. A través de estos recurren al canto, como una forma de comunicación, aumentando su capacidad social.

Debe prestarse atención al tipo de ritmo para que pueda ser seguido por el enfermo. Los ritmos básicos propios de los niños y de los pueblos primitivos son más fácilmente captados por el enfermo. El baile traslada la acción de la música, siendo útil para contribuir a fomentar el ritmo de los movimientos, acoplando todos los pacientes participantes y sirviendo, por tanto, como mecanismo de integración.

Recreación pasiva

Es cuando la persona se recrea siendo solamente espectador. Dentro de estas actividades contamos con el cine, los espectáculos deportivos, el circo, etc. Los programas recreacionales deben planificar los distintos periodos de tiempo libre (diario, de fin de semana, vacacional y de jubilación)

Para que haya recreación es necesario satisfacer primero las necesidades básicas del individuo. La recreación no es un lujo, solo una alternativa, que existe la participación política, social y el voluntariado

En esta se proyectan películas de tipo comercial y recreativo, que son de gran entretenimiento para los pacientes; también se proyectan películas de tipo cultural y formativo. Dado el gran porcentaje de pacientes agricultores hospitalizados intensificamos la proyección de films sobre temas de agricultura.

Films sobre temas industriales se alternan con los agrícolas. Se proyectan también films de costumbres de países extranjeros y vistas panorámicas de diversos países del mundo. Todos los films son seleccionados por el personal a cargo del departamento de Terapia Ocupacional. Se comenzó a estudiar el efecto que algunas películas ejercen sobre determinados pacientes.

Generalmente el efecto que las películas ejercen es tranquilizante, y en otros es estimulante. Hemos observado que estas proyecciones son motivos de conversación y discusión entre los pacientes, e incluso motivo de comentario entre los pacientes y el personal a cargo.

A través de sus propias impresiones y de sus diversas formas de recreación ante una determinada película son motivo de aprovechamiento psicoterapéutico además, el cine se extiende no solamente en beneficio de los propios pacientes, sino que sirve de colaborador en la formación del personal.”¹⁶

2.12. TIEMPO LIBRE

Se conoce como Tiempo Libre a aquel tiempo que la gente le dedica a aquellas actividades que no corresponden a su trabajo formal ni a tareas domésticas esenciales. Su rasgo diferencial es que se trata de un tiempo recreativo el cual puede ser utilizado por “su titular” a discreción, es decir, a

¹⁶ Jiménez, Luis Rodolfo (1999): Texto de Terapia Ocupacional.

diferencia de lo que ocurre con aquel tiempo no libre en el cual la mayoría de las veces no se puede elegir el tiempo de realización, en este, la persona puede decidir cuántas horas destinarle.

Generalmente, las personas suelen utilizar este tiempo para descansar del trabajo o bien para llevar a cabo alguna actividad que les reporte recreación, entretenimiento o placer.

Pero será necesario que aunque reporte estas cuestiones, la misma lleve impresa una identidad y un sentido porque sino terminará resultando aburrida.

En tanto, sobre lo que puede ser considerado una actividad estrictamente inscripta en el tiempo libre variará de persona a persona, porque lisa y llanamente no todos tienen la misma percepción de lo que puede ser divertido, agradable, entretenido o placentero.

Por ejemplo, algunos considerarán que estudiar no puede para nada inscribirse en un tipo de actividad que se hace durante el tiempo libre, sin embargo, habrá seguramente algunos que sí lo consideren una actividad entretenida para desplegar durante su tiempo libre aunque la convención mayormente postule lo contrario.

Por otra parte, el tiempo libre suele estar estrechamente vinculado a aquellas actividades consideradas como más productivas y motivadoras.

Los orígenes del concepto se remontan a la Grecia antigua en la cual los filósofos designaban como tiempo libre a aquel tiempo en el cual se dedicaban a reflexionar sobre la vida, las ciencias y la política.”¹⁷

¹⁷ Lilia Nakayama Prof. y Lic. en Educación Física. Técnica Superior en Recreación y Tiempo Libre. Córdoba. Argentina.

2.13. OCIO

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.

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.”¹⁸

2.14 EL JUEGO

El juego es una actividad que se utiliza para la diversión y el disfrute de los participantes, en muchas ocasiones, incluso como herramienta educativa. Los

¹⁸ *Cita web(es.wikipedia.org/wiki/Ocio)*

juegos normalmente se diferencian del trabajo y del arte, pero en muchos casos estos no tienen una diferenciación demasiado clara.

Normalmente requieren de uso mental o físico, y a menudo ambos. Muchos de los juegos ayudan a desarrollar determinadas habilidades o destrezas y sirven para desempeñar una serie de ejercicios que tienen un rol de tipo educacional, psicológico o de simulación.

2.14.1 CARACTERISTICAS DEL JUEGO

- *Es libre, ya que no está impuesto desde afuera.
- *Es ficticio, en el sentido de que se articula en una situación irreal, con límites propios de espacio y tiempo.
- *Es incierto, es decir: no prevé ni un desarrollo ni un desenlace.
- *Es improductivo: no produce bienes ni servicios.
- *Valora el proceso. No resiste un patrón de rendimiento explícito o implícito.
- *Está reglamentado: se establece libremente una convención deliberada, postulada y rigurosamente aceptada.
- *Produce placer: a lo largo del juego, permanentemente surgen nuevos desafíos que proporcionan diversión.”¹⁹

2.14.2 BENEFICIOS DEL JUEGO

- *Satisface las necesidades básicas de ejercicio físico
- *Es una vía excelente para expresar y realizar sus deseos
- *La imaginación del juego facilita el posicionamiento moral y maduración de ideas
- *Es un canal de expresión y descarga de sentimientos, positivos y negativos, ayudando al equilibrio emocional
- *Con los juegos de imitación está ensayando y ejercitándose para la vida de adulto

¹⁹ Hilda Cañeque. Juego y Vida. Ed. El Ateneo: Buenos Aires, 1991. Págs. 9-12, 25, 33.

*Cuando juega con otros niños y niñas se socializa y gesta sus futuras habilidades sociales

*El juego es un canal para conocer los comportamientos del niño y así poder encauzar o premiar hábitos.

La importancia del juego en la educación es grande porque pone en actividad todos los órganos del cuerpo, fortifica y ejercita las funciones psíquicas. El juego es un factor poderoso para la preparación de la vida social del niño; jugando se aprende la tolerancia, se forma y consolida la personalidad y se estimula la creatividad.

En lo que respecta al poder individual, los juegos desenvuelven el lenguaje, despiertan el ingenio, desarrollan el espíritu de observación, afirma la voluntad y perfeccionan la paciencia. También favorecen la agudeza visual, táctil y auditiva; aligeran la noción del tiempo, del espacio; dan soltura, elegancia y agilidad del cuerpo.

Estas son razones que nos hacen ver lo necesario que es el juego en la educación. El juego no está destinado únicamente hasta que los/as niños/as pasen el tiempo, sirve para mucho más, sirve para educar. Veamos algunas de las razones por las que el juego es educativo.

2.14.3 EJEMPLO PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE ACTIVIDADES FISICO-RECREATIVAS ADAPTADAS PARA PERSONAS CON RETRASO MENTAL LEVE DE 18-30 AÑOS EN EL MUNICIPIO COTORRO, PROVINCIA CIUDAD HABANA

“Normas y conductas para participar en el programa”

- 1- Tener disciplina ante cualquier actividad que se realice dentro y fuera de la comunidad.
- 2- Jugar sin trampas o mañas que empañen la verdadera función del programa.
- 3- Realizar las actividades sin fines de lucro (apuestas, negocios sucios).

- 4- Aprovechar el marco para buscar nuevas amistades.
- 5- Se debe tratar a los demás con igualdad.
- 6- Ayudar, compartir ó disculparse con sus compañeros en caso que sea necesario.
- 7- No mentir.
- 8- No decir palabras obscenas.
- 9- Ser responsable de lo que hago antes, durante ó después de cada actividad.

Indicaciones para realizar las actividades físico-recreativas adaptadas:

El sujeto que va a participar en la actividad necesariamente debe venir en pulóver, short, y tenis si es posible gorra, además debe de traer un pomito con agua o bebida azucarada y algo de comer si está dentro de sus posibilidades, también se delimitará claramente el terreno donde se realizará la actividad por parte de los organizadores.

Caracterización de las actividades Física-recreativas adaptadas

En el semestre: Se trabajará la gimnasia básica y juegos pre-deportivos, de Baloncesto, Atletismo.

La Gimnasia Básica se trabajará en el transcurso del semestre por ser una gran influencia para el desarrollo de habilidades motrices y capacidades físicas así como el reconocimiento corporal y espacial.

Por su parte los juegos pre -deportivos son necesarios para crear ó mantener algunas habilidades que no se realizan diariamente como lanzar y atrapar.

Estrategias

En caso que se vayan incorporando más personas se podrá delimitar varios grupos en diferentes horarios.

El programa diseñado se tomará como un nuevo proyecto al cuál se le llamará "Coloreando mi universo"

Objetivo general del Programa de actividades físico – recreativo adaptado

Proponer actividades físico-recreativas adaptadas que contemple juegos para el aprovechamiento del tiempo libre y la integración social de las personas con retraso mental leve de 18- 30 años.

Objetivos específicos del Programa de actividades físico – recreativo adaptado

Desarrollar las capacidades temporo- espacial y la simbolización partiendo de la toma de conciencia y control del propio cuerpo.

Desarrollar capacidades Físicas de fuerza de piernas, fuerza de brazo, fuerza de tronco, equilibrio, rapidez a través de formas jugadas.

Incidir en la educación de valores durante la actividad como la solidaridad, honestidad, trabajo en grupo, amor a la patria, respeto.

Objetivos específicos

Trabajar la psicomotricidad y los procesos de percepción de forma gruesa mediante el juego.

Fortalecer los miembros inferiores a través de saltos y tramos cortos (10mts) de carrera utilizando el juego.

Fortalecer los miembros superiores a través de cargues de poco peso utilizando la forma jugada.

Trabajar el equilibrio a través del juego. Enfatizar en la reeducación de los siguientes valores, modestia, trabajo en grupo, compañerismo, solidaridad, amistad, voluntad, perseverancia y disciplina.

Propuestas de actividades físicas-recreativas adaptadas

Juego preparatorio

Parte principal: Desarrollo de las actividades

Nombre del juego: “Adivina la palabra”.

Objetivo: Trabajar la percepción a través de palabras mediante el juego.

Organización: 4 hileras de 4 participantes

Materiales: Hoja, lápiz, silbato, tiza, conos.

Desarrollo del juego

El técnico primeramente preguntará si todos los que están en la actividad se saben el alfabeto, si todos dicen que sí entonces el leerá como máximo 7 palabras de fácil comprensión como: mamá, papá, nene, amor, risa, dedo, ojos, boca, pelo, etc., luego cuatro activistas escogerán cada uno una palabra y se colocará uno en cada equipo y otros cuatro activistas se pondrán a una distancia de 15mts cada uno frente a un equipo con una hoja y un papel, a la señal del técnico los activistas que están en cada equipo comenzarán con el primer integrante de cada equipo marcándole fuertemente en la palma de la mano la primera letra de la palabra el niño tendrá los ojos cerrados cuando esto suceda y tendrá que reconocer la letra que el activista le puso en la mano luego abrirá los ojos y correrá hasta donde se encuentra el activista que está al frente con la hoja y el lápiz y le dirá la letra que reconoció así irá pasando por cada uno de los participantes hasta el último.

Reglas: Se saldrá a la señal del técnico, el activista exigirá que se cierren los ojos para escribir la letra y que se abran para correr, en caso que no se reconozca la letra puesta el activista la repetirá las veces que sea necesario, gana el primer equipo que forme la palabra correctamente, los activistas que están copiando no deben conocer la palabra.

Variante: escribir la palabra en otra parte del cuerpo como la espalda.

Nombre del juego: “Salta lo que puedas”

Objetivo: Saltar sin impulso al cajón de arena y trabajar el compañerismo.

Materiales: Cajón de arena (pista), cinta métrica, silbato, banderitas, colchonetas.

Organización: Pareja

Desarrollo: En pareja, al borde del cajón de arena se colocarán las colchonetas para evitar el roce con el muro, desde la posición de parado saltaran a la arena cuando el técnico de la señal con el silbato, luego los activistas o voluntarios marcaran con una banderita donde cayó cada uno y se tomará la mejor marca para medirla con la cinta métrica así saltaran todos hasta llegar nuevamente a la primera pareja.

Variante: Realizar la misma actividad con un aproximado de 3 a 5 pasos para la carrera de impulso.

Reglas: Se saltará a la señal del profesor. Ganarán los tres mejores saltos.

Nota: Debido a la acción tonificante que tiene el salto y la carrera en los miembros inferiores se utilizará la actividad como forma jugada para incorporar el trabajo en pareja y se aprovecha además para el fortalecimiento de estos miembros.

Nombre del juego: ¿Quién llena el globo más rápido?

Objetivo: Trabajar la rapidez corriendo a una distancia de 10 mts y la precisión con el llenado de los globos.

Materiales: Tiza, silbatos, globos, agua, cubos

Procedimiento organizativo: Dos equipos en cada equipo por pareja.

DESARROLLO

El equipo estará conformado por pareja. A la señal del técnico se le dará la salida, las dos primeras parejas de cada equipo llegaran al cubo donde está el agua a una distancia de 15 mts uno aguantará el globo y el otro echará el agua con un vaso dentro del globo cuando terminen los voluntarios le harán un nudo al globo de manera que no se le bote el agua poniéndolos luego en uno de los cubos vacíos y los corredores volverán al equipo agarrados de la mano cuando estos lleguen pueden salir los otros, así sucesivamente hasta que lleguen nuevamente los primeros.

Reglas: Los competidores deben colocarse detrás de la línea marcada en el suelo con tiza, saldrán a la señal del silbato del profesor, para realizar la carrera de regreso al equipo se debe dar la mano al compañero, no saldrá la otra pareja hasta que no llegue la que ya salió, ganará el primer equipo que termine.

Nombre del juego: “Pasa el globo sin que se te caiga”

Objetivo: Trabajar la agilidad, los giros y la atención a través del juego.

Materiales: Tiza, silbato, globos con agua, cubos

Procedimientos organizativos: Dos equipos

Desarrollo: Los equipos se colocarán detrás de la línea marcada en el suelo, los primeros de cada equipo tendrán en sus manos un globo con agua, a la señal del profesor el primero de cada equipo dará un medio giro hasta quedar de frente al compañero que tiene detrás, le pasará el globo sin que se le caiga y así sucesivamente hasta que llegue el globo al último, este con el globo correrá a colocarse de primero en la fila y se repetirá la misma actividad hasta que se coloque nuevamente el primero del equipo.

Reglas: Se debe mantener cada equipo detrás de la línea marcada en el suelo, de manera que se irán corriendo hacia atrás cuando el compañero se coloque delante, el juego comenzará a la señal del técnico, en caso que se le caiga el globo y se le reviente deben agarrar otro del cubo y continuar donde se le reventó el globo anterior, lo mismo sucederá si se le cae y no se le revienta, en caso que un equipo termine mucho más rápido que el otro este último deberá terminar el juego, ganará el primer equipo que termine.

Parte final: Recuperación

Después de cada juego se le estimulará moralmente con aplausos, aunque hayan sido los últimos, buscando motivación para la siguiente actividad, en la parte final se le pueden realizar preguntas con respecto a la actividad ¿Cómo se sienten? ¿Qué juego les gustó más? ¿Qué le gustaría jugar para el próximo encuentro?

Actividades físicas-recreativas propuestas

Nombre del juego: Corre y apúrate

Objetivo: Trabajar la coordinación mediante el juego

Materiales: Dos cubos con agua, dos cubos vacíos, dos jarros, silbato, tiza.

Organización: Dos hileras de ocho personas.

Desarrollo del Juego

Se colocaran un cubo de agua y uno vacío frente a cada hilera a una distancia de 15 mts las hileras se colocarán detrás de una línea o raya señalada en el suelo la señal del técnico saldrá el primer competidor de cada equipo y llegarán hasta donde están los cubos y echará dos jarros de agua en el cubo vacío uno con la mano derecha y uno con la mano izquierda, luego irá hasta su equipo y saldrá el

siguiente compañero realizando la misma operación así sucesivamente hasta la señal del técnico, al terminar el último de cada equipo el recreador medirá la cantidad de agua de cada cubo.

Reglas: El primero saldrá a la señal del técnico, el próximo compañero no saldrá hasta que no llegue el que salió, gana el equipo que más agua eche de un cubo a otro.

Nota: al final del juego se le preguntará a los participantes la importancia que tiene el agua para ellos y si hay plantas cerca se les regará con el agua con que se jugó.

Nombre del juego: Quítate el tenis que yo te diga.

Objetivo: Trabajar la noción corporal a través del juego

Materiales: cajones suecos, hoja de papel, lápiz, tiza o cuerda, silbato.

Organización: Dos hileras.

Desarrollo del juego

Los cajones suecos se colocarán a una distancia de 15 mts de los participantes, detrás de los cajones suecos se colocarán dos activistas uno detrás de cada cajón cada uno con papel y lápiz, a la señal del profesor saldrán los primeros de cada equipo y cuando lleguen a donde está el activista que le corresponde a su equipo este le dirá que tenis quiere que se quite y si lo hace correctamente le dará un punto al equipo, así pasará cada participante hasta llegar nuevamente el primero.

Reglas: Los participantes saldrán de atrás de la línea, a la señal del técnico, ganará el equipo que más puntos anotó.

Nombre del juego: Ponte tú tenis.

Objetivo: Trabajar la rapidez de reacción y el reconocimiento de objetos.

Materiales: Los tenis que se quitaron del juego anterior, silbato, tiza o cuerda.

Organización: Dos filas

Desarrollo del juego: Se colocaran los tenis de cada equipo en una fila frente a la fila de participantes sin orden a una distancia de diez metros, se mandará a sentar a los participantes y a la señal del técnico cada uno saldrá a buscar su tenis cuando lo encuentre debe ponérselo y sentarse detrás de la línea de su equipo con el tenis puesto.

Reglas: Se debe salir cuando el técnico dé la señal, ganará el equipo que más rápido terminen de ponerse su tenis y de sentarse detrás de la línea de su equipo.

Nombre del juego: ¿Dime que hago?

Objetivo: Repasar algunas partes del cuerpo

Materiales: Tizas de diferentes colores y silbato

Organización: En cuatro equipos

Desarrollo del juego: Se dividirá el grupo en cuatro equipos, se marcarán en el suelo grupos de ocho círculos alternando los colores ni muy grandes ni muy pequeños, al frente del equipo se pondrá un activista que pondrá dentro del círculo por ejemplo pie derecho, en otro círculo mano izquierda y así hasta llenar los ocho círculos, luego el activista que está frente de cada equipo colocará los participantes dentro de los círculos y luego les dará la orden de colocar el pie o la mano que él le indique en el círculo que corresponde.

Reglas: Se comenzará el juego a la voz del técnico, pierde el equipo que más se equivoque y en caso que no se equivoque pierde el equipo que primero se caiga.

Nombre del juego: El equilibrista.

Objetivo: Trabajar el equilibrio mediante el juego

Materiales: Tiza, silbato, pañuelo

Organización: En equipo

Desarrollo del juego: Se trazarán una línea recta a 15 mts de distancia de la salida, se colocarán los dos equipos detrás de la línea de salida y a la señal del técnico saldrán los primeros de cada equipo por encima de la línea hasta llegar al final de la misma, el próximo que salga cuando llegue al final se colocará detrás del primero que salió, así sucesivamente hasta que llegue el último.

Regla: Gana el equipo que primero termine, se saldrá a la señal del técnico y hasta que no haya llegado su compañero de equipo al final de la raya.

Variante: Se puede realizar el mismo juego pero con los ojos tapados con el pañuelo a una distancia de 10 mts, al lado se puede poner un guía para que no se separe mucho de la línea.

Nombre del juego: La foto

Objetivo: Trabajar la memoria y la atención a través del juego

Materiales: Ninguno

Organización: En dos equipos.

Desarrollo del juego: El primer equipo se colocará de frente al otro equipo de forma dispersa como si se fueran a tirar una foto, el equipo observador los estará mirando por 15 segundos y luego se colocarán de espalda al equipo que esta posando este equipo cambiará sus posiciones mientras el otro este de espalda y a la señal del técnico el equipo que estaba de espalda se virará y dirá al menos tres diferencias con respecto a la primera posición, luego se cambiaran los papeles.

Regla: Gana el equipo que más diferencias diga, el equipo que este de espalda no se podrá virar hasta que el técnico no se lo indique.

Nombre del juego: La carretilla

Objetivo: Trabajar la fuerza de brazo utilizando la forma jugada.

Materiales: Silbato, conos, tiza.

Organización: En pareja por equipo.

Desarrollo del juego: A la señal del profesor saldrán las parejas donde el que esta aguantando a su compañero lo hará por la región de las rodillas, este no deberá correr para evitar que el que esté realizando la carretilla se dé algún golpe. El que está aguantando cuando llegue al cono cambiará su papel y realizará la carretilla. La próxima pareja está preparada y saldrá solo cuando llegue la pareja que está realizando el ejercicio, así sucesivamente hasta que termine la última pareja del equipo.

Reglas: Gana el primer equipo que termine. No se debe correr, la salida es a la señal del profesor. Deberán cambiar cuando llegue al cono. Se saldrá solo con la señal del profesor.

Nombre del juego: El caballito

Objetivo: Fortalecer los músculos de las piernas y la espalda mediante el juego.

Materiales: Conos, silbato, tiza.

Organización: En pareja por equipo.

Desarrollo del juego: A la señal del profesor, saldrán las primeras parejas montando uno sobre la espalda del otro. Al llegar al cono que estará a una distancia de 15 mts allí cambiarán de posición y cuando lleguen a la meta le tocarán la mano a la próxima pareja que está por salir. Terminará el juego cuando llegue la última pareja.

Reglas: Se saldrá a la señal del técnico, durante el juego solo se saldrá si ha llegado la pareja que le precedía, si alguno se baja antes debe volver a comenzar desde donde se bajó, sin caminar.

Nombre del juego: El gato y el ratón

Objetivo: Realizar carreras con diferentes ritmo a través del juego.

Materiales: Silbato

Organización: En círculo

Desarrollo del juego: El grupo formará un círculo y se seleccionará una pareja donde uno de los integrantes de la pareja será el gato y el otro será el ratón, el técnico los colocará a una distancia aproximada de tres metros. Se saldrá a la señal del profesor y el gato tratará de coger al ratón, cuando lo toque el gato se colocará en el círculo y el ratón pasará a ser el gato y el técnico escogerá a otro participante para que sea el ratón, así sucesivamente seguirán pasando hasta que todos hayan sido el gato y el ratón.

Reglas: No se deberá empujar cuando se vaya a tocar al ratón, en este juego todos son ganadores, se puede correr en sig-sag entre los integrantes del círculo ó por fuera sin separarse a más de 3 mts del círculo.

Variante: Se pueden formar dos círculos y realizar la misma actividad.

Nombre del juego: Tierra y mar

Objetivo: Trabajar la rapidez de reacción y la atención a través del juego.

Materiales: Tiza de colores.

Organización: En fila

Desarrollo del juego: Todo el grupo se colocará detrás de la línea que el recreador pintará en el suelo y este le explicará que a un lado de la línea estará el mar y al otro lado estará la tierra, los participantes se colocarán en el lado que el recreador mencione realizando un salto. Se puede cambiar de nombre por ejemplo poner colores como rojo y amarillo en vez de tierra y mar.

Reglas: Se saltará cuando el recreador mencione lo que quiere, el participante que se equivoque realizará la actividad que el este le ponga al frente del grupo y el mismo lo repetirá también. El recreador pedirá que cante, que baile, etc.

Nombre del juego: La tablita voladora

Objetivo: Trabajar la coordinación de forma jugada.

Materiales: Cuatro tablas, silbato

Organización: Por equipo en dos hileras

Desarrollo del juego: Se dividirá el equipo en dos grupos y se colocarán una parte frente a la otra a una distancia de 10 mts. A la señal del profesor saldrán los dos primeros competidores, se colocarán encima de una tabla cada uno y la otra la tendrán en la mano para dar el próximo paso deben colocar la tabla que tienen en la mano y recoger la que está en el suelo de tal manera que cada vez que vaya a dar un paso se coloque encima de las tablas sin tocar el suelo, este realizará la actividad hasta llegar a la otra parte del equipo, allí le dará las tablas al próximo participante de su equipo, la actividad se realizará hasta que pase el último participante.

Reglas: Gana el primer equipo que termine, no se puede caminar sin pasar por encima de las tablas, ni se pueden colocar las dos tablas a la misma vez.

Nombre del juego: El aro

Objetivo: Trabajar la coordinación a través del juego

Materiales: Aros, silbato

Organización: Dos círculos

Desarrollo del juego: El técnico le dará a cada equipo dos aros le dirá a los participantes que se agarren las manos y pondrá un aro en uno de los enlaces donde se han agarrado las manos y el otro lo pondrá igual pero distanciado del

primer aro. A la señal del técnico el participante que está más cerca del aro tendrá que pasar por dentro del este sin soltarse las manos y la tarea fundamental del juego es que un aro debe alcanzar al otro y en caso de que lo alcance el profesor mandará a cambiar de dirección el recorrido de los aros.

.Reglas: Se comenzará el juego a la señal del profesor, los participantes no deben separar sus manos para pasar el aro, en caso de que se separen y el aro se caiga deben comenzar nuevamente el juego por donde se salió el aro.

Nombre del juego: La pelota juguetona

Objetivo: Trabajar la fuerza de brazo utilizando pases y recepciones mediante el juego.

Materiales: Pelota, silbato.

Organización: Dispersos por equipo.

Desarrollo del juego: Se dividirá el grupo en dos equipos, el juego consiste en realizar cinco pases a los mismos integrantes de su equipo, aunque la pelota se caiga, si la agarra uno del mismo equipo vale el pase.

Reglas: Gana el equipo que realice los cinco pases primero, no se vale empujar, ni quitarle la pelota al que la tiene en las manos. Comenzará el juego cuando el técnico lo indique.”²⁰

²⁰ Bell, Rodríguez Rafael: Sublime Profesión de Amor, Editorial Pueblo y Educación, Ciudad de La Habana, 1996.

2.15. PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS DE TRABAJO

2.15.1 HIPOTESIS GENERAL

H₁: Las actividades recreativas aplicadas en pacientes con enfermedades mentales inciden de manera positiva para el tratamiento terapéutico.

2.16. DETERMINACION DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACION:

VI: Actividades Recreativas

VD: Efectos Tratamiento Terapéutico

2.16.1. MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES O CATEGORÍAS	INDICADORES	INSTRUMENTOS
ACTIVIDADES RECREATIVAS	Conjunto de acciones planificadas llevadas a cabo por una persona de carácter individual o grupal, que tiene como finalidad alcanzar los objetivos de satisfacción personal.	Actividades predeterminadas *Área Físico Deportiva. *Área al aire Libre. *Área Acuática. *Área Lúdica. *Área Artística. *Área Social. *Área de entretenimiento y Aficiones. *Área manual. *Área conmemorativa.	Número de actividades Predeterminadas Calidad de las actividades programadas EXELENTE MUY BUENA BUENA REGULAR MALO	FICHA DE OBSERVACION DIRECTA

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION Y CATEGORIAS	INDICADORES	INSTRUMENTOS
EFFECTOS TRATAMIENTO TERAPEUTICO	Es un conjunto de terapias que tienen como fin orientar, enseñar y eliminar el malestar que está experimentando la persona en un momento de su vida	*Encuadre con la realidad. *Orientación temporo espacial. *Energía Vital. *Estado de ánimo. *Esquema corporal. *Autocontrol. *Estado de ánimo. *Estado de salud general.	EXELENTE MUY BUENA BUENA REGULAR MALO	CUETIONARIO DE EEVALUACION INICIAL Y FINAL

CAPITULO III
DISEÑO
METODOLOGICO

3. DISEÑO METODOLOGICO

3.1. METODOLOGIA UTILIZADA PARA LA CONGRESION DEL PROYECTO

La investigación se da inicio por la falta de actividades recreativas en pacientes con enfermedades mentales, del hospital Psiquiátrico Julio Endara, durante sus tratamientos terapéuticos.

Una vez de haber recopilado información por parte del personal que trabaja directamente con los pacientes que poseen enfermedades mentales, esto incluye, Psicólogo Clínico, Enfermeros (as), Licenciadas, Auxiliares, he determinado la metodología para la concreción de esta investigación, determinando que las actividades recreativas, son de suma importancia para el paciente con enfermedades mentales durante su tratamiento terapéutico.

Se ha seleccionado lo más importante a ser utilizado en la metodología del proyecto de investigación:

- Se realizará dos cuestionarios, los cuales se facilitara al personal que trabaja directamente con los pacientes que poseen enfermedades mentales, el primer cuestionario será al iniciar las actividades recreativas y la segundo cuestionario al finalizar las actividades recreativas.
- Se realizará investigación de campo, mediante la observación directa, al grupo de pacientes con enfermedades mentales, del Hospital Psiquiátrico Julio Endara.
- Se aplicará 8 áreas de la recreación, en 15 sesiones de trabajo que serán adaptables para el paciente, en los meses de Enero, Febrero y Marzo del 2012, en Las Instalaciones Del Hospital Psiquiátrico Julio Endara, También se incluirá una salida al complejo el Tingo.

3.2. METODOLOGIA PARA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACION

Para el presente trabajo de investigación se contara con 20 pacientes que poseen enfermedades mentales, del Hospital Psiquiátrico Julio Endara, comprendiendo las edades entre 18 a 65 años de edad, pacientes de ambos sexos, también se incluirá, personal que trabaja directamente con los pacientes, el método que se va a realizar es el participativo.

3.2.1. METODO

- Se utilizará el **método analítico sintético**, por cuanto se analizará todas las fuentes de información y bibliografía para sintetizar la mayor parte de criterios útiles para realizar este trabajo.
- Otro método a emplearse es el **inductivo-deductivo**, por cuanto de un todo se llega a la particularidad del problema, para dar alternativas de solución al mismo.
- **Investigación experimental:** Se aplican experimentos "puros", entendiéndose por tales los que reúnen tres requisitos fundamentales: 1) Manipulación de una o más variables independientes; 2) Medir el efecto de la variable independiente sobre la variable dependiente ; y 3) Validez interna de la situación experimental;
- **Investigación Correlacional:** Este tipo de estudio tiene como finalidad determinar el grado de relación o asociación que existe entre dos o más variables.

3.2.2. POBLACION Y MUESTRA

El presente trabajo de investigación se observara a la siguiente muestra:

20 pacientes de clínica del hospital Psiquiátrico Julio Endara 09 mujeres y 11 hombres.

3.2.3. TECNICAS E INSTRUMENTOS

La técnica a utilizarse en la presente investigación es de recolección de información en el campo mismo de los hechos para lo cual se utilizara los siguientes instrumentos:

Cuestionario, fichas de observación.

- **Cuestionario:** Se lo empleara para la recopilación de datos, acerca de los pacientes que poseen enfermedades mentales, con la finalidad de obtener información para el presente trabajo de investigación.
- **Observación Directa:** Servirá de base para determinar la situación del grupo de pacientes con enfermedades mentales que necesitan contar con actividades recreativas, necesidad que ha sido corroborada por la parte de Médicos Especialistas del Hospital Psiquiátrico Julio Endara.

3.2.4. ORGANIZACION, TABULACION, ANALISIS DE LA INFORMACION

Para la organización y tabulación de la información se a previsto la utilización de tablas estadísticas y gráficos que permitirán el análisis real de la información obtenida y producto de la aplicación de los instrumentos de investigación.

FICHA DE OBSERVACION DE ACTIVIDADES RECREATIVAS, DURANTE TRATAMIENTO TERAPEUTICO

ESCALA: 1=MALO, 2=REGULAR, 3=BUENO, 4=MUY BUENO, 5=EXCELENTE

AREA DE ENTRETENIMIENTO Y AFICIONES

ORDEN	NIVEL DE ACEPTACION	PARTICIPACION	GUSTO Y REFERENCIAS	MOTIVACION
5	EXCELENTE	EXCELENTE	EXCELENTE	EXCELENTE
4	MUY BUENO	MUY BUENO	MUY BUENO	MUY BUENO
3	BUENO	BUENO	BUENO	BUENO
2	REGULAR	REGULAR	REGULAR	REGULAR
1	MALO	MALO	MALO	MALO

AREA AL AIRE LIBRE

ORDEN	NIVEL DE ACEPTACION	PARTICIPACION	GUSTO Y REFERENCIAS	MOTIVACION
5	EXCELENTE	EXCELENTE	EXCELENTE	EXCELENTE
4	MUY BUENO	MUY BUENO	MUY BUENO	MUY BUENO
3	BUENO	BUENO	BUENO	BUENO
2	REGULAR	REGULAR	REGULAR	REGULAR
1	MALO	MALO	MALO	MALO

AREA LUDICA

ORDEN	NIVEL DE ACEPTACION	PARTICIPACION	GUSTO Y REFERENCIAS	MOTIVACION
5	EXCELENTE	EXCELENTE	EXCELENTE	EXCELENTE
4	MUY BUENO	MUY BUENO	MUY BUENO	MUY BUENO
3	BUENO	BUENO	BUENO	BUENO
2	REGULAR	REGULAR	REGULAR	REGULAR
1	MALO	MALO	MALO	MALO

AREA CONMEMORATIVA

ORDEN	NIVEL DE ACEPTACION	PARTICIPACION	GUSTO Y REFERENCIAS	MOTIVACION
5	EXCELENTE	EXCELENTE	EXCELENTE	EXCELENTE
4	MUY BUENO	MUY BUENO	MUY BUENO	MUY BUENO
3	BUENO	BUENO	BUENO	BUENO

2	REGULAR	REGULAR	REGULAR	REGULAR
1	MALO	MALO	MALO	MALO

AREA FISICO DEPORTIVA

ORDEN	NIVEL DE ACEPTACION	PARTICIPACION	GUSTO Y REFERENCIAS	MOTIVACION
5	EXCELENTE	EXCELENTE	EXCELENTE	EXCELENTE
4	MUY BUENO	MUY BUENO	MUY BUENO	MUY BUENO
3	BUENO	BUENO	BUENO	BUENO
2	REGULAR	REGULAR	REGULAR	REGULAR
1	MALO	MALO	MALO	MALO

AREA ARTISTICA

ORDEN	NIVEL DE ACEPTACION	PARTICIPACION	GUSTO Y REFERENCIAS	MOTIVACION
5	EXCELENTE	EXCELENTE	EXCELENTE	EXCELENTE
4	MUY BUENO	MUY BUENO	MUY BUENO	MUY BUENO
3	BUENO	BUENO	BUENO	BUENO
2	REGULAR	REGULAR	REGULAR	REGULAR
1	MALO	MALO	MALO	MALO

AREA SOCIAL

ORDEN	NIVEL DE ACEPTACION	PARTICIPACION	GUSTO Y REFERENCIAS	MOTIVACION
5	EXCELENTE	EXCELENTE	EXCELENTE	EXCELENTE
4	MUY BUENO	MUY BUENO	MUY BUENO	MUY BUENO
3	BUENO	BUENO	BUENO	BUENO
2	REGULAR	REGULAR	REGULAR	REGULAR
1	MALO	MALO	MALO	MALO

AREA ACUATICA

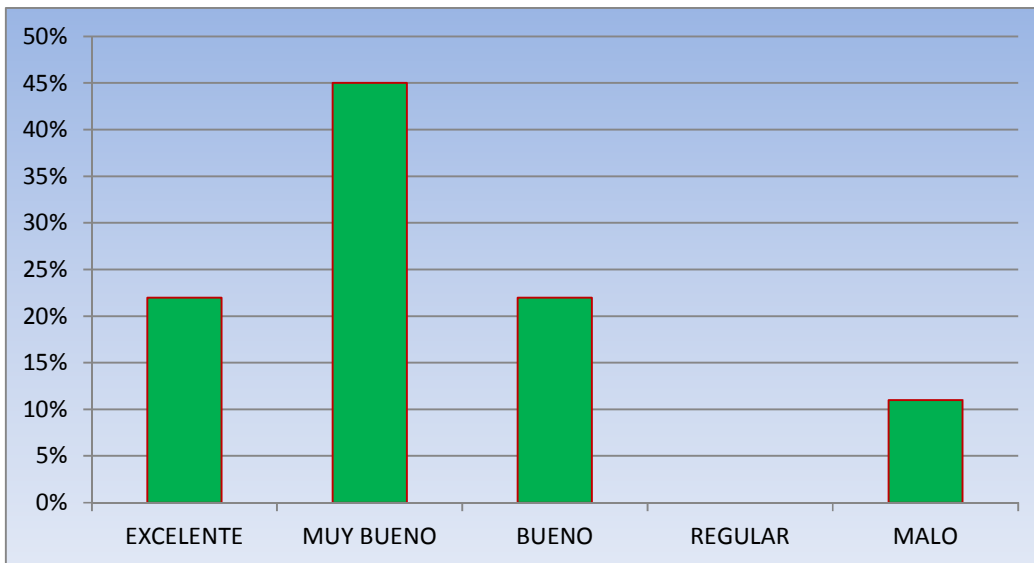
ORDEN	NIVEL DE ACEPTACION	PARTICIPACION	GUSTO Y REFERENCIAS	MOTIVACION
5	EXCELENTE	EXCELENTE	EXCELENTE	EXCELENTE
4	MUY BUENO	MUY BUENO	MUY BUENO	MUY BUENO
3	BUENO	BUENO	BUENO	BUENO

2	REGULAR	REGULAR	REGULAR	REGULAR
1	MALO	MALO	MALO	MALO

AREA MANUAL

ORDEN	NIVEL DE ACEPTACION	PARTICIPACION	GUSTO Y REFERENCIAS	MOTIVACION
5	EXCELENTE	EXCELENTE	EXCELENTE	EXCELENTE
4	MUY BUENO	MUY BUENO	MUY BUENO	MUY BUENO
3	BUENO	BUENO	BUENO	BUENO
2	REGULAR	REGULAR	REGULAR	REGULAR
1	MALO	MALO	MALO	MALO

GRAFICO ESTADISTICO VARIABLE INDEPENDIENTE



ANALISIS DE LA OBSERVACION, DE LAS ACTIVIDADES RECREATIVAS APLICADAS A LOS PACIENTES, CON ENFERMEDADES MENTALES.

Con la utilización del método de observación directa, pude notar que las actividades aplicadas a los pacientes con enfermedades mentales, en su mayoría fueron muy bien recibidas por los pacientes ya que eran actividades nuevas, como fueron bailo terapia, juegos tradicionales, actividades deportivas, juegos, charlas, natación recreativa, coreografías, destacando las áreas acuática y físico deportiva, a su vez también hubo actividades que los pacientes no le tomaron mucha importancia, tales como el área artística y el área social existió desobliga por los pacientes, en la área manual, estaban todos en la facultad de realizarla pero no tubo acogida.

Este resultado de las actividades recreativas fue observado gracias a la cooperación del **HOSPITAL PSIQUIATRICO JULLIO ENDARA, PACIENTES DE LA INSTITUCION, Y PERSONAL DEL HOSPITAL** que apoyaron de una u otra forma para que esta investigación se lleve a cabo.

ENTREVISTA DE EVALUACION DEL ESTADO MENTAL DEL PACIENTE

CASO#1

ESTADO MENTAL: ESQUIZOFRENIA

ESCALA: 1= Malo. 2= Regular, 3= Bueno, 4= Muy Bueno, 5=Excelente.

1. NIVEL DE ENCUADRE CON LA REALIDAD

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

2. RECONOCIMIENTO DE SU ESQUEMA CORPORAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

3. ESTADO DE SALUD GENERAL DEL PACIENTE

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

4. COMPORTAMIENTO SOCIAL, INTERCAMBIO SOCIO-AFECTIVO CON OTROS PACIENTES

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

5. ESTADO DE ORIENTACIÓN TEMPORO-ESPACIAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

6. NIVEL DE AUTOCONTROL EMOCIONAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

7. NIVEL DE ENERGÍA VITAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

8. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

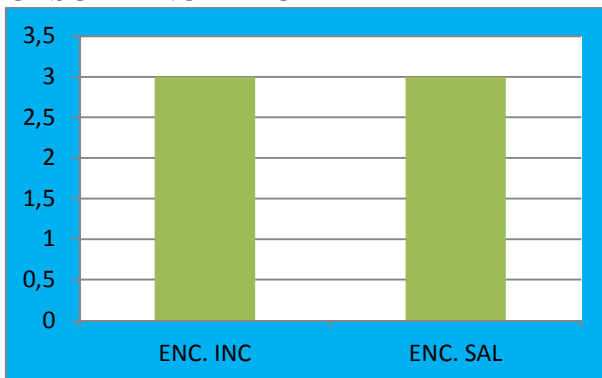
9. ESTADO DE ÁNIMO GENERAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

10. ESTADO DE RELAJACIÓN Y CALMA

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

CASO # 1 NO AFECT



CASO#2

ESTADO MENTAL: ESQUIZOFRENIA

ESCALA:1= Malo. 2= Regular, 3= Bueno, 4= Muy Bueno, 5=Excelente.

1. NIVEL DE ENCUADRE CON LA REALIDAD

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

2. RECONOCIMIENTO DE SU ESQUEMA CORPORAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

3. ESTADO DE SALUD GENERAL DEL PACIENTE

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

4. COMPORTAMIENTO SOCIAL, INTERCAMBIO SOCIO-AFECTIVO CON OTROS PACIENTES

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

5. ESTADO DE ORIENTACIÓN TEMPORO-ESPACIAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

6. NIVEL DE AUTOCONTROL EMOCIONAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

7. NIVEL DE ENERGÍA VITAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

8. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

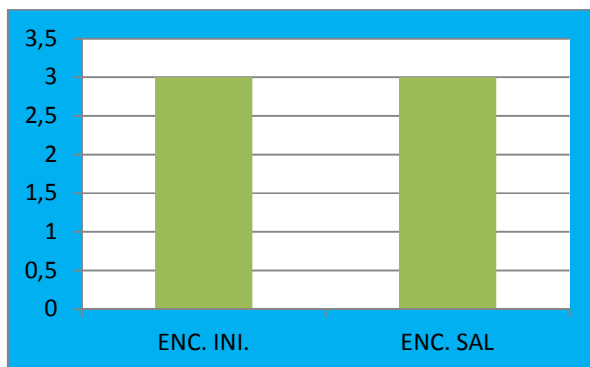
9. ESTADO DE ÁNIMO GENERAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

10. ESTADO DE RELAJACIÓN Y CALMA

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

CASO #2 NO AFECTA



CASO#3

ESTADO MENTAL: ESQUIZOFRENIA

ESACALA:1= Malo. 2= Regular, 3= Bueno, 4= Muy Bueno, 5=Excelente.

1. NIVEL DE ENCUADRE CON LA REALIDAD

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

2. RECONOCIMIENTO DE SU ESQUEMA CORPORAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

3. ESTADO DE SALUD GENERAL DEL PACIENTE

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

4. COMPORTAMIENTO SOCIAL, INTERCAMBIO SOCIO-AFECTIVO CON OTROS PACIENTES

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

5. ESTADO DE ORIENTACIÓN TEMPORO-ESPACIAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

6. NIVEL DE AUTOCONTROL EMOCIONAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

7. NIVEL DE ENERGÍA VITAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

8. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

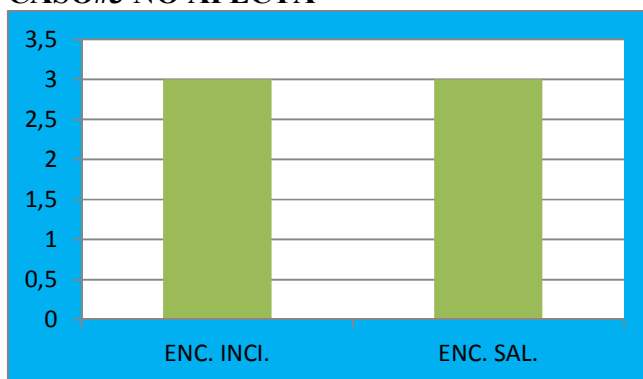
9. ESTADO DE ÁNIMO GENERAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

10. ESTADO DE RELAJACIÓN Y CALMA

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

CASO#3 NO AFECTA



CASO#4

ESTADO MENTAL: ESQUIZOFRENIA

ESCALA: 1= Malo. 2= Regular, 3= Bueno, 4= Muy Bueno, 5=Excelente.

1. NIVEL DE ENCUADRE CON LA REALIDAD

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

2. RECONOCIMIENTO DE SU ESQUEMA CORPORAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

3. ESTADO DE SALUD GENERAL DEL PACIENTE

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

4. COMPORTAMIENTO SOCIAL, INTERCAMBIO SOCIO-AFECTIVO CON OTROS PACIENTES

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

5. ESTADO DE ORIENTACIÓN TEMPORO-ESPACIAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

6. NIVEL DE AUTOCONTROL EMOCIONAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

7. NIVEL DE ENERGÍA VITAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=4	MB=4	E=5

8. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

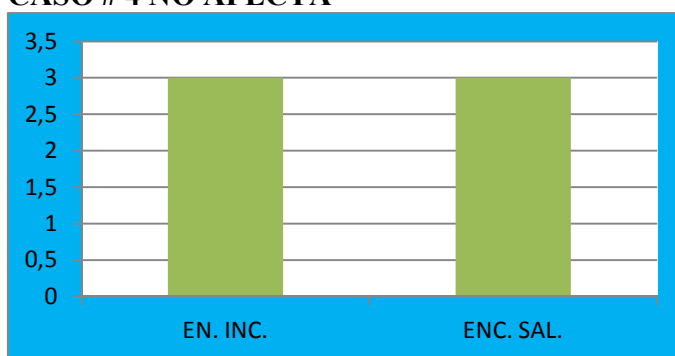
9. ESTADO DE ÁNIMO GENERAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

10. ESTADO DE RELAJACIÓN Y CALMA

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

CASO # 4 NO AFECTA



CASO#5

ESTADO MENTAL: ESQUIZOFRENIA

ESCALA: 1= Malo. 2= Regular, 3= Bueno, 4= Muy Bueno, 5=Excelente.

1. NIVEL DE ENCUADRE CON LA REALIDAD

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

2. RECONOCIMIENTO DE SU ESQUEMA CORPORAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

3. ESTADO DE SALUD GENERAL DEL PACIENTE

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

4. COMPORTAMIENTO SOCIAL, INTERCAMBIO SOCIO-AFECTIVO CON OTROS PACIENTES

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

5. ESTADO DE ORIENTACIÓN TEMPORO-ESPACIAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

6. NIVEL DE AUTOCONTROL EMOCIONAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

7. NIVEL DE ENERGÍA VITAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

8. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

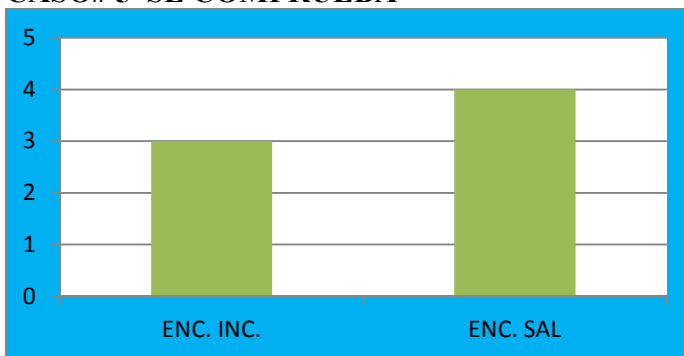
9. ESTADO DE ÁNIMO GENERAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

10. ESTADO DE RELAJACIÓN Y CALMA

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

CASO# 5 SE COMPRUEBA



CASO#6

ESTADO MENTAL: ESQUIZOFRENIA

ESCALA: 1= Malo. 2= Regular, 3= Bueno, 4= Muy Bueno, 5=Excelente.

1. NIVEL DE ENCUADRE CON LA REALIDAD

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

2. RECONOCIMIENTO DE SU ESQUEMA CORPORAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M	R	B	MB	E

3. ESTADO DE SALUD GENERAL DEL PACIENTE

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

4. COMPORTAMIENTO SOCIAL, INTERCAMBIO SOCIO-AFECTIVO CON OTROS PACIENTES

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

5. ESTADO DE ORIENTACIÓN TEMPORO-ESPACIAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

6. NIVEL DE AUTOCONTROL EMOCIONAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

7. NIVEL DE ENERGÍA VITAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

8. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

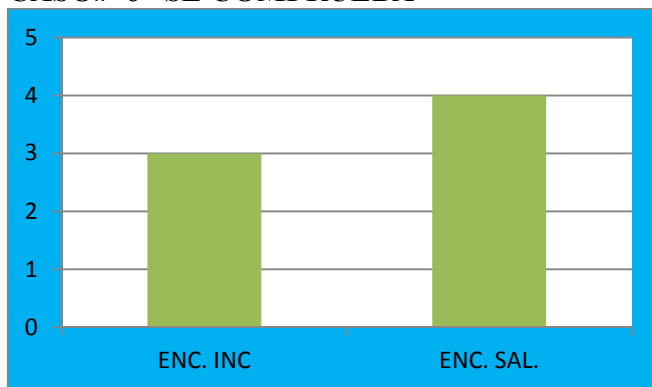
9. ESTADO DE ÁNIMO GENERAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

10. ESTADO DE RELAJACIÓN Y CALMA

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

CASO# 6 SE COMPRUEBA



CASO#7

ESTADO MENTAL: ESQUIZOFRENIA

ESCALA: 1= Malo. 2= Regular, 3= Bueno, 4= Muy Bueno, 5=Excelente.

1. NIVEL DE ENCUADRE CON LA REALIDAD

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

2. RECONOCIMIENTO DE SU ESQUEMA CORPORAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

3. ESTADO DE SALUD GENERAL DEL PACIENTE

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

4. COMPORTAMIENTO SOCIAL, INTERCAMBIO SOCIO-AFECTIVO CON OTROS PACIENTES

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

5. ESTADO DE ORIENTACIÓN TEMPORO-ESPACIAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

6. NIVEL DE AUTOCONTROL EMOCIONAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

7. NIVEL DE ENERGÍA VITAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

8. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

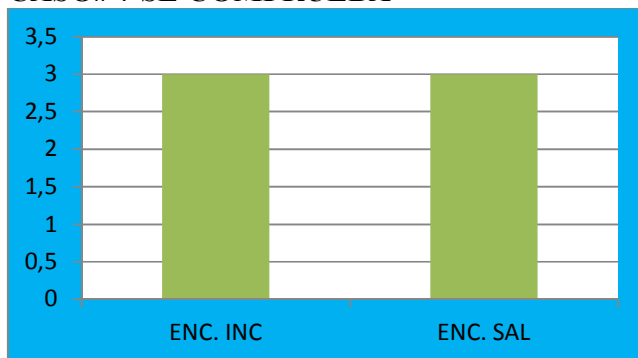
9. ESTADO DE ÁNIMO GENERAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

10. ESTADO DE RELAJACIÓN Y CALMA

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

CASO# 7 SE COMPRUEBA



CASO#8

ESTADO MENTAL: RETARDO MENTAL MODERADO

ESCALA: 1= Malo. 2= Regular, 3= Bueno, 4= Muy Bueno, 5=Excelente.

1. NIVEL DE ENCUADRE CON LA REALIDAD

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

2. RECONOCIMIENTO DE SU ESQUEMA CORPORAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

3. ESTADO DE SALUD GENERAL DEL PACIENTE

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

4. COMPORTAMIENTO SOCIAL, INTERCAMBIO SOCIO-AFECTIVO CON OTROS PACIENTES

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

5. ESTADO DE ORIENTACIÓN TEMPORO-ESPACIAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

6. NIVEL DE AUTOCONTROL EMOCIONAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

7. NIVEL DE ENERGÍA VITAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

8. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

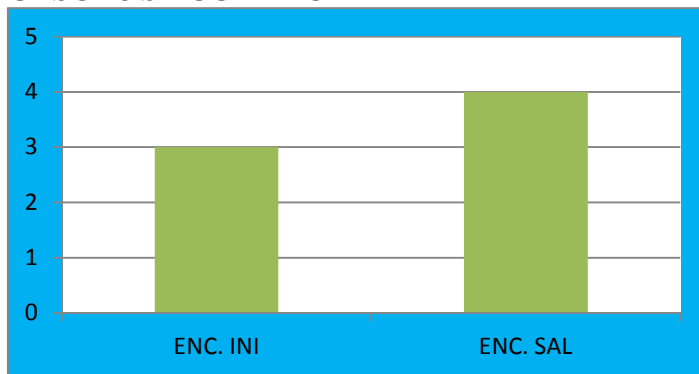
9. ESTADO DE ÁNIMO GENERAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=6

10. ESTADO DE RELAJACIÓN Y CALMA

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

CASO# 8 SE COMPRUEBA



CASO#9

ESTADO MENTAL: ESQUIZOFRENIA Y PARANOIDE

ESCALA: 1= Malo. 2= Regular, 3= Bueno, 4= Muy Bueno, 5=Excelente.

1. NIVEL DE ENCUADRE CON LA REALIDAD

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

2. RECONOCIMIENTO DE SU ESQUEMA CORPORAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

3. ESTADO DE SALUD GENERAL DEL PACIENTE

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

4. COMPORTAMIENTO SOCIAL, INTERCAMBIO SOCIO-AFECTIVO CON OTROS PACIENTES

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B	MB=4	E

5. ESTADO DE ORIENTACIÓN TEMPORO-ESPACIAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E

6. NIVEL DE AUTOCONTROL EMOCIONAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B3	MB=4	E=5

7. NIVEL DE ENERGÍA VITAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=3	B=4	MB	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=3	B=4	MB	E=5

8. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO

CUE. INICIAL.	M=1	R=3	B=4	MB	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=3	B=4	MB	E=5

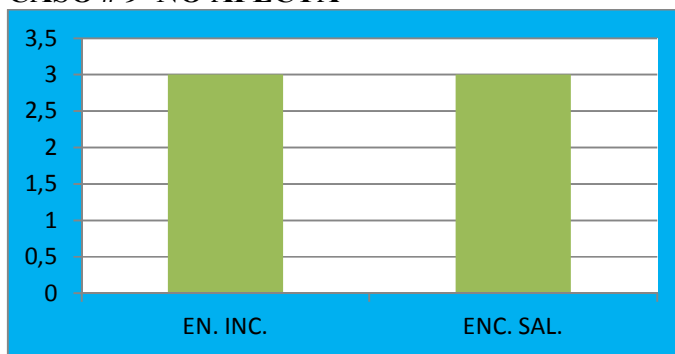
9. ESTADO DE ÁNIMO GENERAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=4	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B	MB=4	E=5

10. ESTADO DE RELAJACIÓN Y CALMA

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B4	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B	MB=4	E=5

CASO # 9 NO AFECTA



CASO#10

ESTADO MENTAL: ESQUIZOFRENIA Y PARANOIDE

ESCALA: 1= Malo. 2= Regular, 3= Bueno, 4= Muy Bueno, 5=Excelente.

2. NIVEL DE ENCUADRE CON LA REALIDAD

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

2. RECONOCIMIENTO DE SU ESQUEMA CORPORAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

3. ESTADO DE SALUD GENERAL DEL PACIENTE

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

4. COMPORTAMIENTO SOCIAL, INTERCAMBIO SOCIO-AFECTIVO CON OTROS PACIENTES

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

5. ESTADO DE ORIENTACIÓN TEMPORO-ESPACIAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=6

6. NIVEL DE AUTOCONTROL EMOCIONAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

7. NIVEL DE ENERGÍA VITAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

8. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

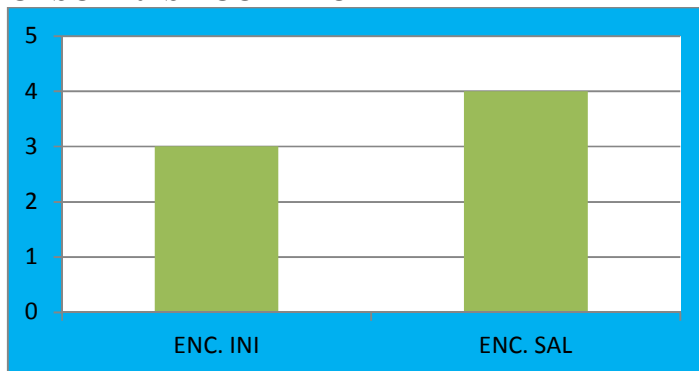
9. ESTADO DE ÁNIMO GENERAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

10. ESTADO DE RELAJACIÓN Y CALMA

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

CASO# 10 SE COMPRUEBA



CASO#11

ESTADO MENTAL: RETRASO MENTAL LEVE

ESCALA: 1= Malo. 2= Regular, 3= Bueno, 4= Muy Bueno, 5=Excelente.

1. NIVEL DE ENCUADRE CON LA REALIDAD

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

2. RECONOCIMIENTO DE SU ESQUEMA CORPORAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

3. ESTADO DE SALUD GENERAL DEL PACIENTE

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

4. COMPORTAMIENTO SOCIAL, INTERCAMBIO SOCIO-AFECTIVO CON OTROS PACIENTES

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

5. ESTADO DE ORIENTACIÓN TEMPORO-ESPACIAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

6. NIVEL DE AUTOCONTROL EMOCIONAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

7. NIVEL DE ENERGÍA VITAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

8. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

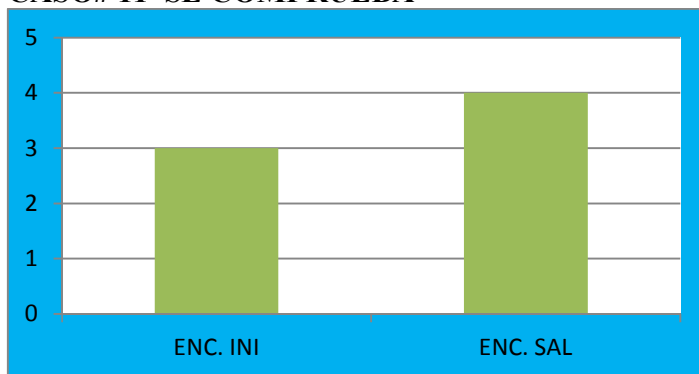
9. ESTADO DE ÁNIMO GENERAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

10. ESTADO DE RELAJACIÓN Y CALMA

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

CASO# 11 SE COMPRUEBA



CASO#12

ESTADO MENTAL: EPILEPSIA

ESCALA: 1= Malo. 2= Regular, 3= Bueno, 4= Muy Bueno, 5=Excelente.

1. NIVEL DE ENCUADRE CON LA REALIDAD

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

2. RECONOCIMIENTO DE SU ESQUEMA CORPORAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

3. ESTADO DE SALUD GENERAL DEL PACIENTE

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

4. COMPORTAMIENTO SOCIAL, INTERCAMBIO SOCIO-AFECTIVO CON OTROS PACIENTES

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

5. ESTADO DE ORIENTACIÓN TEMPORO-ESPACIAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

6. NIVEL DE AUTOCONTROL EMOCIONAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

7. NIVEL DE ENERGÍA VITAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

8. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

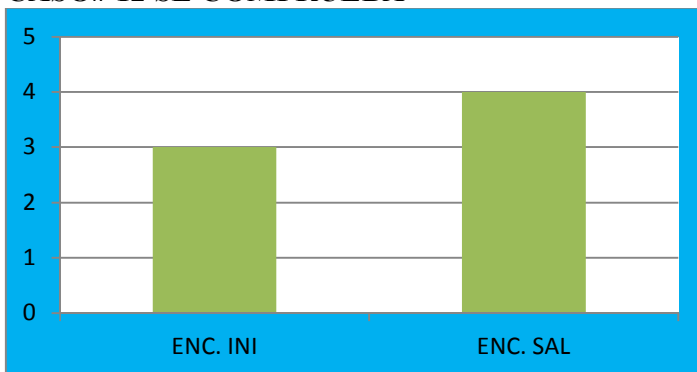
9. ESTADO DE ÁNIMO GENERAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

10. ESTADO DE RELAJACIÓN Y CALMA

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

CASO# 12 SE COMPRUEBA



CASO#13

ESTADO MENTAL: RETRASO MENTAL MODERADO

ESCALA: 1= Malo. 2= Regular, 3= Bueno, 4= Muy Bueno, 5=Excelente.

1. NIVEL DE ENCUADRE CON LA REALIDAD

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

2. RECONOCIMIENTO DE SU ESQUEMA CORPORAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

3. ESTADO DE SALUD GENERAL DEL PACIENTE

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

4. COMPORTAMIENTO SOCIAL, INTERCAMBIO SOCIO-AFECTIVO CON OTROS PACIENTES

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

5. ESTADO DE ORIENTACIÓN TEMPORO-ESPACIAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

6. NIVEL DE AUTOCONTROL EMOCIONAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

7. NIVEL DE ENERGÍA VITAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

8. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

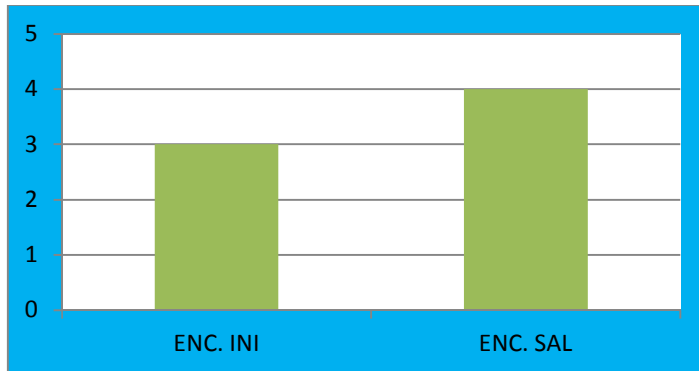
9. ESTADO DE ÁNIMO GENERAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

10. ESTADO DE RELAJACIÓN Y CALMA

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

CASO# 13 SE COMPRUEBA



CASO#14

ESTADO MENTAL: RETRASO MENTAL MODERADO

ESCALA: 1= Malo. 2= Regular, 3= Bueno, 4= Muy Bueno, 5=Excelente.

1. NIVEL DE ENCUADRE CON LA REALIDAD

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

2. RECONOCIMIENTO DE SU ESQUEMA CORPORAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

3. ESTADO DE SALUD GENERAL DEL PACIENTE

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

4. COMPORTAMIENTO SOCIAL, INTERCAMBIO SOCIO-AFECTIVO CON OTROS PACIENTES

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

5. ESTADO DE ORIENTACIÓN TEMPORO-ESPACIAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

6. NIVEL DE AUTOCONTROL EMOCIONAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

7. NIVEL DE ENERGÍA VITAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

8. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

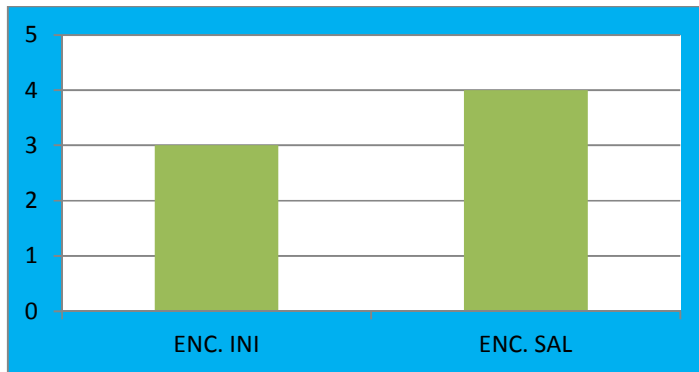
9. ESTADO DE ÁNIMO GENERAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

10. ESTADO DE RELAJACIÓN Y CALMA

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

CASO# 14 SE COMPRUEBA



CASO#15

ESTADO MENTAL: ESQUIZOFRENIA

ESCALA: 1= Malo. 2= Regular, 3= Bueno, 4= Muy Bueno, 5=Excelente.

1. NIVEL DE ENCUADRE CON LA REALIDAD

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

2. RECONOCIMIENTO DE SU ESQUEMA CORPORAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

3. ESTADO DE SALUD GENERAL DEL PACIENTE

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

4. COMPORTAMIENTO SOCIAL, INTERCAMBIO SOCIO-AFECTIVO CON OTROS PACIENTES

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

5. ESTADO DE ORIENTACIÓN TEMPORO-ESPACIAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

6. NIVEL DE AUTOCONTROL EMOCIONAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

7. NIVEL DE ENERGÍA VITAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

8. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

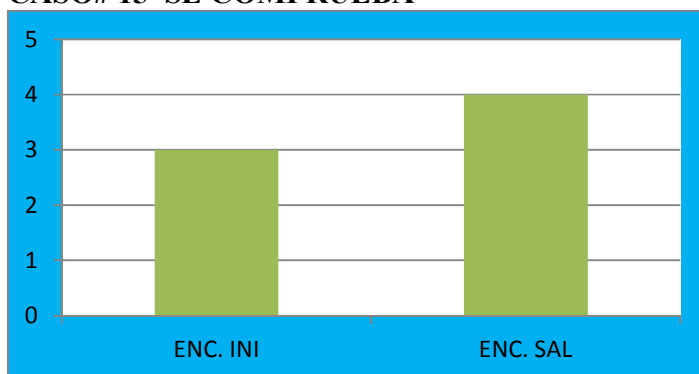
9. ESTADO DE ÁNIMO GENERAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

10. ESTADO DE RELAJACIÓN Y CALMA

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

CASO# 15 SE COMPRUEBA



CASO#16

ESTADO MENTAL: EPILEPSIA

ESCALA: 1= Malo. 2= Regular, 3= Bueno, 4= Muy Bueno, 5=Excelente.

1. NIVEL DE ENCUADRE CON LA REALIDAD

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

2. RECONOCIMIENTO DE SU ESQUEMA CORPORAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

3. ESTADO DE SALUD GENERAL DEL PACIENTE

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

4. COMPORTAMIENTO SOCIAL, INTERCAMBIO SOCIO-AFECTIVO CON OTROS PACIENTES

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

5. ESTADO DE ORIENTACIÓN TEMPORO-ESPACIAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

6. NIVEL DE AUTOCONTROL EMOCIONAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

7. NIVEL DE ENERGÍA VITAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

8. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

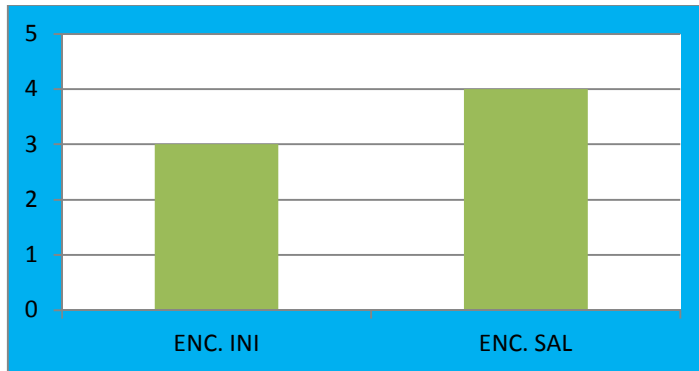
9. ESTADO DE ÁNIMO GENERAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

10. ESTADO DE RELAJACIÓN Y CALMA

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

CASO# 16 SE COMPRUEBA



CASO#17

ESTADO MENTAL: EPILEPSIA

ESCALA: 1= Malo. 2= Regular, 3= Bueno, 4= Muy Bueno, 5=Excelente.

1. NIVEL DE ENCUADRE CON LA REALIDAD

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

2. RECONOCIMIENTO DE SU ESQUEMA CORPORAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

3. ESTADO DE SALUD GENERAL DEL PACIENTE

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

4. COMPORTAMIENTO SOCIAL, INTERCAMBIO SOCIO-AFECTIVO CON OTROS PACIENTES

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

5. ESTADO DE ORIENTACIÓN TEMPORO-ESPACIAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

6. NIVEL DE AUTOCONTROL EMOCIONAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

7. NIVEL DE ENERGÍA VITAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

8. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

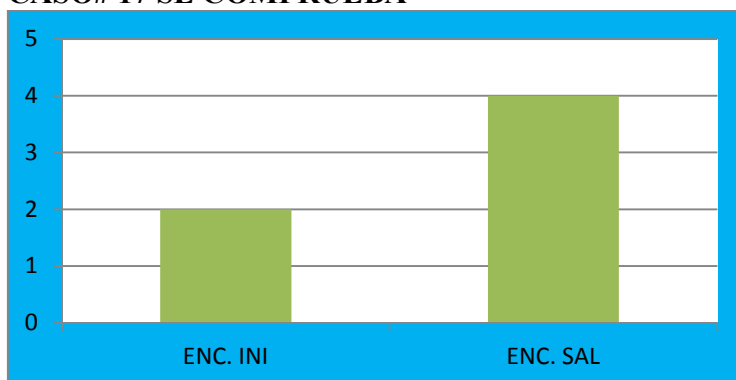
9. ESTADO DE ÁNIMO GENERAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

10. ESTADO DE RELAJACIÓN Y CALMA

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

CASO# 17 SE COMPRUEBA



CASO#18

ESTADO MENTAL: TRANSTORNO AFECTIVO BIPOLAR
 ESCALA: 1= Malo. 2= Regular, 3= Bueno, 4= Muy Bueno, 5=Excelente.

1. NIVEL DE ENCUADRE CON LA REALIDAD

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

2. RECONOCIMIENTO DE SU ESQUEMA CORPORAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

3. ESTADO DE SALUD GENERAL DEL PACIENTE

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

4. COMPORTAMIENTO SOCIAL, INTERCAMBIO SOCIO-AFECTIVO CON OTROS PACIENTES

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

5. ESTADO DE ORIENTACIÓN TEMPORO-ESPACIAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

6. NIVEL DE AUTOCONTROL EMOCIONAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

7. NIVEL DE ENERGÍA VITAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

8. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

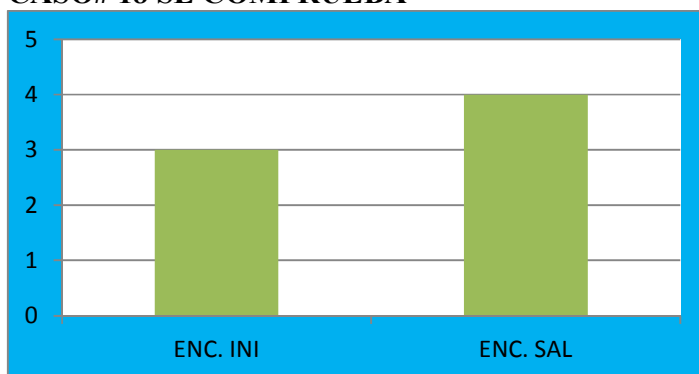
9. ESTADO DE ÁNIMO GENERAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

10. ESTADO DE RELAJACIÓN Y CALMA

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

CASO# 18 SE COMPRUEBA



CASO#19

ESTADO MENTAL: ESQUIZOFRENIA Y PARANOIDE

ESCALA: 1= Malo. 2= Regular, 3= Bueno, 4= Muy Bueno, 5=Excelente.

1. NIVEL DE ENCUADRE CON LA REALIDAD

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

2. RECONOCIMIENTO DE SU ESQUEMA CORPORAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

3. ESTADO DE SALUD GENERAL DEL PACIENTE

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

4. COMPORTAMIENTO SOCIAL, INTERCAMBIO SOCIO-AFECTIVO CON OTROS PACIENTES

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

5. ESTADO DE ORIENTACIÓN TEMPORO-ESPACIAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

6. NIVEL DE AUTOCONTROL EMOCIONAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

7. NIVEL DE ENERGÍA VITAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

8. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

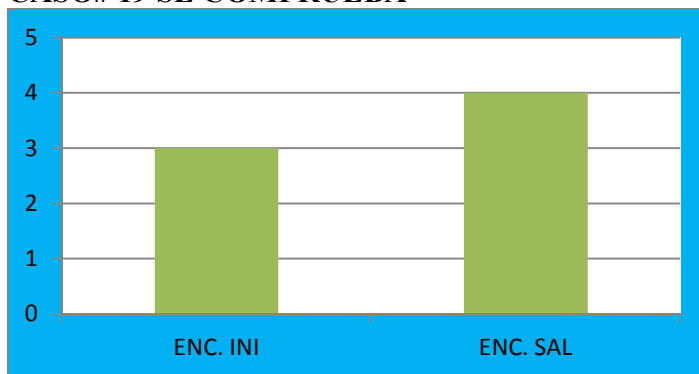
9. ESTADO DE ÁNIMO GENERAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

10. ESTADO DE RELAJACIÓN Y CALMA

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

CASO# 19 SE COMPRUEBA



CASO#20

ESTADO MENTAL: ESQUIZOFRENIA Y PARANOIDE

ESCALA: 1= Malo. 2= Regular, 3= Bueno, 4= Muy Bueno, 5=Excelente.

1. NIVEL DE ENCUADRE CON LA REALIDAD

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

2. RECONOCIMIENTO DE SU ESQUEMA CORPORAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

3. ESTADO DE SALUD GENERAL DEL PACIENTE

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

4. COMPORTAMIENTO SOCIAL, INTERCAMBIO SOCIO-AFECTIVO CON OTROS PACIENTES

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

5. ESTADO DE ORIENTACIÓN TEMPORO-ESPACIAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

6. NIVEL DE AUTOCONTROL EMOCIONAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

7. NIVEL DE ENERGÍA VITAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

8. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

9. ESTADO DE ÁNIMO GENERAL

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

10. ESTADO DE RELAJACIÓN Y CALMA

CUE. INICIAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5
CUE. FINAL.	M=1	R=2	B=3	MB=4	E=5

CASO# 20 SE COMPRUEBA

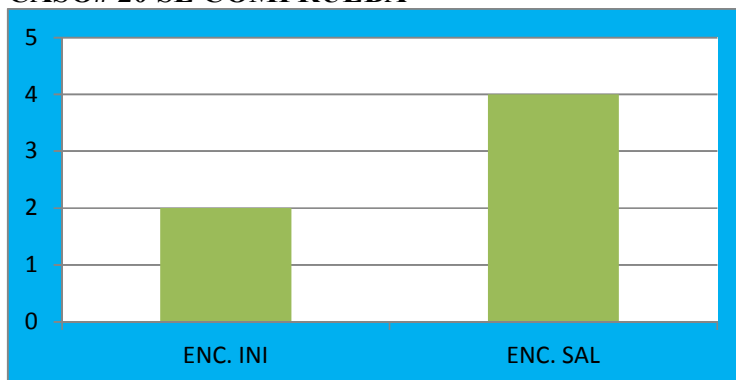
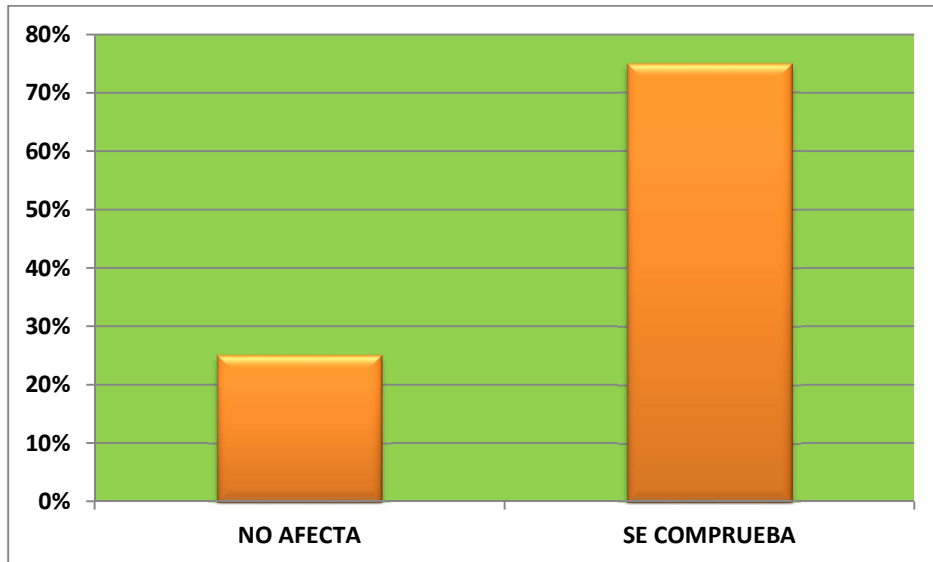


GRAFICO VARIABLE DEPENDIENTE ENTREVISTA INICIAL Y FINAL, EFECTOS EN EL TRATAMIENTO TERAPEUTICO

CORRELACION			
MUESTRA	CUE. INI.	CUE. SAL.	HIPOTESIS
1er. CASO	3	3	NO AFECTA
2do. CASO	3	3	NO AFECTA
3er CASO	3	3	NO AFECTA
4to. CASO	3	4	SE COMPRUEBA
5to. CASO	3	4	SE COMPRUEBA
6to CASO	3	4	SE COMPRUEBA
7mo. CASO	3	3	NO AFECTA
8vo. CASO	3	4	SE COMPRUEBA
9no. CASO	3	3	NO AFECTA
10mo. CASO	3	4	SE COMPRUEBA
11vo. CASO	3	4	SE COMPRUEBA
12vo. CASO	3	4	SE COMPRUEBA
13vo. CASO	3	4	SE COMPRUEBA
14vo. CASO	3	4	SE COMPRUEBA
15vo. CASO	3	4	SE COMPRUEBA
16vo. CASO	3	4	SE COMPRUEBA
17vo. CASO	2	4	SE COMPRUEBA
18vo. CASO	3	4	SE COMPRUEBA
19vo. CASO	3	4	SE COMPRUEBA
20vo. CASO	2	3	SE COMPRUEBA

GRAFICO ESTADISTICO VARAIBLE DEPENDIENTE EFECTOS TRATAMIENTOTERAPEUTICO

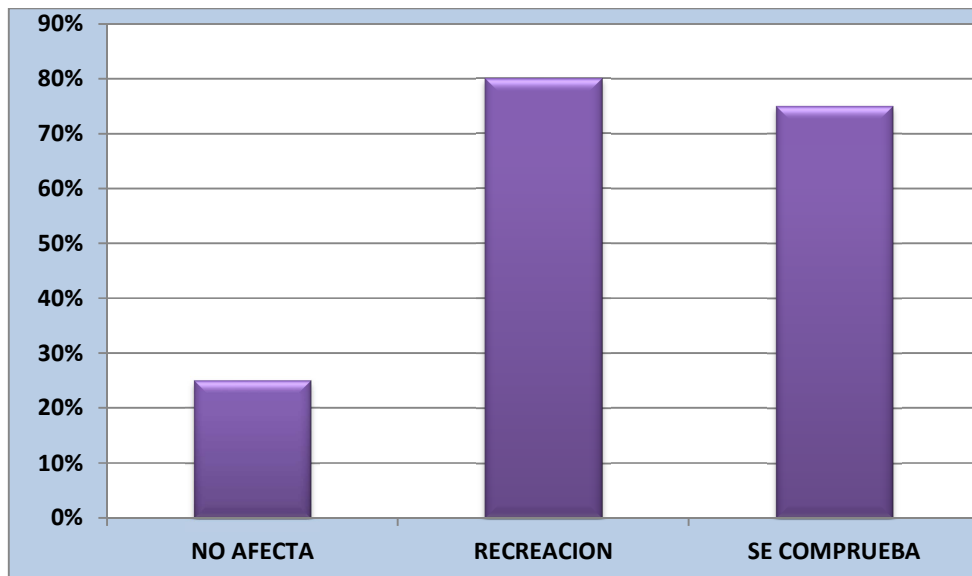


EL GRAFICO NOS INDICA QUE EL 75% DE LOS PACIENTES, TIENE UN INCREMENTO POSITIVO EN EL TRATAMIENTO TERAPEUTICO, ESTO NOS DA COMO RESULTADO QUE LA HIPOTESIS SE COMPRUEBA.

GRAFICO VARIABLE DEPENDIENTE E INDEPENDIENTE

CORRELACION				
MUESTRA	CUE. INI.	RECR	CUE. SAL.	HIPOTESI S
1er. CASO	3	4	3	NO AFECTA
2do.CASO	3	4	3	NO AFECTA
3er CASO	3	4	3	NO AFECTA
4to. CASO	3	4	4	SE COMPRUEBA
5to. CASO	3	4	4	SE COMPRUEBA
6to CASO	3	4	4	SE COMPRUEBA
7mo.CASO	3	4	3	NO AFECTA
8vo. CASO	3	4	4	SE COMPRUEBA
9no. CASO	3	4	3	NO AFECTA
10mo. CASO	3	4	4	SE COMPRUEBA
11vo. CASO	3	4	4	SE COMPRUEBA
12vo. CASO	3	4	4	SE COMPRUEBA
13vo. CASO	3	4	4	SE COMPRUEBA
14vo. CASO	3	4	4	SE COMPRUEBA
15vo. CASO	3	4	4	SE COMPRUEBA
16vo. CASO	3	4	4	SE COMPRUEBA
17vo. CASO	2	4	4	SE COMPRUEBA
18vo. CASO	3	4	4	SE COMPRUEBA
19vo. CASO	3	4	4	SE COMPRUEBA
20vo. CASO	2	4	3	SE COMPRUEBA

GRAFICO ESTADISTICO VARAIBLE DEPENDIENTE E INDEPENDIENTE



EL GRAFICO NOS INDICA QUE LA RECREACION ARROJA UN RESULTADO MUY BUENO CON EL PORCENTAJE DEL 80%, EL MISMO QUE PERMITE JUNTO CON EL TRATAMIENTO TERAPEUTICO SE COMPRUEBE LA HIPOTESIS.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y

RECOMENDACIONES

4.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Al concluir la investigación de este proyecto, se ha obtenido las siguientes conclusiones y recomendaciones, las mismas que servirán para contribuir en el tratamiento terapéutico del paciente que posee enfermedades mentales y a su vez demostrar que la recreación es una herramienta fundamental de ayuda durante el tratamiento del paciente con enfermedad mental de Hospital Psiquiátrico Julio Endara.

4.1. CONCLUSIONES

- Las actividades recreativas, promovieron el desarrollo interpersonal y grupal de los pacientes con enfermedad mental del Hospital Psiquiátrico Julio Endara.
- Los pacientes que realizaron actividades recreativas innovadoras, están con una mejor predisposición al realizar cualquier tipo de actividad.
- La comunicación y el trabajo entre pacientes y personal de la institución mejoro y a su vez contribuyo con el tratamiento de los pacientes.
- Las actividades recreativas sirvieron como medio de distención y liberación del estrés, para el paciente como para el personal de la institución.
- Los pacientes en la mayoría de actividades recreativas, que se pudo realizar existió un aumento de su creatividad y productividad.
- Con las actividades recreativas se hizo frente a las disminuciones y limitaciones físicas, en la mayoría de los pacientes.
- Las actividades que tuvieron una mejor acogida por parte de los pacientes y personal del hospital, fueron actividades deportivas, juegos.

4.2 RECOMENDACIONES

- Ejecutar de manera correcta los fundamentos teóricos y metodológicos, que permiten incorporar actividades recreativas, a los pacientes con enfermedades mentales.
- Se debe continuar trabajando actividades recreativas con los pacientes, ya que esto mejorara su calidad de vida.
- Aplicar un programa de actividades recreativas, que contribuya en el tratamiento de los pacientes.
- Se debe realizar actividades recreativas bajo la supervisión de personal capacitado.
- Debe existir una constante capacitación del personal que imparta recreación.
- Las actividades que se realicen deben ser adaptables y modificables para el paciente.
- Las actividades recreativas deben realizarse con materiales específicos, según los objetivos para un mejor aprovechamiento de las mismas.
- El espacio o la infraestructura donde se realice actividades recreativas deben ser apropiados según la actividad.

5. FUENTES

5.1 BIBLIOGRAFIA

- **Hernán francisco Jaramillo tejada. Quito, abril 2010**
- **www.scribd.com/doc/Historia-de-Las-Enfermedades-Mentales**
- **Cita web(es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_mental)**
- **Citaweb(www.juntadeandalucia.es/averroes/~29701428/salud/mental2.htm)**
- **http://biology.kenyon.edu/slonec/span-med/mental/mentales.htm**
- **Verónica Estrada (Guatemala 2008)**
- **Cita web(es.wikipedia.org/wiki/Terapia_ocupacional)**
- **Cita web(www.terapia-psicologica.com.mx)**
- **Rodríguez Reyes, José (1972): La Terapia Ocupacional y la Laborterapia en las enfermedades mentales, Madrid**
- **Argentina. Cutrera, Juan Carlos. “RECREACIÓN: FUNDAMENTOS, DIDÁCTICA Y RECURSOS”. Editorial: Stadium. Edición: 1997**
- **JHON JAIRO TREJOS P., MARGARITA MA. CANO E. Y DORA CARDONA G. Universidad Tecnológica de Pereira**
- **Allende Lorena; Brandolini Graciela; Cortese Laura; Cuba Anabel y otras “LA RECREACIÓN COMO MEDIO PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL DEL JOVEN DEFICIENTE MENTAL” Editorial: Instituto Cabred Edición: 2001, Córdoba, Argentina.**
- **Morales Córdoba, Jesús. “MANUAL DE RECREACIÓN FÍSICA”. Editorial: Limusa. Edición 1992, México**
- **Cutrera, Juan Carlos. “RECREACIÓN: FUNDAMENTOS, DIDÁCTICA Y RECURSOS”. Editorial: Stadium. Edición: 1997**
- **Espinosa Rabanal, Almudena y otros. “IGUALES PERO DIFERENTES, UN MODELO DE INTEGRACIÓN EN EL TIEMPO LIBRE”, Editorial: Popular. Edición: 1995, Madrid, España**
- **Jiménez, Luis Rodolfo (1999): Texto de Terapia Ocupacional**

- **Lilia Nakayama Prof. Y Lic. En Educación Física. Técnica Superior en Recreación y Tiempo Libre. Córdoba. Argentina**
- **Cita web(es.wikipedia.org/wiki/Ocio)**
- **Hilda Cañeque. Juego y Vida. Ed. El Ateneo: Buenos Aires, 1991. Págs. 9-12, 25, 33**
- **Bell, Rodríguez Rafael: Sublime Profesión de Amor, Editorial Pueblo y Educación, Ciudad de La Habana, 1996.**

ANEXOS



ESCUELA POLITECNICA DEL EJERCITO
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
CARRERA DE LA ACTIVIDAD FISICA DEPORTES Y RECREACION

**FICHA DE OBSERVACION DE ACTIVIDADES RECREATIVAS DURANTE
TRATAMIENTO TERAPEUTICO**

Objetivo: Constatar la participación de los pacientes con enfermedad mental, en las actividades recreativas que se realizan en el hospital psiquiátrico Julio Endara.

AREA DE ENTRETENIMIENTO Y AFICIONES

ORDEN	NIVEL DE ACEPTACION	PARTICIPACION	GUSTO Y REFERENCIAS	MOTIVACION
5	EXCELENTE	EXCELENTE	EXCELENTE	EXCELENTE
4	MUY BUENO	MUY BUENO	MUY BUENO	MUY BUENO
3	BUENO	BUENO	BUENO	BUENO
2	REGULAR	REGULAR	REGULAR	REGULAR
1	MALO	MALO	MALO	MALO

AREA AL AIRE LIBRE

ORDEN	NIVEL DE ACEPTACION	PARTICIPACION	GUSTO Y REFERENCIAS	MOTIVACION
5	EXCELENTE	EXCELENTE	EXCELENTE	EXCELENTE
4	MUY BUENO	MUY BUENO	MUY BUENO	MUY BUENO
3	BUENO	BUENO	BUENO	BUENO
2	REGULAR	REGULAR	REGULAR	REGULAR
1	MALO	MALO	MALO	MALO

AREA LUDICA

ORDEN	NIVEL DE ACEPTACION	PARTICIPACION	GUSTO Y REFERENCIAS	MOTIVACION
5	EXCELENTE	EXCELENTE	EXCELENTE	EXCELENTE
4	MUY BUENO	MUY BUENO	MUY BUENO	MUY BUENO
3	BUENO	BUENO	BUENO	BUENO
2	REGULAR	REGULAR	REGULAR	REGULAR
1	MALO	MALO	MALO	MALO

AREA CONMEMORATIVA

ORDEN	NIVEL DE ACEPTACION	PARTICIPACION	GUSTO Y REFERENCIAS	MOTIVACION
5	EXCELENTE	EXCELENTE	EXCELENTE	EXCELENTE
4	MUY BUENO	MUY BUENO	MUY BUENO	MUY BUENO
3	BUENO	BUENO	BUENO	BUENO
2	REGULAR	REGULAR	REGULAR	REGULAR
1	MALO	MALO	MALO	MALO

AREA LITERARIA

ORDEN	NIVEL DE ACEPTACION	PARTICIPACION	GUSTO Y REFERENCIAS	MOTIVACION
5	EXCELENTE	EXCELENTE	EXCELENTE	EXCELENTE
4	MUY BUENO	MUY BUENO	MUY BUENO	MUY BUENO
3	BUENO	BUENO	BUENO	BUENO
2	REGULAR	REGULAR	REGULAR	REGULAR
1	MALO	MALO	MALO	MALO

AREA FISICO DEPORTIVA

ORDEN	NIVEL DE ACEPTACION	PARTICIPACION	GUSTO Y REFERENCIAS	MOTIVACION
5	EXCELENTE	EXCELENTE	EXCELENTE	EXCELENTE
4	MUY BUENO	MUY BUENO	MUY BUENO	MUY BUENO
3	BUENO	BUENO	BUENO	BUENO
2	REGULAR	REGULAR	REGULAR	REGULAR
1	MALO	MALO	MALO	MALO

AREA ARTISTICA

ORDEN	NIVEL DE ACEPTACION	PARTICIPACION	GUSTO Y REFERENCIAS	MOTIVACION
5	EXCELENTE	EXCELENTE	EXCELENTE	EXCELENTE
4	MUY BUENO	MUY BUENO	MUY BUENO	MUY BUENO
3	BUENO	BUENO	BUENO	BUENO
2	REGULAR	REGULAR	REGULAR	REGULAR
1	MALO	MALO	MALO	MALO

AREA SOCIAL

ORDEN	NIVEL DE ACEPTACION	PARTICIPACION	GUSTO Y REFERENCIAS	MOTIVACION
5	EXCELENTE	EXCELENTE	EXCELENTE	EXCELENTE
4	MUY BUENO	MUY BUENO	MUY BUENO	MUY BUENO
3	BUENO	BUENO	BUENO	BUENO
2	REGULAR	REGULAR	REGULAR	REGULAR
1	MALO	MALO	MALO	MALO

AREA ACUATICA

ORDEN	NIVEL DE ACEPTACION	PARTICIPACION	GUSTO Y REFERENCIAS	MOTIVACION
5	EXCELENTE	EXCELENTE	EXCELENTE	EXCELENTE
4	MUY BUENO	MUY BUENO	MUY BUENO	MUY BUENO
3	BUENO	BUENO	BUENO	BUENO
2	REGULAR	REGULAR	REGULAR	REGULAR
1	MALO	MALO	MALO	MALO

AREA MANUAL

ORDEN	NIVEL DE ACEPTACION	PARTICIPACION	GUSTO Y REFERENCIAS	MOTIVACION
5	EXCELENTE	EXCELENTE	EXCELENTE	EXCELENTE
4	MUY BUENO	MUY BUENO	MUY BUENO	MUY BUENO
3	BUENO	BUENO	BUENO	BUENO
2	REGULAR	REGULAR	REGULAR	REGULAR
1	MALO	MALO	MALO	MALO



ESCUELA POLITECNICA DEL EJERCITO
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
CARRERA DE LA ACTIVIDAD FISICA DEPORTES Y RECREACION

CUESTIONARIO DE EVALUACION DEL ESTADO MENTAL DEL PACIENTE

Marque con una (X) el estado mental del pacientes, inicial a las Actividades recreativas y final a las Actividades recreativas. Tomando en cuenta una escala la cual determina, que 1= Malo. 2= Regular, 3= Bueno, 4= Muy Bueno, 5=Excelente.

NOMBRE DEL PACIENTE.....

ETADO MENTAL.....

2. Nivel de encuadre con la realidad

CUES. INIC.	M	R	B	MB	E
CUE. FINAL.	M	R	B	MB	E

2. Reconocimiento de su esquema corporal

CUE. INIC.	M	R	B	MB	E
CUE. FINAL.	M	R	B	MB	E

3. Estado de salud general del paciente

CUE. INIC.	M	R	B	MB	E
CUE. FINAL.	M	R	B	MB	E

4. Comportamiento social, intercambio socio-afectivo con otros pacientes

CUE. INIC.	M	R	B	MB	E
CUE. FINAL.	M	R	B	MB	E

5. Estado de Orientación Temporo-espacial

CUE. INIC.	M	R	B	MB	E
CUE. FINAL.	M	R	B	MB	E

6. Nivel de autocontrol emocional

CUE. INIC.	M	R	B	MB	E
CUE. FINAL.	M	R	B	MB	E

7. Nivel de energía vital

CUE. INIC.	M	R	B	MB	E
CUE. FINAL.	M	R	B	MB	E

8. Adherencia al tratamiento psicofarmacológico

CUE. INIC.	M	R	B	MB	E
CUE. FINAL.	M	R	B	MB	E

9. Estado de Ánimo general

CUE. INIC.	M	R	B	MB	E
CUE. FINAL.	M	R	B	MB	E

10. Estado de Relajación y calma

CUE. INIC.	M	R	B	MB	E
CUE. FINAL.	M	R	B	MB	E

.....
.....
.....
.....

