

# TERAPEUTAS OCUPACIONALES: 10 AÑOS AL SERVICIO DE LA SALUD MENTAL



## **MARTHA CECILIA ATEHORTUA RESTREPO**

Terapeuta Ocupacional  
Terapeutas Ocupacionales  
Fundación Clínica Valle del Lili  
Universidad del Valle  
matehortuar@telesat.com.co

## **MARÍA DEL ROSARIO TASCÓN ROJAS**

Terapeuta Ocupacional  
Terapeutas Ocupacionales  
Fundación Clínica Valle del Lili  
maderotas@telesat.com.co

TERAPEUTAS OCUPACIONALES  
UNIDAD DE NEUROCIENCIAS – FUNDACIÓN CLÍNICA VALLE DEL LILI  
UNIVERSIDAD DEL VALLE



## **Palabras claves**

- Salud mental
- Terapia
- Rehabilitación
- Calidad de vida
- Uso terapéutico
- Actividad.



## **Resumen**

El presente trabajo buscó sistematizar a través de una investigación cualitativa el resultado de 10 años de experiencia de la institución TERAPEUTAS OCUPACIONALES, la cual presta servicios de salud mental en la ciudad de Cali y todo el proceso que se siguió al abordar: inicialmente grupos heterogéneos en la modalidad de centro día, pasando por cambio en la intensidad horaria, para finalmente llegar a gru-

pos homogéneos, con horarios y programas estructurados con base en diferentes modelos y marcos de referencia. Es en esta fase donde se consolidan los logros no solo para los pacientes, sino para la profesión, al ver reflejado una evolución favorable en todos los aspectos que conforman el desempeño ocupacional y como ellos experimentan el logro parcial o total de los objetivos propuestos al inicio de la

intervención individual y grupal, esta última teniendo como base la inclusión en 1 de los 7 grupos creados de acuerdo a las características de la población a intervenir: 1. niños, 2. adolescentes, 3. personas con diagnóstico de

trastornos del estado del ánimo y ansiedad, 4. personas con diagnóstico de trastornos psicóticos en fase aguda, 5. club de ocio, 6. personas con demencias, 7. psicoeducación a pacientes, familiares y cuidadores.



## I. Métodos

La presente investigación cualitativa pretende analizar e interpretar los resultados obtenidos y la percepción de los pacientes con diferentes diagnósticos de enfermedad mental, a los cuales se les realizaron diversos abordajes terapéuticos.

A continuación plantearemos las etapas por las cuales ha pasado la institución desde su formación, las modificaciones que se han realizado y finalmente entraremos en detalle de los programas que actualmente funcionan, su metodología e impacto en los usuarios.

### ETAPA I

Se realizaron abordajes individuales y grupales en la modalidad de centro de atención diurna, sin tener en cuenta el género, edad, condición socioeconómica o diagnóstico; esto por la modalidad y el volumen de pacientes, pero el abordaje era tórpido, sin claridad en la metodología y objetivos terapéuticos individuales y por ende los resultados obtenidos eran escasos y al azar. Al interior del grupo la población era incompatible, en lugar de colaborar terapéuticamente entorpecían el proceso, se irritaban entre

ellos y les daba temor e incertidumbre el saber si su evolución sería como la de los integrantes con Trastorno Mental Severo; esta fase tuvo una duración de dos años.

Teniendo en cuenta esto y la escasez de recursos humanos y económicos por la fase de iniciación de la institución fue necesario pasar a la modalidad de manejo ambulatorio y grupos homogéneos.

### ETAPA II

Se continúa con una fase que duró 3 años en donde con los grupos homogéneos de manejo ambulatorio aparece la necesidad de modificar las estrategias terapéuticas para que estas estén acordes a las necesidades puntuales de diagnósticos y características sociodemográficas de la población y aunque algunas actividades son las mismas con diversos niveles de exigencia, hay otras que son incompatibles en los diferentes grupos.

### ETAPA III

Con el planteamiento de programas específicos de acuerdo a las necesidades individuales y la estructuración de los horarios, se inicia el proceso de

dar a conocer a los otros profesionales que laboran en salud mental y potenciales remitidores las características de estos grupos, usuarios potenciales, logros esperados y criterios de remisión, lo cual se realizó a través de material escrito y charlas.

Con este proceso de evolución planteado, entraremos en detalle del abordaje realizado actualmente, sus características, metodología y logros obtenidos:

## 1. Diseño

**1.1. NÚMERO DE GRUPOS:** Se detectó la necesidad de establecer grupos de acuerdo a la edad, diagnóstico médico y estado de la enfermedad. Dichos grupos son:

- **Grupo 1: DE NIÑOS.** Inicio su funcionamiento hace 2 años, por demanda del entorno.
- **Grupo 2: DE ADOLESCENTES.** Inicio su funcionamiento hace 2 años, por demanda del entorno.
- **Grupo 3: PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS DEL ESTADO DEL ÁNIMO Y ANSIEDAD.** Inicio su funcionamiento hace 5 años y continúa en la actualidad.
- **Grupo 4: PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS PSICÓTICOS EN FASE AGUDA.** Inicio su funcionamiento hace 5 años, pero por la poca demanda se cerró hace 2 años.
- **Grupo 5: CLUB DE OCIO.** Inicio su funcionamiento hace 5 años y continúa en la actualidad.
- **Grupo 6: DE PERSONAS CON DEMENCIAS.** Inicio su funcionamiento hace 2 años, por demanda del entorno.
- **Grupo 7: PSICOEDUCACIÓN A PACIENTES, FAMILIARES Y CUIDADORES.** Inicio su funcionamiento hace 5 años y continúa en la actualidad.

## 1.2. CRITERIO DE ELECCIÓN DE PARTICIPANTES

- **Edad:** Con relación a la edad solamente se tiene en cuenta para los grupos 1, 2 y 6 por las características de las patologías, los intereses y las demandas de interacción propias de cada etapa y con respecto al sexo no se creó ningún tipo de discriminación.
- **Apoyo familiar:** solo es un requisito para ingresar en el grupo 1 y a los demás grupos solo se les insiste en la importancia de una participación activa para una mejor evolución.

- **Hábitat y condición socioeconómica:** Son características que no se tomaron como criterios de selección, sin embargo el hecho de contar con un servicio de salud o la capacidad adquisitiva para acceder al servicio crea una condición indirecta.
- **Numero de integrantes por grupo:** 8-10 personas por grupo, excepto el grupo 7 en donde los integrantes admitidos llega hasta 30.
- **Criterios de selección:** los siguientes son criterios de ubicación en diferentes grupos:
  - **Grupo 1: DE NIÑOS.** Con edades entre 5 y 11 años, con identificación de otros especialistas o de su familia de alteraciones psicosociales, disposición de participar en la Terapia y con mínimo un acudiente mayor de edad.
  - **Grupo 2: DE ADOLESCENTES.** Con diagnósticos Médicos de Trastornos de la conducta alimentaria y/o trastornos adaptativos, con pérdida temporal o permanente del rol académico, con dificultades en las habilidades sociales.
  - **Grupo 3: DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO Y TRASTORNOS DE ANSIEDAD.** Con pérdida temporal del rol laboral, que tengan abordaje por Psiquiatría, Psicología y/o Terapia de Familia, que no tengan sintomatología psicótica, con dificultades en las habilidades sociales.
  - **Grupo 4: PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS PSICÓTICOS EN FASE AGUDA.** Que asistieran a Terapia Ocupacional (con o sin ayuda), que contaran con manejo Médico Especializado (Psiquiatra), con sintomatología positiva, con deterioro en la ejecución de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, no adquisición o pérdida del rol académico y/o laboral, escasa o nula socialización.
  - **Grupo 5: CLUB DE OCIO.** Personas con pérdida definitiva de su rol laboral, con sintomatología depresiva o trastornos psicóticos con síntomas negativos, con dificultades en las habilidades sociales y en las actividades de la vida diaria instrumentales.
  - **Grupo 6. DE PERSONAS CON DEMENCIAS.** Adultos mayores, con diagnóstico Médico de cualquier tipo de Demencia o con pérdida de la memoria que interfiera en su independencia, con valoración Neurológica, Neuropsiquiátrica y Neuropsicológica.
  - **Grupo 7: PSICOEDUCACIÓN A PACIENTES, FAMILIARES Y CUIDADORES.** Personas que participen activamente del cuidado de sus familiares o pacientes, disponibilidad de tiempo y capacidad de poner en práctica las recomendaciones dadas en el proceso de psicoeducación.

## 2. Diseño

**2.1. NÚMERO DE GRUPOS:** Se detectó la necesidad de establecer grupos de acuerdo a la edad, diagnóstico médico y estado de la enfermedad. Dichos grupos son:

- **Grupo 1: DE NIÑOS.** Inicio su funcionamiento hace 2 años, por demanda del entorno.
- **Grupo 2: DE ADOLESCENTES.** Inicio su funcionamiento hace 2 años, por demanda del entorno.
- **Grupo 3: PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS DEL ESTADO DEL ÁNIMO Y ANSIEDAD.** Inicio su funcionamiento hace 5 años y continua en la actualidad.
- **Grupo 4: PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS PSICÓTICOS EN FASE AGUDA.** Inicio su funcionamiento hace 5 años, pero por la poca demanda se cerro hace 2 años.
- **Grupo 5: CLUB DE OCIO.** Inicio su funcionamiento hace 5 años y continua en la actualidad.
- **Grupo 6: DE PERSONAS CON DEMENCIAS.** Inicio su funcionamiento hace 2 años, por demanda del entorno.
- **Grupo 7: PSICOEDUCACIÓN A PACIENTES, FAMILIARES Y CUIDADORES.** Inicio su funcionamiento hace 5 años y continua en la actualidad.

## 2.2. CRITERIO DE ELECCIÓN DE PARTICIPANTES

- **Edad:** Con relación a la edad solamente se tiene en cuenta para los grupos 1, 2 y 6 por las características de las patologías, los intereses y las demandas de interacción propias de cada etapa y con respecto al sexo no se creo ningún tipo de discriminación.
- **Apoyo familiar:** solo es un requisito para ingresar en el grupo 1 y a los demás grupos solo se les insiste en la importancia de una participación activa para una mejor evolución.
- **Hábitat y condición socioeconómica:** Son características que no se tomaron como criterios de selección, sin embargo el hecho de contar con un servicio de salud o la capacidad adquisitiva para acceder al servicio crea una condición indirecta.
- **Número de integrantes por grupo:** 8-10 personas por grupo, excepto el grupo 7 en donde los integrantes admitidos llega hasta 30.
- **Criterios de selección:** los siguientes son criterios de ubicación en diferentes grupos:
  - **Grupo 1: DE NIÑOS.** Con edades entre 5 y 11 años, con identificación de otros especialistas o de su familia de alteraciones psico-

sociales, disposición de participar en la Terapia y con mínimo un acudiente mayor de edad.

- **Grupo 2: DE ADOLESCENTES.** Con diagnósticos Médicos de Trastornos de la conducta alimentaria y/o trastornos adaptativos, con pérdida temporal o permanente del rol académico, con dificultades en las habilidades sociales.
- **Grupo 3: DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO Y TRASTORNOS DE ANSIEDAD.** Con pérdida temporal del rol laboral, que tengan abordaje por Psiquiatría, Psicología y/o Terapia de Familia, que no tengan sintomatología psicótica, con dificultades en las habilidades sociales.
- **Grupo 4: PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS PSICÓTICOS EN FASE AGUDA.** Que asistieran a Terapia Ocupacional (con o sin ayuda), que contaran con manejo Médico Especializado (Psiquiatra), con sintomatología positiva, con deterioro en la ejecución de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, no adquisición o pérdida del rol académico y/o laboral, escasa o nula socialización.
- **Grupo 5: CLUB DE OCIO.** Personas con pérdida definitiva de su rol laboral, con sintomatología depresiva o trastornos psicóticos con síntomas negativos, con dificultades en las habilidades sociales y en las actividades de la vida diaria instrumentales.
- **Grupo 6. DE PERSONAS CON DEMENCIAS.** Adultos mayores, con diagnóstico Médico de cualquier tipo de Demencia o con pérdida de la memoria que interfiera en su independencia, con valoración Neurológica, Neuropsiquiátrica y Neuropsicológica.
- **Grupo 7: PSICOEDUCACIÓN A PACIENTES, FAMILIARES Y CUIDADORES.** Personas que participen activamente del cuidado de sus familiares o pacientes, disponibilidad de tiempo y capacidad de poner en práctica las recomendaciones dadas en el proceso de psicoeducación.

### 3. Formación de los grupos

---

**3.1. Contacto:** Por remisión de otro profesional, referencia de otros pacientes o familiares. En el caso de remisión de otro profesional, ellos cuentan con un formato de remisión previamente entregado en donde registran las necesidades detectadas por ellos (ver anexo 1).

**3.2. Lugar:**

Consultorio	Sala múltiple
Taller	Cocina
Sitios públicos	

### 3.3. Tiempo:

**Valoración inicial o periódica:**

90 minutos

**Sesiones individuales:**

45 minutos de acuerdo a las necesidades

**Sesiones grupales:**

2 horas 2, 3 ó 5 veces por semana de acuerdo al grupo (ver tabla 1)

**Actividades psicoeducativas:**

2 horas cada 2 meses

**Actividades sociales y culturales:**

4 horas cada 3 meses

**Culinaria:**

4 horas cada mes

## 4. Funcionamiento de los grupos

A través de cuadros y explicación de datos plantearemos la estructura del grupo y posteriormente haremos referencia a la parte conceptual.

**Tabla Nº 1. HORARIO DE SESIONES INDIVIDUALES Y GRUPALES**

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
8:00-10:00	Demencias	Sesiones Individuales	Demencias	Sesiones Individuales	Demencias	Psicoeducación
10:00-12:00	Tx. psicóticos	Relajación	Tx. psicóticos	Relajación	Tx. psicóticos	
2:00-4:00	Club de Ocio	Club de Ocio	Club de Ocio	Club de Ocio	Club de Ocio	
4:00-6:00	Tx del Estado del Animo / Ansiedad	Adolescentes	Tx del Estado del Animo	Adolescentes	Tx del Estado del Animo / Ansiedad	

En la anterior tabla se encuentran los horarios estructurados por grupo de pacientes y en la siguiente el tipo de actividades que tiene como alternativa para realizar cada grupo.

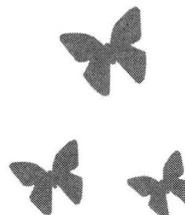


Tabla N° 2. ACTIVIDADES POR GRUPO

ACTIVIDADES		GRUPO 1: Niños	GRUPO 2: Adolescentes	GRUPO 3: Tx. Estado del ánimo y ansiedad	GRUPO 4: Tx. psicóticos	GRUPO 5: Club de ocio	Grupo 6: Demencias	GRUPO 7: Psicoeducación
ACTIVIDAD PROYECTO	Talla y pintura en madera		X	X	X	X		
	Cerámica			X		X	X	
	Country		X	X	X	X	X	
	Fommy		X	X		X	X	
	Servilletas		X	X		X		
	Cabuya			X		X		
	Balcones paisas			X	X	X		
	Tarjetería			X		X	X	
	Lencería			X		X	X	
	Muñequería			X		X		
JUEGOS DE MESA	Vitrales			X		X		
	Parques		X	X	X	X	X	
	Domino		X	X		X	X	
	Cartas		X	X		X		
	Torre de Babel		X	X		X		
	Ruta		X					
	Rummi Q.		X	X		X		
	Ástucia Naval		X					
ACTIVIDADES LUDICAS	Línea 4		X					
	Plastilina	X						
	Dibujo	X						
	Digitopintura	X						
	Juegos de Construcción	X						
ACTIVIDADES SOCIALES	Cine		X	X	X	X		
	Comidas	X	X	X	X	X		
	Paseos	X	X	X	X	X		
	Artes y culturales	X	X	X	X	X		
	CINE FORO		X	X				X
CULINARIA		X	X		X		X	
LECTURA GUIADA		X	X				X	
RELAJACIÓN		X	X				X	
CHARLAS Y TALLERES	X	X	X			X	X	
MATERIAL ESCRITO Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	X	X	X				X	
GUÍA DE BÚSQUEDA EN INTERNET	X	X	X				X	
ORIENTACIÓN VOCACIONAL		X	X			X		

**4.1. NORMAS DEL GRUPO:** A todos los participantes del grupo al ingreso se le dan a conocer las normas básicas de permanencia en éste, las cuales son:

- Participación voluntaria.
- Asistencia y puntualidad.
- Presentación personal.
- No usar vocabulario soez.
- No consumo de Sustancias Psicoactivas en la institución, ni previo a la asistencia.
- Respeto a integrantes del grupo y profesionales.
- Respeto a la institución y a los recursos materiales.
- Respeto por los bienes de los demás integrantes.
- No entablar relaciones personales e íntimas con ningún integrante del grupo.

**4.2. METODOLOGÍA POR GRUPOS:** La intervención general de todos los grupos se basa en:

- Evaluación del desempeño ocupacional.
- Motivar a la rehabilitación e identificar su importancia.
- Mejorar el funcionamiento autónomo y desenvolvimiento en la comunidad.
- Psicoeducación, aceptación de la enfermedad, auto administración del medicamento y prevención de recaídas.
- Habilidades de autocontrol y manejo del estrés.
- Entrenamiento en habilidades sociales básicas.
- Manejo del tiempo libre.
- Integración de los recursos de la comunidad y redes de apoyo.
- Involucrar a la familia como recurso y apoyo rehabilitador.
- Orientación vocacional.
- Actividades lúdicas.

Puntualmente por grupos la metodología esta encaminada a:

➤ **GRUPO 1 DE NIÑOS**

**MODELO DE INTERVENCIÓN:**

**MARCO DE REFERENCIA:** TERAPIA DE JUEGO RAZONABLE

**PERIODO DE ESTANCIA DE LOS PARTICIPANTES EN EL GRUPO:** 3 MESES

Con frecuencia es fácil observar como la conducta de los niños es variable y por tanto se afecta de forma directa por las situaciones del entorno; es aquí

en donde de acuerdo a esta etapa del ciclo vital la intervención terapéutica a través del juego, constituye la herramienta mas efectiva para el abordaje,

puesto que pretender que un niño encuentre salidas más estructuradas a sus conflictos internos es esperar algo que no ocurrirá. Es importante tener en cuenta que los niños pueden presentar problemas que requieran de atención especializada, pero que estos no necesariamente se clasifican como trastornos mentales.

Para describir el manejo a través de la Terapia de juego razonable empezaremos por hablar que se realiza inicialmente un manejo individual, luego con pares, progresando hacia un grupo cooperativo pequeño, buscando con esto crear y mantener un vínculo de confianza; la terapia está indicada en niños con una amplia gama de alteraciones en el comportamiento tales como hostilidad, aislamiento, manipulación, ansiedad, fobias o respuestas inadaptadas a situaciones de tensión, la mínima consideración a tener en cuenta para su implementación es que el niño pueda someterse a los estímulos sociales y a los controles, por esta razón un niño que se encuentre tan aislado que no le interese jugar no se vera beneficiado con este enfoque, que incluye:

1. La ganancia de aprobación y para esto se debe crear una situación en la que el niño con un problema aprenda a sentir que se interesan en él y lo aprueban, cuando se realiza este paso se debe tener claro que el niño debe satisfacer unas condiciones para ganarse la aprobación, por esto no se puede tener una consideración positiva incondicional.
2. El establecimiento de límites, donde se debe tener una regla básica que debe mantenerse a lo largo de la intervención y es **Jamás manifestar un límite que no se pueda imponer**, para esto se describe al niño de una manera amable las reglas generales antes de la primera sesión, estas se refieren al respeto por el Terapeuta, al cuidado del lugar y al cuidado del material o equipo empleado en los juegos, se debe crear compromiso en el niño haciéndolo un miembro activo y mostrarle que debe hacer su parte en beneficio de cualquier proyecto que se le entregue incluyendo la Terapia, se debe pedir al niño que ayude a limpiar y ordenar los materiales utilizados, esto debe ser de acuerdo a su edad, fuerza y habilidades domésticas, aquí el terapeuta debe hacer un manejo hábil evitando así que la situación se torne traumática.

Se debe instaurar un modelo de cooperación amigable no solo para manejar lo relacionado con el establecimiento de límites, sino extensivo a toda la intervención, se debe tener en cuenta que en el juego el Terapeuta es compañero del niño y no un observador pasivo o un vigilante que espera siempre hacer evidentes las fallas de este, los juegos que se incluyen para que el niño comience a entender y manejar los sentimientos más adecuadamente y a identificar que situaciones le ocasionan problemas particulares son: títeres de dedal, familias de muñecos, barro para modelar que se puede cambiar por plastilina u otro material que se adapte a estas características.

## ➤ GRUPO 2 DE ADOLESCENTES

**MODELO DE INTERVENCIÓN:** MODELO DE LA OCUPACIÓN HUMANA

**MARCO DE REFERENCIA:** CONDUCTUAL Y COGNITIVO-CONDUCTUAL

**PERIODO DE ESTANCIA DE LOS PARTICIPANTES EN EL GRUPO:** 6 MESES

La sociedad en general ve en esta población la esperanza de la fuerza productiva del futuro, por tal razón, cuando en esta etapa del ciclo vital aparecen alteraciones en el área psicosocial, la tendencia es a asociarlo a la crisis de identidad propia de la edad y en situaciones como la deserción académica con frecuencia se atribuye a la búsqueda de identidad que acompaña a la crisis anteriormente mencionada, estas reacciones del entorno posiblemente se dan como una forma inicial de negar la existencia de un problema; sin embargo estos factores hacen que el manejo de los hábitos, roles, intereses y valores en personas adolescentes requiera de un abordaje terapéutico estratégico, dinámico y en conjunto con todos los miembros del equipo, que atenúe los cambios permanentes propios de esta etapa, el cual incluye intervención en las áreas de Volición, habituación y capacidad de desempeño

**1. VOLICIÓN:** Las acciones iniciales apuntan con frecuencia a fortalecer la motivación, puesto que en la escala jerárquica que propone el Modelo de la ocupación Humana es el más elevado teniendo en su interior aspectos como:

**A.** La causalidad personal y con este el sentido de eficiencia o de capacidad personal, importancia o valor que se da a lo que uno

hace, goce o satisfacción que se experimenta al hacer cosas

**B.** Los intereses en los adolescentes que presentan alteraciones en el área psicosocial se ven afectados, llevando a estos a mostrarse en ocasiones indiferentes ante las propuestas del entorno familiar y social, para no adquirir compromisos, por esto la importancia del uso de actividades que involucren la lúdica a través de juegos de mesa y la realización de actividades sociales.

**C.** Los valores para esto se trabaja permanentemente: el respeto de normas y límites, el respeto a la figura de autoridad, la tolerancia y el respeto por las características individuales y en pacientes con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria se promueve la identificación de valores que son importantes para ellos y para otros, mejorando así su autoconcepto y reforzándolo continuamente a través de actividades como modelado de figura humana en barro o plastilina.

**2. HABITUACIÓN:** La frecuente pérdida del rol académico los sitúa en la sociedad en una posición de desventaja frente a otros adolescentes, provocando temor a adquirir nuevamente este rol, es aquí cuando a

través de las actividades proyecto se facilita la adquisición de roles productivos y la creencia en sus habilidades al respecto.

Los hábitos aunque en la mayoría de los casos no se pierden, se ven alterados por la disminución en las exigencias de tiempo dentro de las rutinas que continúan teniendo, por esto independiente de la actividad que se este ejecutando dentro del grupo se hacen exigencias de puntualidad, tiempo de realización y reforzamiento continuo de la importancia de mantener hábitos saludables en la vida cotidiana, este aspecto en los pacientes con diagnóstico de trastorno de conducta alimentaria se aborda teniendo en cuenta que estos presentan distorsiones de la imagen corporal, hábitos y conductas alimenticias patológicas lo que hace que manejen niveles de ansiedad altos, al ser

expuestos a exigencias relacionadas con el cambio de estas conductas, es importante el acercamiento gradual a estos aspectos puesto que la confrontación inicial esta contraindicada por aumentar las posibilidades de deserción del programa, se inicia con desensibilización realizando listas de compra de alimentos y posteriormente actividad de culinaria

3. Para favorecer la capacidad de desempeño en las actividades, se realiza el proceso de orientación vocacional que combina la exploración de intereses y habilidades buscando el retorno al rol académico o el cambio de elección vocacional en caso de requerirse, para este fin se utiliza una entrevista estructurada, el test de investigación autodirigida de John Holland y la realización de una actividad proyecto.

### ➤ **GRUPO 3 DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO Y TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

**MODELO DE INTERVENCIÓN:** MODELO DE LA OCUPACIÓN HUMANA Y CENTRADO EN EL CLIENTE.

**MARCOS DE REFERENCIA:** CONDUCTUAL, COGNITIVO-CONDUCTUAL E INTERPERSONAL.

**PERIODO DE ESTANCIA DE LOS PARTICIPANTES EN EL GRUPO:** 4 MESES

Teniendo en cuenta que los pacientes que pertenecen a este grupo han tenido un fracasado intento de adaptarse a los cambios del entorno y a los factores estresante sociales, nos basamos en algunos aspectos planteados por el marco interpersonal como son:

- Los vínculos emocionales juegan un papel importante en el desarrollo del individuo.
- Una relación interpersonal fiable es una protección eficaz contra la aparición de estos síntomas.
- Factores estresante crónicos sociales o interpersonales (incluidos los

familiares) favorecen la aparición de estos síntomas.

- La aparición de síntomas aumenta el deterioro de las competencias sociales y de la comunicación, convirtiéndose en un círculo vicioso.

A continuación se presentan las 2 guías de manejo que se utilizan dependiendo de las necesidades y características del paciente:

1. En la primera se utilizan las siguientes estrategias:

- A.** Implementación de actividades con propósito de forma individual para identificar y orientar los aspectos de personalidad que influyen en las habilidades y temores sociales.
- B.** Implementación de actividades con propósito de forma grupal para abordar las habilidades sociales teniendo en cuenta la exposición y refuerzo proveniente del entorno.
- C.** Promover las actividades básicas de autoayuda utilizando un registro de actividades y estados de ánimo que se asocian a cada una, a lo largo del día en un plan semanal, teniendo en cuenta los diversos hábitos y roles con que cuenta el paciente, para así identificar cuales factores del entorno facilitan o entorpecen el proceso y la viabilidad de modificarlos.
- D.** Entrenamiento en relajación para promover el aprendizaje de nuevas habilidades, facilitar el interés por actividades que an-

teriormente se disfrutaban y disminuir la aversión a eventos que le resulten desagradables; todo esto teniendo en cuenta si afectan o no el desempeño ocupacional.

- E.** Organización de actividades positivas donde se hace consciente, refuerza y facilitan actividades de interés para que se retome la capacidad de disfrutar en un ambiente protegido.
- F.** Basándose en el análisis del comportamiento hacer conciente y modificar las ideas automáticas introyectadas que afectan el desempeño en tareas rutinarias y por ende el desempeño ocupacional.
- G.** Mejorar la calidad y cantidad de interacciones sociales basado en un programa de entrenamiento en habilidades sociales que incluya: comunicación efectiva, capacidad de iniciar y mantener conversaciones, relación con la autoridad, expresión de sentimientos positivos, discriminar asertividad y agresividad, aprender a decir que NO, desarrollar autoestima, comprensión y utilización de la comunicación no verbal, capacidad de integración a grupos, abordaje de la dificultad para hacer peticiones y autoexposición frente al grupo.
- H.** Identificar síntomas de recaída y medidas preventivas para ello.
- I.** Visualizar el desempeño ocupacional en su totalidad y orientar la adquisición de habilidades no logradas y deseadas por el paciente.

2. En la segunda se utilizan estrategias con un mayor enfoque cognitivo:
  - A. Actividad psicoeducativa que incluya explicación del diagnóstico, intervenciones realizadas, intervención a realizar y para que, relación entre los pensamientos, sentimientos y conducta, percepciones y pensamientos distorsionados.
  - B. Orientación a la familia con respecto a la patología, abordajes y como ayudar en el proceso.
  - C. Identificar y valorar periódicamente riesgo suicida, teniendo en cuenta los indicios en el comportamiento, en la anamnesis, sospechas clínicas, condiciones interpersonales, ambientales y sociodemográficas.
  - D. Identificar y valorar elaboración de algún duelo, fase en la que se encuentra y si este es patológico.
  - E. Auto registro de actividades y estados de ánimo asociados, para diligenciar a lo largo del día y así verificar horarios de mayor sintomatología y como esta se asocia a actividades o interacciones, para plantear los recursos a utilizar como abordaje.
  - F. Actividades grupales donde al final se identifiquen y posteriormente (en otras sesiones) se modifiquen pensamientos, sentimientos, conductas e ideas sobrevaloradas y poco adaptativas que el paciente tiene de forma inconsciente en actividades rutinarias y en interacción sociales y como estas afectan su desempeño ocupacional. Esta misma estrategia se utiliza repetidamente para lograr que la ejecute automáticamente y la introyecte.

➤ **GRUPO 4 DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS PSICÓTICOS EN FASE AGUDA**

**MODELO DE INTERVENCIÓN:** MODELO DE LA OCUPACIÓN HUMANA Y MODELO DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE TERAPIA OCUPACIONAL.

**MARCOS DE REFERENCIA:** CONDUCTUAL.

**PERIODO DE ESTANCIA DE LOS PARTICIPANTES EN EL GRUPO:** 2 AÑOS

Este grupo de paciente ha tenido una disrupción en sus áreas del desempeño, como reflejo de sus componentes psicosocial y cognitivo y los contextos de ejecución generalmente no favorecen su recuperación y mantenimiento dentro de la comunidad, por esto la intervención debe realizarse en sus

diferentes entornos y todas las actividades realizadas debe con y desde el desempeño ocupacional. Las estrategias planteadas son:

1. Establecimiento de la relación terapéutica, puesto que en esta población este factor es de vital importa-

- ción para la confianza y credibilidad del abordaje.
2. Promover en el paciente satisfacción personal y creencia en si mismo para que se perciba como un ente activo dentro del proceso.
  3. Actividades proyecto para mejorar la integración yoica.
  4. Cuando existen déficits cognitivos se realizan:
    - A. Técnicas activas, directivas, concretas y estructuradas, pero flexibles a cada individuo.
    - B. Con instrucciones diversas: verbales, escritas, demostrativas (por ejemplo videos).
    - C. Que sean sencillas, claras, con repeticiones frecuentes y retroalimentación y refuerzos positivos.
  5. Modificar la vulnerabilidad psicótica a través de:
    - A. Entrenamiento en resolución de problemas.
    - B. Entrenamiento en manejo de las emociones en situaciones sociales estresantes.
  6. Reducción de factores estresante socioambientales a través de:
    - A. Ayudar a crear un reforzador o red social de apoyo.
    - B. Desarrollo de habilidades para manejo de relaciones interpersonales básicas, teniendo en cuenta que se deben aumentar los beneficios de las interacciones y disminuir el riesgo de respuestas estresantes.
  7. Desarrollo de factores protectores contra la vulnerabilidad:
    - A. Conocimiento y aceptación de la enfermedad, tratamientos, medicamentos y sus efectos adversos y rehabilitación.
    - B. Autoobservarse para identificar los factores de estrés o situaciones que anteceden la aparición de las alucinaciones.
    - C. Identificar pensamientos y sentimientos de esas situaciones.
  8. Cuando hay manifestaciones psicóticas residuales evidenciadas en síntomas positivos y ningún tipo de abordaje ha surtido efecto debe abordarse la deficiencia (síntomas) a través de:
    - A. Condicionamiento operante: no reforzar a través de preguntas o comentarios la verbalización del paciente de sus alucinaciones y se le refuerza cuando hable de sus pensamientos. Adicionalmente instruir a la familia al respecto.
    - B. Estrategias de control de las alucinaciones:
      - Utilizar cambios de comportamientos: iniciar una actividad que lo distraiga o cambiar la que está realizando.
      - Modificar el estímulo sensorial que esta recibiendo: poner música, cambiar el programa de televisión.
  9. Identificar y abordar tensión emocional familiar.

- Acciones sobre los pensamientos: no prestar atención a las voces, concentrarse en otros pensamientos.
- Buscar una explicación más racional de las alucinaciones.
- Reforzar conciencia de enfermedad mental por que esto les

permite sentir que su enfermedad esta bajo su control y no de fuerzas externas.

9. Los logros de cada una de las estrategias se extrapola a las actividades de la vida diaria, ocio, productivas y vocacionales.

## ➤ GRUPO 5 CLUB DE OCIO

**MODELO DE INTERVENCIÓN:** MODELO DE LA OCUPACIÓN HUMANA Y MODELO DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE TERAPIA OCUPACIONAL.

**MARCOS DE REFERENCIA:** CONDUCTUAL Y COGNITIVO CONDUCTUAL.

**PERIODO DE ESTANCIA DE LOS PARTICIPANTES EN EL GRUPO:** 2 AÑOS

Los déficit de las personas con trastorno mental severo afectan de muchas formas el desempeño ocupacional, pero en este grupo en particular donde son los síntomas negativos un criterio de selección, evidenciados en la falta de motivación, asocialización, deterioro intelectual, anhedonia, apatía, falta de individualidad, ausencia de iniciativa, incapacidad para establecer planes futuros, pérdida de interés y en ocasiones tendencia a la sumisión, se les dificulta la adquisición y mantenimiento de una actividad económicamente productiva, donde el tipo de empleo y características del lugar se adecuen a sus necesidades.

El tiempo libre con que cuentan afecta desproporcionadamente el equilibrio necesario para el funcionamiento dentro de la comunidad como miembro productivo. Por esta razón el tiempo libre debe usarse para generar un mejoramiento de sus capacidades y por ende en su calidad de vida y de los que lo

rodean. El ocio les facilita, estimula, apoya y motiva para que conozcan y elijan entre varias posibilidades las más motivantes y adecuadas para mantenerse como miembro activo de la comunidad, con un rol productivo.

Superada la desmotivación del paciente hay que abordar el reconocimiento de sus limitaciones y la creencia que en muchos casos tienen de no poder superarlas; las experiencias negativas previas los llevan a desconfiar de sus posibilidades, pero la ejecución continua y con garantías de logro los llevan no solo a valorar el resultado, sino que desarrollan autocrítica del proceso. Todo lo anterior se interviene a través de:

1. A través de actividades proyecto individuales favorecer la estructuración yoica, el contacto con la realidad, el desarrollo de habilidades básicas y ejecución de actividades productivas que le permitan tener la sensación de logro y efectividad.

2. A través de actividades proyecto grupales favorecer interacción y comunicación en un espacio físico diferente al familiar, pero que sea seguro y protegido.
3. Detectar y prevenir factores de riesgo de recaídas e institucionalización a través del abordaje realizado, pero también de la educación a la familia.
4. Mejorar actividades de la vida diaria (básicas e instrumentales) a través de señalamientos y de las exigencias directas e indirectas del entorno al asistir al tratamiento.
5. Valorar y promover hábitos preventivos y una posible orientación vocacional de acuerdo a:
  - A. Habilidades laborales básicas: asistencia, puntualidad, autocuidado y conductas adaptadas.
  - B. Aspectos volitivos: motivación e interés.
  - C. Aspectos cognitivos: atención, concentración, memoria, comprensión, seguimiento de instrucciones, resolución de problemas y capacidad de aprendizaje.
  - D. Habilidades centradas en la tarea: velocidad, calidad, iniciativa, habilidad para trabajar en equipo y cuidado de materiales.
  - E. Relaciones interpersonales: relación con compañeros, relación con jefes, iniciar y mantener conversaciones, aceptación de asesoramiento y supervisión.

## ➤ GRUPO 6 DE PERSONAS CON DEMENCIAS

**MODELO DE INTERVENCIÓN: MODELO DE LA DISCAPACIDAD COGNITIVA**

**MARCO DE REFERENCIA: COGNITIVO-PERCEPTIVO**

**PERIODO DE ESTANCIA DE LOS PARTICIPANTES EN EL GRUPO: 2 AÑOS**

El incremento en la esperanza de vida en nuestro país trae consigo la aparición de un mayor porcentaje de procesos patológicos como las Demencias, las cuales tienen implicaciones directas en los hábitos como factor determinante de la auto confianza y autoestima y por ende en la calidad de vida. Por esta razón el abordaje esta encaminado a:

1. Participación en un programa estructurado de psicoestimulación integral: que busca brindar un conjunto de estímulos acordes a las

capacidades, necesidades y motivaciones, generados de forma organizada con finalidad rehabilitadora en las siguientes áreas: orientación, lenguaje, praxias, gnosias, memoria y cálculo.

2. Planteamiento de actividades proyecto acorde a características, necesidades y habilidades y motivaciones pasadas que además de estructurar el tiempo sin ser amenazantes, resultan excelentes para el abordaje del tiempo libre en la institución y en

la casa, al dejar algunos pasos de tarea.

3. Adecuar el ambiente terapéutico para la intervención: condiciones de seguridad, señalizaciones, iluminación, música, orientación en tiempo y lugar.

4. Visita domiciliaria para:

A. Recomendar aditamentos y tecnología de asistencia para facilitar la ejecución de algunas actividades en las que se encuentre comprometida su realización por el componente cognitivo o motor.

B. Sugerir modificaciones de las actividades de autocuidado, higiene, vestido, alimentación, rutina del medicamento, sueño, uso del dinero, comunicación funcional, movilidad, actividades del hogar y de ocio.

C. Recomendar las modificaciones y adaptaciones básicas en el hogar para garantizar la seguridad y promover la filosofía de **prevenir antes que enseñar**, con aspectos tales como: atributos y adaptaciones, indicaciones y contraindicaciones de señalización, iluminación, mobiliario, paredes, puertas, ventanas, pasamanos, gradas, pasillos, balcones, terrazas, baños, cocina y fuera de casa.

5. Capacitación a familiares y cuidadores:

A. Sobre conocimiento y aceptación de la enfermedad.

B. Capacitación en el manejo de la persona con Demencia.

C. Perfil del cuidador, cuidados a tener con el cuidador y sobrecarga del cuidador.

D. Criterios de institucionalización.

## ➤ GRUPO 7 PSICOEDUCACIÓN A PACIENTES, FAMILIARES Y CUIDADORES

**MODELO DE INTERVENCIÓN:** MODELO CENTRADO EN EL CLIENTE.

**MARCOS DE REFERENCIA:** INTERPERSONAL.

**PERIODO DE ESTANCIA DE LOS PARTICIPANTES EN EL GRUPO:** DE 3 MESES A 2 AÑOS (DE ACUERDO AL GRUPO AL QUE PERTENEZCA SU FAMILIAR)

Con frecuencia y en ocasiones de manera inconsciente las familias pueden ser la principal fuente de patrones de interacción estresante y conducir a recaídas; el estrés que experimenta la familia se puede manifestar con frustración, expectativas poco realistas y las consecuentes críticas del comportamiento anormal del paciente, otras veces tratan de compensar las

deficiencias con conductas de sobreprotección física y emocional. Incluir a las familias en entrenamiento para reducir altos niveles de crítica, hostilidad y sobre carga emocional<sup>1</sup> resulta im-

---

<sup>1</sup> Durante Pilar, Noya Blanca. TERAPIA OCUPACIONAL EN SALUD MENTAL: PRINCIPIOS Y PRÁCTICA.

prescindible para el logro de los objetivos propuestos.

**1. Educación:** explicar diagnóstico, modalidades de expresión clínica y ocupacional, síntomas, etiología, factores predisponentes, frecuencia, pronóstico, manejo terapéutico y farmacológico (incluyendo efectos adversos), que hacer y que no hacer, para buscar:

- Un cambio de actitud del paciente frente a su enfermedad y de la familia con respecto al paciente.
- Una reacción más adaptada en caso de recaída.
- Desculpabilización.
- Colaboración con el tratamiento.
- Reducir los altos niveles de crítica.
- Reducir hostilidad y sobrecarga emocional.

**2. Entrenamiento en habilidades de comunicación:**

- Capacidad de escucha de todos los miembros de la familia.
- Comunicación previo análisis y constructiva para tener una mínima posibilidad de estrés.
- Expresión de emociones positivas y negativas.
- Identificación y refuerzo de las potencialidades del paciente y no solamente de las debilidades.
- Solicitudes positivas de cambio.
- Resolución de problemas.

**3. Se aborda individual y posteriormente de forma grupal a los miembros de la familia (incluido el pacien-**

te), para inducir su participación adecuada y activa para crear un compromiso de todos, evitando así que se responsabilice a una sola persona tanto del cuidado, como de los problemas derivados de la convivencia con el paciente.

**4. Las familias pueden detectar cambios en el funcionamiento del paciente y conductas anormales mediante la supervisión de áreas como el sueño, alimentación, nivel de actividad, consumo de sustancias psicoactivas, reaparición o reagudización de síntomas, cambios o abandono del tratamiento farmacológico, abandono del autocuidado y los cambios en el entorno para advertir los sucesos potencialmente estresantes que actuarían como eventos desencadenantes en la reaparición de síntomas<sup>2</sup>, razones por las cuales además de formarlos para la detección, deben conocer y ser parte activa de la intervención.**

Es importante anotar que algunos pacientes y familiares continúan vinculados a la institución de forma ocasional a través de este grupo que cumple a su vez funciones de grupo de apoyo.

---

<sup>2</sup> Durante Pilar, Noya Blanca. TERAPIA OCUPACIONAL EN SALUD MENTAL: PRINCIPIOS Y PRÁCTICA.

## II. Estadísticas

La presente investigación es de tipo cualitativa y permite abordar de manera simultánea todas las fases de la investigación y durante todo el proceso, realizando la recogida/producción de datos y su análisis e interpretación a lo largo de todo el tiempo.

Esto permite que la metodología tenga características circulares, permitiendo modificaciones en cada una de sus etapas, al determinar y modificar actuaciones de acuerdo a los hallazgos encontrados e incluir nuevos individuos o grupos en el estudio, formular nuevas intervenciones y realizar otros análisis.

Con el tamaño de la muestra no se busca la representatividad de una población, sino que se trata de establecer un muestreo estructural, al incluir casos individuales y grupales que reproduzcan relaciones relevantes existentes en un problema de investigación. El criterio para incluir a una persona a un grupo o tener en cuenta una situación en este tipo de muestra no es el de representación estadística, sino el criterio de pertinencia. Los casos tomados para este estudio fueron todos los que cumplieran los criterios de selección de cualquiera de los 7 grupos establecidos, buscando recolectar la información relevante en diversas situaciones, teniendo en cuenta una composición adecuada de los grupos.

La recolección y análisis de la información partió de un diseño estratégico y auto correctivo que buscaba a través de las personas y situaciones re-

colectar información de datos primarios y secundarios:

### DATOS PRIMARIOS

**Entrevista:** semiestructurada a través de la cual se busca recolectar información general acerca del desempeño ocupacional de la persona con enfermedad mental y que aspectos los están afectando.

**Escalas:** Para recolectar información adicional y que esta tenga un carácter más objetivo.

**Observación participante:** A partir de conductas y situaciones realizar un análisis conjunto acerca de la situación y como favorece o entorpece el adecuado funcionamiento del paciente en sus diversos entorno.

**Grupos de discusión:** Teniendo en cuenta las características, necesidades y motivaciones de cada grupo, se plantean temas y talleres de discusión sobre aspectos relevantes para su intervención; los cuales son realizados por 2 personas para objetivar más la información recolectada.

### DATOS SECUNDARIOS

A partir de la información anterior, se realiza una reunión para analizar estructuralmente de la información recolectada, posteriormente analizarla comparativamente con diversos materiales teóricos y determinar la conducta a seguir y el plan correspondiente.

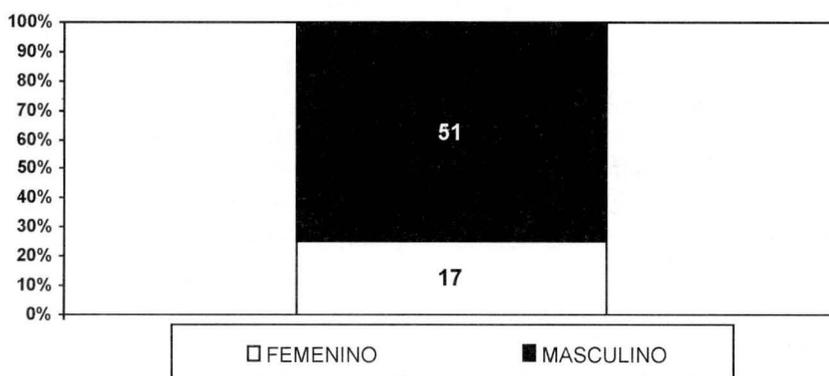
## RESULTADOS

### GRUPO 1

Tabla N° 3. DISTRUBUCIÓN POR SEXO

MASCULINO		FEMENINO		TOTAL
NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE	
51	75%	17	25%	68

Gráfica N° 1. DISTRIBUCION POR SEXO



En el grupo de niños el predominio durante todo el tiempo fue masculino.

Tabla N° 4. DISTRIBUCIÓN POR EDAD

EDAD		FRECUENCIA						
PROMEDIO	RANGO	5 AÑOS	6 AÑOS	7 AÑOS	8 AÑOS	9 AÑOS	10 AÑOS	11 AÑOS
8.4	5 - 11	9	7	7	10	12	7	16

Gráfica N° 2. DISTRIBUCIÓN POR EDAD

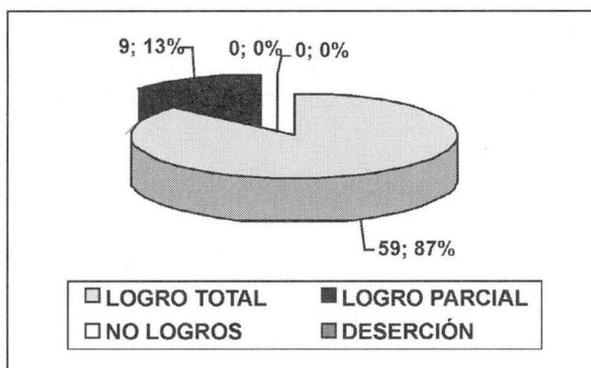


La edad predominante fue los 11 años, casi preadolescentes con la confusión de rol que esta etapa implica.

Tabla N° 5. EVOLUCIÓN

EVOLUCIÓN			
LOGRO TOTAL DE LOS OBJETIVOS	LOGRO PARCIAL DE LOS OBJETIVOS	NO LOGRO DE OBJETIVOS	DESERCIÓN
59	9	0	0

Gráfica N° 3. EVOLUCIÓN



Para este grupo la pregunta sobre el logro de los objetivos le fue realizada al padre/madre o acudiente y en un 87% de los casos lo refirieron como logro

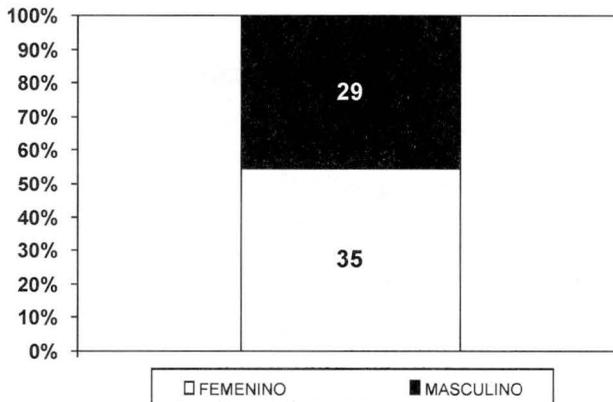
total de los objetivos propuesto, lo cual puede ser explicado por la edad, que facilita un mejor impacto con el tratamiento y por el tipo de diagnostico, que no implica tanta severidad en su compromiso.

## GRUPO 2

**Tabla Nº 6. DISTRIBUCIÓN POR SEXO**

MASCULINO		FEMENINO		TOTAL
NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE	
29	45.3%	35	54.7%	64

**Gráfica Nº 4. DISTRIBUCIÓN POR SEXO**

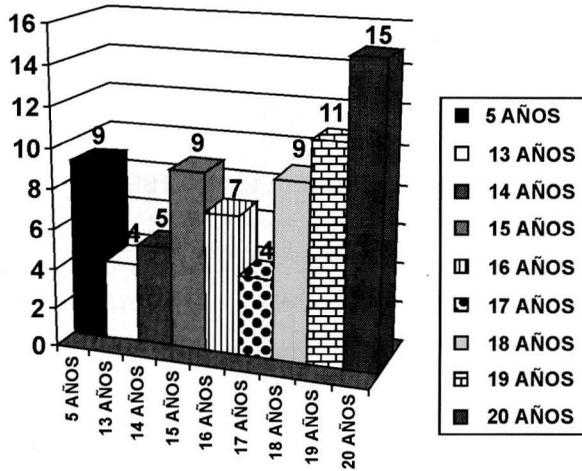


En este grupo pese a que el Trastorno de la Conducta Alimentaria es de predominio de mujeres, aquí esto no se hace evidente; lo cual se puede explicar por la inclusión en este grupo de personas Trastornos Adaptativos.

**Tabla Nº 7. DISTRIBUCIÓN POR EDAD**

EDAD		FRECUENCIA							
PROMEDIO	RANGO	13 AÑOS	14 AÑOS	15 AÑOS	16 AÑOS	17 AÑOS	18 AÑOS	19 AÑOS	20 AÑOS
17.3	13 - 20	4	5	9	7	4	9	11	15

**Gráfica N° 5. DISTRIBUCIÓN POR EDAD**

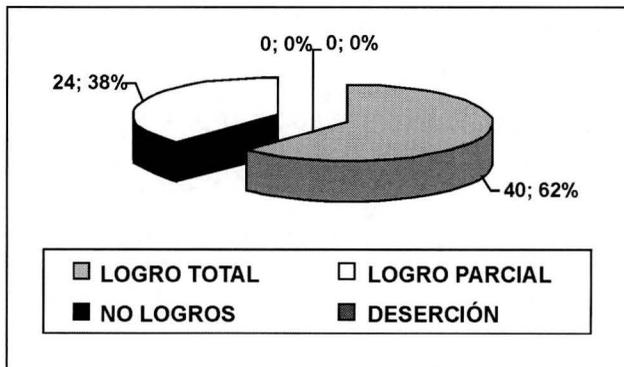


Las edades son muy similares en porcentaje y solo vale la pena resaltar el leve incremento a la edad de 20 años, que al igual que en la infancia, se da cuando se aproxima el cambio a una nueva etapa de la vida.

**Tabla N° 8. EVOLUCIÓN**

EVOLUCIÓN			
LOGRO TOTAL DE LOS OBJETIVOS	LOGRO PARCIAL DE LOS OBJETIVOS	NO LOGRO DE OBJETIVOS	DESERCIÓN
40	24	0	0

**Gráfica N° 6. EVOLUCIÓN**



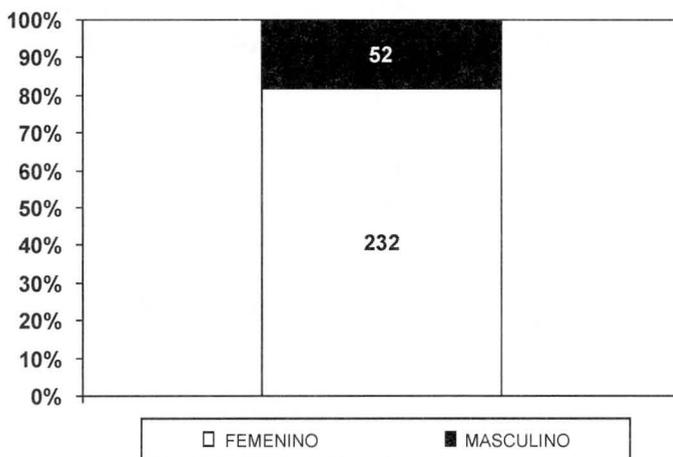
Con respecto a este punto, en este caso la referencia son ellos mismos y aunque el porcentaje del logro total de los objetivos propuestos es alto, aquí cobra importancia el logro parcial.

### GRUPO 3

Tabla Nº 9. DISTRIBUCIÓN POR SEXO

MASCULINO		FEMENINO		TOTAL
NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE	
52	18.3%	232	81.7%	284

Gráfica Nº 7. DISTRIBUCIÓN POR SEXO

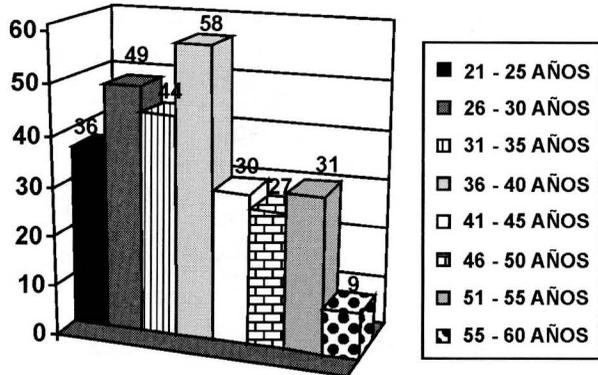


En este grupo es marcada la diferencia de sexo, predominando con un 81.7% el femenino, esto asociado a la prevalencia de estos diagnósticos en mujeres.

Tabla Nº 10. DISTRIBUCIÓN POR EDAD

EDAD		FRECUENCIA							
PROMEDIO	RANGO	21-25 AÑOS	26-30 AÑOS	31-35 AÑOS	36-40 AÑOS	41-45 AÑOS	46-50 AÑOS	51-55 AÑOS	56-60 AÑOS
37.3	21 - 60	36	49	44	58	30	27	31	9

Gráfica N° 8. DISTRIBUCIÓN POR EDAD

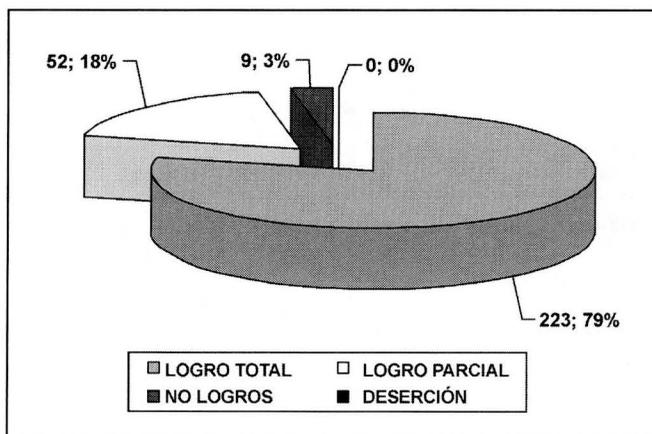


La tendencia alta es mas marcada entre los 21 y 40 años.

Tabla N° 11. EVOLUCIÓN

EVOLUCIÓN			
LOGRO TOTAL DE LOS OBJETIVOS	LOGRO PARCIAL DE LOS OBJETIVOS	NO LOGRO DE OBJETIVOS	DESERCIÓN
223	52	9	0

Gráfica N° 9. EVOLUCIÓN



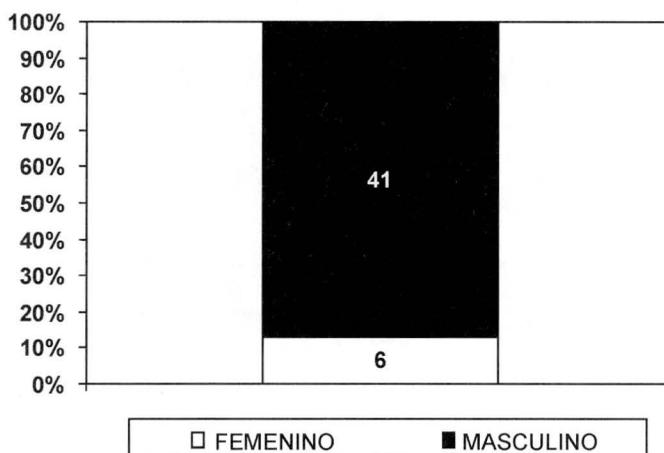
La tendencia de los grupos anteriores aquí se mantiene.

## GRUPO 4

Tabla N° 12. DISTRIBUCIÓN POR SEXO

MASCULINO		FEMENINO		TOTAL
NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE	
41	87.2%	6	12.8%	47

Gráfica N° 10. DISTRIBUCIÓN POR SEXO

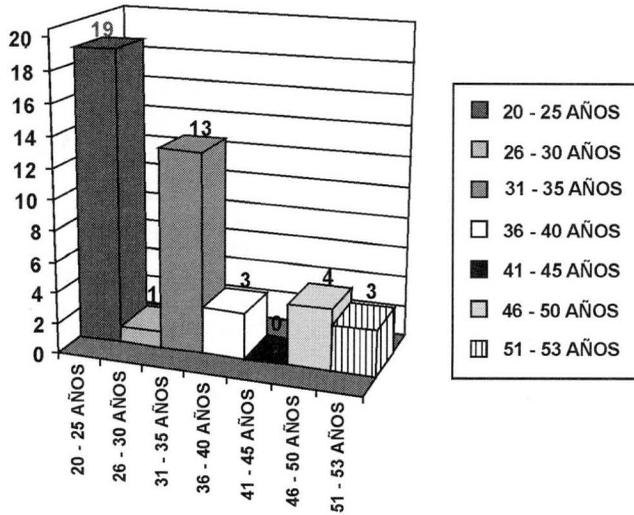


El predominio marcado en este grupo es masculino con un 87.2%

Tabla N° 13. EDAD

EDAD		FRECUENCIA						
PROMEDIO	RANGO	20-25 AÑOS	26-30 AÑOS	31-35 AÑOS	36-40 AÑOS	41-45 AÑOS	46-50 AÑOS	51-55 AÑOS
32.2	20 - 53	19	1	13	3	0	4	3

Gráfica N° 11. EDAD

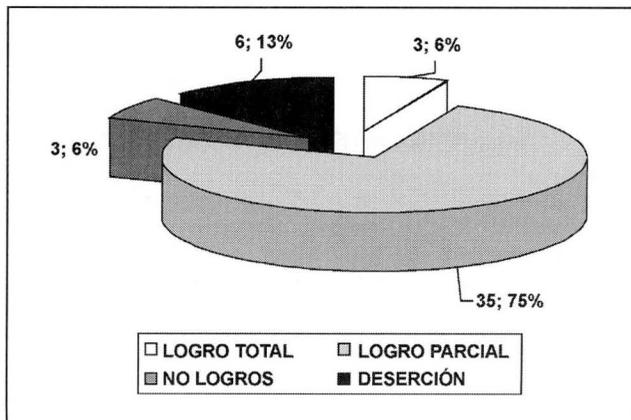


Entre los 20 y 25 años y entre los 31 y 35 años en marca la diferencia.

Tabla N° 14. EVOLUCIÓN

EVOLUCIÓN			
LOGRO TOTAL DE LOS OBJETIVOS	LOGRO PARCIAL DE LOS OBJETIVOS	NO LOGRO DE OBJETIVOS	DESERCIÓN
3	35	3	6

Gráfica N° 12. EVOLUCIÓN



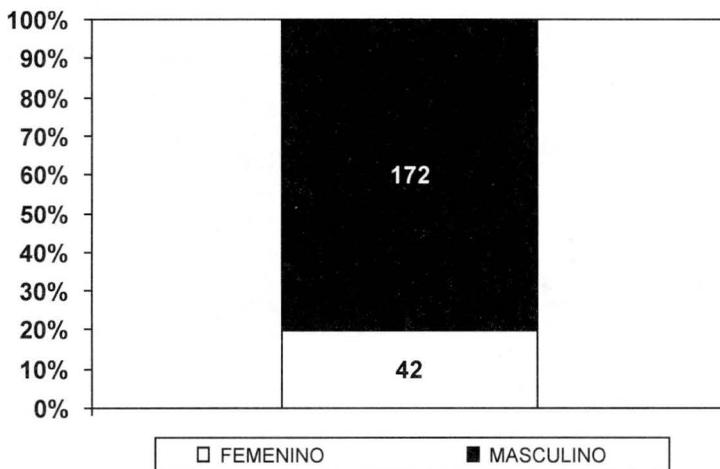
En este grupo por su condición de severidad en el trastorno, las tendencias se modifican, e inicia una mayor proporción de logro parcial.

### GRUPO 5

Tabla Nº 15. DISTRIBUCIÓN POR SEXO

MASCULINO		FEMENINO		TOTAL
NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE	
172	80.4%	42	19.6%	214

Gráfica Nº 13. DISTRIBUCIÓN POR SEXO

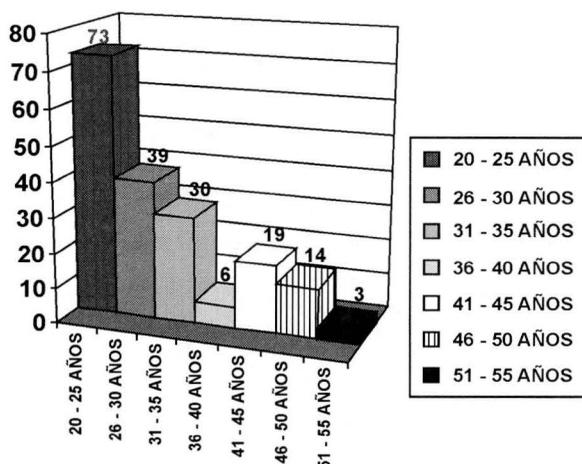


El 80.4% del grupo son hombres.

Tabla Nº 16. DISTRIBUCIÓN POR EDAD

EDAD		FRECUENCIA						
PROMEDIO	RANGO	20-25 AÑOS	26-30 AÑOS	31-35 AÑOS	36-40 AÑOS	41-45 AÑOS	46-50 AÑOS	51-55 AÑOS
30.9	20 - 55	73	39	60	6	19	14	3

**Gráfica N° 14. DISTRIBUCIÓN POR EDAD**

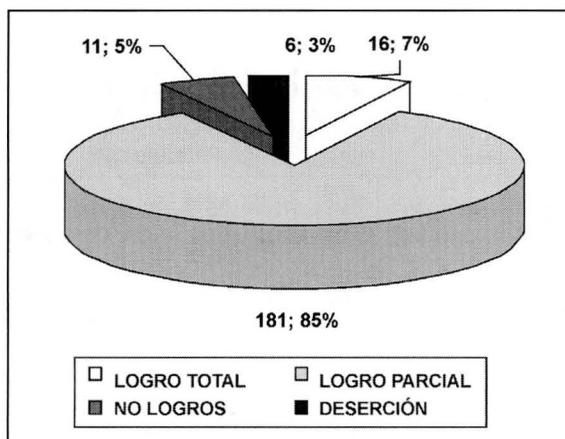


Los mayores porcentajes están concentrados entre los 20 y 35 años que son adultos jóvenes y tienen pérdida de todo tipo de actividad económicamente remunerada o no, con los costos que esto implica para una comunidad.

**Tabla N° 17. EVOLUCIÓN**

EVOLUCIÓN			
LOGRO TOTAL DE LOS OBJETIVOS	LOGRO PARCIAL DE LOS OBJETIVOS	NO LOGRO DE OBJETIVOS	DESERCIÓN
16	181	11	6

**Gráfica N° 15. EVOLUCIÓN**



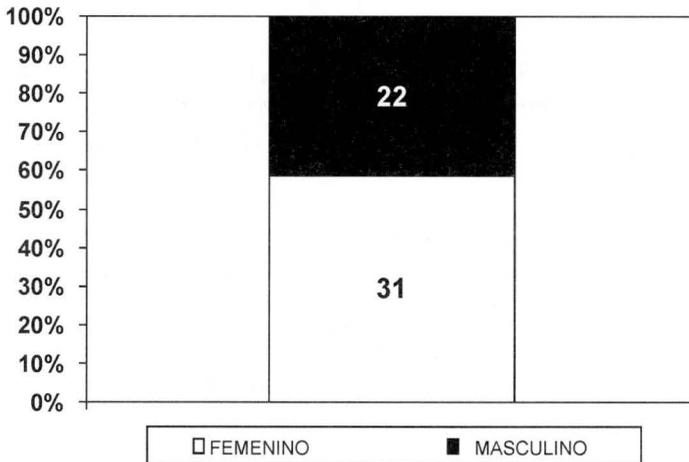
En este grupo por la severidad de su compromiso tiene una mayor proporción de logro parcial.

### GRUPO 6

Tabla N° 18. DISTRIBUCIÓN POR SEXO

MASCULINO		FEMENINO		TOTAL
NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE	
22	41.5%	31	58.5%	53

Gráfica N° 16. DISTRIBUCIÓN POR SEXO

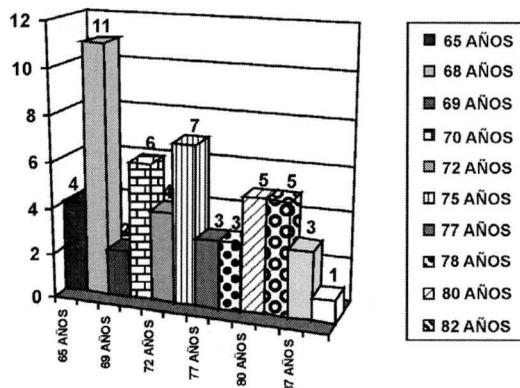


Los datos son muy similares en su comportamiento, con una ligera mayor proporción de mujeres.

Tabla N° 19. DISTRIBUCIÓN POR EDAD

EDAD		FRECUENCIA											
PROMEDIO	RANGO	65 AÑOS	68 AÑOS	69 AÑOS	70 AÑOS	72 AÑOS	75 AÑOS	77 AÑOS	78 AÑOS	80 AÑOS	82 AÑOS	87 AÑOS	90 AÑOS
75.6	65-90	4	11	2	6	4	7	3	3	5	5	3	1

**Gráfica N° 17. DISTRIBUCIÓN POR EDAD**

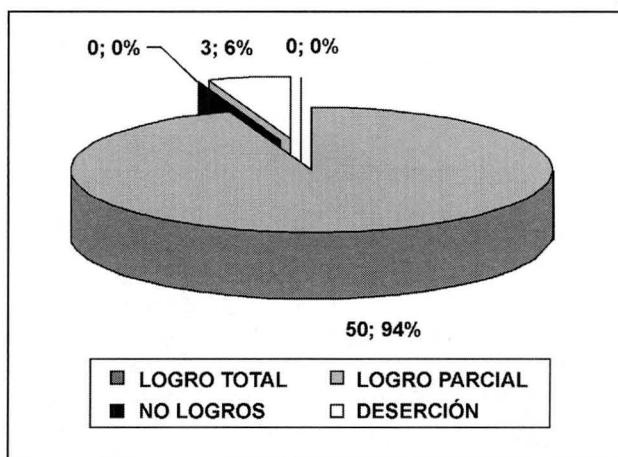


Los datos son mas significativos en cantidad a los 68 y a los 75 años.

**Tabla N° 20. EVOLUCIÓN**

EVOLUCIÓN			
LOGRO TOTAL DE LOS OBJETIVOS	LOGRO PARCIAL DE LOS OBJETIVOS	NO LOGRO DE OBJETIVOS	DESERCIÓN
0	50	0	3

**Gráfica N° 18. EVOLUCIÓN**



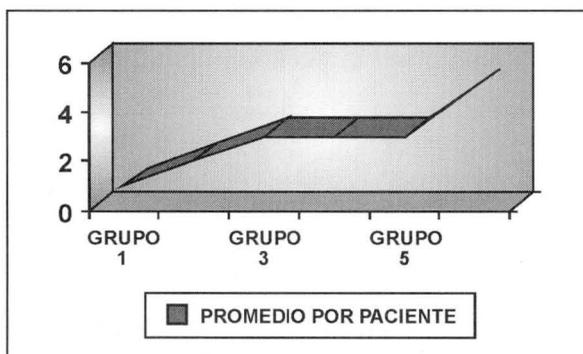
Experimentan la sensación de logro parcial de los objetivos, pero en ningún caso la total, esto soportado en que el abordaje en muchos casos busca mantener y no mejorar y esto genera frustración.

## GRUPO 7

Tabla N° 21. PROMEDIO FAMILIAR / CUIDADOR POR PACIENTE

	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	GRUPO 4	GRUPO 5	GRUPO 6
PROMEDIO POR PACIENTE	1	2	3	3	3	5

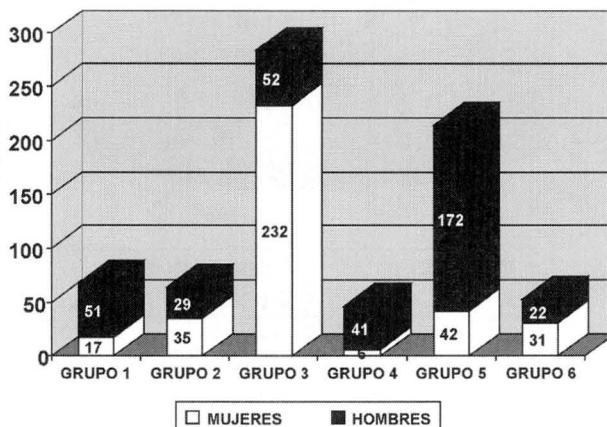
Gráfica N° 19. PROMEDIO FAMILIAR / CUIDADOR POR PACIENTE



El cual es significativamente bajo en la infancia y contrasta con el alto del adulto mayor.

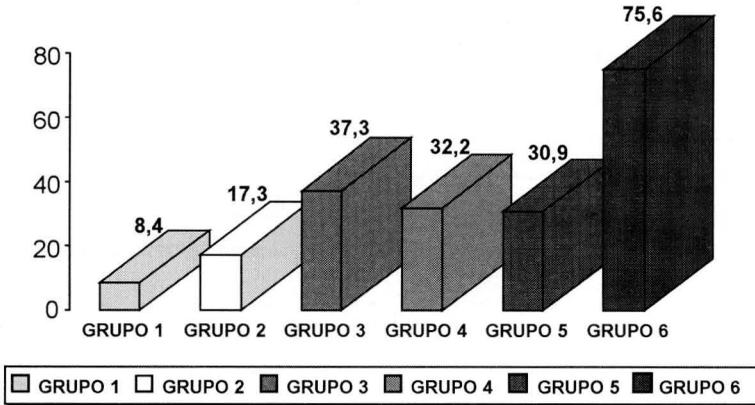
## GRÁFICAS COMPARATIVAS

Gráfica N° 20. DISTRIBUCIÓN POR SEXO



Es en el grupo N° 3 donde es marcada la diferencia en cantidad de mujeres.

**Gráfica N° 21. PROMEDIO DE EDAD**

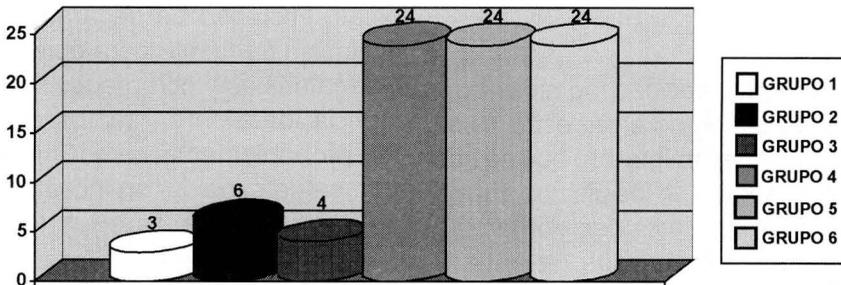


El grupo N° 6 presenta una mayor proporción, esto explicado por el proceso de envejecimiento, que muchas ocasiones trae consigo patologías que afecta su desempeño ocupacional.

**Tabla N° 22. PROMEDIO DE ESTANCIA**

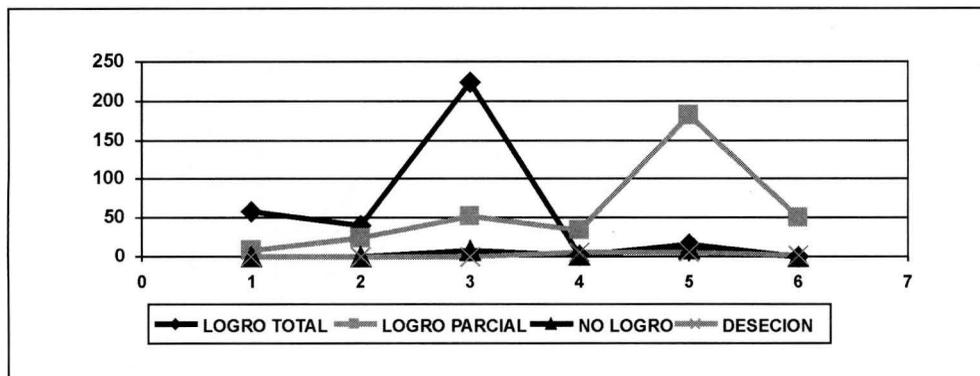
	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	GRUPO 4	GRUPO 5	GRUPO 6
<b>PROMEDIO POR PACIENTE</b>	3 Meses	6 Meses	4 Meses	24 Meses	24 Meses	24 Meses

**Gráfica N° 22. PROMEDIO DE ESTANCIA**



En los grupo donde se plantean características de entorno protegido es donde la estancia es mayor.

Gráfica N° 23. EVOLUCIÓN



El comportamiento esta estrechamente relacionado con la edad.

## DISCUSIÓN

### Análisis de Resultados

Para iniciar aclararemos que consideramos relevantes además de la caracterización de nuestra población objeto de estudio, exponer las condiciones del entorno que favorecen la aparición de alteraciones psicosociales en los diferentes grupos que abordamos los cuales fueron:

#### **Grupo 1. Niños**

Las condiciones socioeconómicas actuales, han generado en nuestro país un fenómeno de inmigración que se ha hecho mas común en los últimos años, quienes optan por esta decisión argumentan que buscan unas garantías para ofrecer a sus hijos un futuro mejor, dejándolos en este proceso a cargo de otros familiares como abuelos, tíos o hermanos mayores; a lo largo de estos 10 años de experiencia tera-

péutica hemos observado como los niños que están expuestos a esta y otras situaciones de tensión se encuentran a menudo con una desorganizada red de apoyo familiar cuya dinámica interna genera en el niño comportamientos tales como perdida de respeto por la figura de autoridad, bajo rendimiento académico, hostilidad, fobias, ansiedad de separación, manipulación frecuente para obtener bienes materiales y con preocupante frecuencia ideación e intentos de suicidio, probablemente como una forma errónea de expresar su inconformidad por la situación vivida.

#### **Grupo 2. Adolescentes**

Como mencionamos en el funcionamiento de los grupos ,los adolescentes presentan comportamientos propios de

la edad que generan alteración no solo en su área psicosocial, sino en su entorno y específicamente en el familiar, lo que se traduce en comportamientos maladaptativos, tales como: dificultad en la relación con los Padres, abandono académico, aislamiento social, transgresión de normas, pérdida de respeto por la figura de autoridad, ansiedad y dificultad para realizar una elección vocacional satisfactoria, convirtiendo a este grupo en una población vulnerable para la aparición de enfermedad mental de mayor severidad.

### ***Grupo 3. Trastornos del estado del ánimo***

En este grupo de pacientes observamos la presencia de factores que hacen que aunque clínicamente la evolución y pronóstico, de la enfermedad sea satisfactoria, la tendencia es a que adquiera características cíclicas o de cronicidad como única respuesta del paciente a las situaciones de tensión, algunos de los factores desencadenantes son maltrato del cónyuge, abandono del rol productivo, disfunción familiar y de pareja y dificultades económicas

### ***Grupo 4. Trastornos psicóticos***

Al revisar los datos arrojados por la investigación, es de anotar que comparativamente con los demás grupos intervenidos, este presenta el mas alto numero de deserciones, esta situación puede ser atribuible al alto costo generado por la enfermedad crónica, al pronóstico desfavorable, al marcado deterioro de los hábitos y rutinas de

autocuidado y a la poca conciencia que tiene la familia de la importancia de incluir a su familiar en un programa de rehabilitación psicosocial, probablemente por el desconocimiento de los programas que existen actualmente y de los logros que se pueden obtener a través de estos.

Este grupo se inicio hace 5 años, pero desde hace 2 años no esta en funcionamiento, las razones por las que fue tomada esta decisión, son las mismas que fueron referidas con relación a la red de apoyo familiar de este grupo de pacientes.

### ***Grupo 5. Ocio***

Con relación a este grupo de pacientes, notamos que el inicio de su participación era tórpida, probablemente por el temor a enfrentar las demandas de los demás participantes, presentaban marcados sentimientos de minusvalía por la pérdida de roles ocupacionales y su tendencia inicial era al aislamiento; pero superada la etapa de conocimiento del grupo, se evidencio disminución de sentimientos de minusvalía, aumento de creencia en las habilidades y un mayor grado de interacción e integración grupal, sin embargo a pesar de ser personas que generalmente no tienen hábitos, ni rutinas estructuradas, no se muestran inicialmente interesados en dar una organización a su tiempo de ocio, creando resistencia inicialmente, la cual es vencida a medida que se avanza en el entrenamiento en habilidades sociales y en la conciencia de enfermedad mental.

## **Grupo 6. Demencias**

Los pacientes que pertenecen a este grupo, con frecuencia y como un estado normal de la enfermedad presentan sintomatología depresiva, puesto que tienen episodios en los que perciben sus pérdidas progresivas en especial la de su memoria, experimentando además angustia por el estado de confusión que se evidencia en el deterioro de las rutinas de autocuidado y que se extiende progresivamente a todas las áreas de su desempeño, sin embargo los temores que enfrentan en los periodos de contacto con la realidad se ven compensados cuando cuenta con un adecuado grupo familiar que constituya una red de apoyo; aunque este factor benéfico no siempre está presente o se observan divisiones y falta de compromiso de algunos miembros de la familia, facilitando que haya deserción de los programas de rehabilitación y que al interior de la dinámica familiar se de la sobrecarga del cuidador generando sensación de malestar e incertidumbre en el paciente.

## **Grupo 7. Psicoeducación a pacientes, familiares y cuidadores**

En el desarrollo de este grupo se ha notado como común denominador el interés y necesidad de conocer aspectos relacionados con la enfermedad y que modificaciones se pueden realizar para mejorar la calidad de vida del paciente y de sus familiares, sin embargo en diferentes momentos del proceso de cada grupo, ha sido necesario realizar reuniones extraordinarias con sus familiares, para manejar situaciones puntuales que generalmente tienen que ver con el manejo de normas y límites, manejo del dinero y toma de decisiones y es aquí donde se planean estrategias conjuntas, encaminadas a mejorar el pronóstico de la enfermedad y a evitar o disminuir la sobrecarga del cuidador.

Las personas que han asistido a este grupo y que han finalizado su proceso de rehabilitación con frecuencia desean continuar vinculados a la institución a través de este y lo asumen como una modalidad de grupo de apoyo.



### **Recomendaciones generales**

- Cuando una alteración en el área psicosocial es de aparición reciente como las reacciones adaptativas, originadas en situaciones específicas se recomienda la pronta búsqueda de ayuda especializada, para disminuir el impacto de la alteración y evitar o retardar el deterioro de la relación del paciente con el entorno.
- Crear una red de apoyo familiar sólida que ofrezca al paciente seguridad y confianza que favorezca la evolución satisfactoria de la enfermedad.
- Es importante ayudar a la familia del paciente a identificar limitaciones tales como la presencia de comportamientos ambiguos y las fallas en la comunicación, para mejorar la interacción con el paciente en su entorno habitual.



## Bibliografía

1. Rodríguez A. Editor. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Navalcarnero Ediciones Piramide S.A; 1997.
  2. Crocker Peoples. Terapia de juego razonable. En: Schaefer ChE, Manual Moderno. Manual de Terapia de Juego. Volumen 1. Santafe de Bogota: Colombia, 1988: 70-81.
  3. Pichot P, López – Ibor JJ, Valdes MM, editores. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Barcelona: España 1995.
  4. Durante MP, Noya AB, Moruno MP. Terapia Ocupacional en Salud Mental: 23 casos clínicos comentados. España: Barcelona, 2000.
  5. Durante MP, Noya AB. Terapia Ocupacional en Salud Mental: Principios y práctica. España: Barcelona, 1988.
  6. Polonio LB, Durante MP, Noya AB. Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional . España: Madrid, 2001.
- Holland JI. La elección vocacional. Teoría de las carreras. México, 1997.
7. Kielhofner G, De las Heras CG. Editores. Terapia Ocupacional Modelo de la Ocupación Humana;; Teoría y aplicación. Buenos Aires, 2004.
  8. Hidalgo CG, Abarca MN. Comunicación interpersonal: Programa de entrenamiento en habilidades sociales. Colombia: Santafe de Bogotá, 1991.

