



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA  
IBEROAMERICANA S.C.**



---

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

CLAVE 8901-25

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

LA EVALUACIÓN DE LA TERAPIA RECREATIVA EN PACIENTES  
HOSPITALIZADOS CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, DEL INSTITUTO  
NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ"

# **T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA.

PRESENTA:

HERNÁNDEZ GARDUZA LLENY GUADALUPE

ASESOR DE TESIS:

MTRA. EN C. S. PERLA MORALES GONZÁLEZ

REVISOR DE TESIS:

LIC. EN PSIC. MARCELA GARIBAY LÓPEZ

XALATLACO, ESTADO DE MÉXICO MAYO DE 2016.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## DEDICATORIAS

A Dios quien en su infinita bondad me bendijo con la vida dándome la dicha de crecer en esta familia de quien hoy agradezco su amor, apoyo y comprensión.

Con gran admiración a mis padres: Martin Fernando Hernández Alva y Patricia Beatriz Garduza Urbina, quienes con su esfuerzo y amor me han permitido llegar hasta donde estoy haciendo de este logro mío, un logro suyo.

Con mucho amor a mis hermanos: Omar, Bety y Martin, por su gran apoyo y cariño en esta y todas las etapas de mi vida.

A mis asesores: Mtra. en C.S. Perla Morales Gonzáles y Lic. En Psic. Marcela Garibay López, por con su apoyo y dedicación en este trabajo, de quienes agradezco el aprendizaje y profesionalismo compartido.

Al Psic. Paul Andrés Camacho García, Psic. María Guadalupe Trejo Corona y Psic. Alma Arzaluz Lagos, quienes me abrieron las puertas del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", dándome la oportunidad, confianza y orientación en la realización de esta tesis.

Con un profundo agradecimiento a la Lic. En Psic. Xóchitl García Villalba quien con su cariño y comprensión me animó en todo este caminar, para Alejandro Góngora Guzmán por todos los momentos compartidos, de quien agradezco su cariño, apoyo y motivación.

Finalmente agradezco a todos los que me apoyaron y me brindaron su amistad, especialmente a mi madrina Alicia Santana Salinas y al Mtro. Genaro Ramírez Ayala por el apoyo y los conocimientos impartidos.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad más de 450 millones de personas sufren de alguna enfermedad mental. Según la OMS (2006), una de cuatro personas se verá afectada por un padecimiento mental a lo largo de su vida.

Sin embargo; existe la tendencia en restarle importancia a la salud mental, siendo poco común que las personas acudan a solicitar atención sin la presencia de una lesión o daño físico, solo en torno al 20% de las personas que tienen una enfermedad mental reciben ayuda profesional.

Según estudios realizados en México indican que llegan a pasar entre 7 y 10 años para que la gente se decida buscar atención, lo que trae complicaciones para la salud y el bienestar emocional de la persona afectada y de quienes lo rodean. Dentro de los trastornos más frecuentes esta la depresión, la cual será considerada para el 2020 como la segunda discapacidad en el mundo (OMS, 2006).

La depresión; es un trastorno que afecta a la salud mental y se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, irregularidades del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Es una enfermedad mental que se puede diagnosticar de forma fiable y puede ser tratada por especialistas en el ámbito de la atención primaria (OMS, 2006).

En el año 2013, la CNDH publicó un informe especial sobre los hospitales psiquiátricos en la república mexicana, determinando que existe un total de 41 hospitales psiquiátricos correspondientes a los servicios de atención primaria, con tratamientos adecuados para atender la mayor parte de padecimientos mentales tales como la depresión, ansiedad, estrés postraumático, esquizofrenia, el trastorno obsesivo compulsivo, entre otros. No obstante; es muy limitado el porcentaje de la población que se beneficia de estos

servicios, se estima que sólo 1 de cada 10 personas recibe atención, lo que significa que la gran mayoría permanece excluida y al margen de los programas sociales.

Uno de los hospitales psiquiátricos en México; dedicado a la atención primaria en enfermedades mentales principalmente a la depresión, es el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; el cual cuenta con un tratamiento integral que va desde la atención farmacológica o psiquiátrica para el manejo y control de síntomas o malestares bajo la prescripción de medicamentos, hasta la combinación de otros recursos tales como: la terapia electroconvulsiva como forma secundaria cuando el medicamento genera efectos adversos, la psicoeducación o información acerca del padecimiento que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico y la terapia recreativa que es un tratamiento de reciente incorporación para el tratamiento y rehabilitación del paciente psiquiátrico interno a través de actividades recreativas.

Ante esto, es importante identificar que el trastorno depresivo es el de mayor prevalencia en el INPRFM, por lo que el esquema de trabajo presentado en esta tesis, aborda en su capítulo 1 a la depresión, ya que es un trastorno frecuente en todo el mundo y está presente en todas las personas al menos una vez a lo largo de la vida, para ello se expondrán los síntomas que nos permitan conocer esta enfermedad y a su vez esclarecer los criterios que nos llevan a diagnosticar a la depresión, debido a que más de la mitad de los afectados no reciben un tratamiento oportuno, en su mayoría por el pensamiento que se tiene de los padecimientos mentales, lo que genera intensidad y cronicidad, causando un gran sufrimiento y alteración en las actividades laborales, es por ello que en este capítulo ahondaremos en los mitos y creencias más frecuentes sobre las enfermedades mentales y así enfatizar a los tipos de tratamientos que existen hoy en día y que han comprobado su eficacia para combatir a la depresión.

En el capítulo 2 se aborda a la Terapia Recreativa como el tratamiento utilizado para esta investigación, describiendo los conceptos de Terapia y Recreación, haciendo referencia

a los tipos de recreación, áreas de recreo, los factores que determinan la interacción terapéutica, así como los tipos de terapias que a su vez nos permitan profundizar en lo que es la Terapia Recreativa, sus antecedentes, características y técnicas que han contribuido en la aplicación de la Psicología y Psiquiatría desde tiempos anteriores, siendo adaptadas y orientadas a la construcción de programas terapéuticos como lo es la TR orientada a la terapia cognitivo conductual, considerada brevemente en este apartado por ser la corriente más utilizada para la depresión.

El capítulo 3 profundiza en la descripción de la estructura e implementación de la Terapia Recreativa en el INPRFM, que es un programa propuesto en el año 2015, enfocado a la rehabilitación del paciente psiquiátrico interno con depresión, el cual pretende lograr la recuperación y reincorporación social del paciente mediante actividades recreativas y artísticas, por lo que esta investigación se centrará en la evaluación de la sintomatología de los pacientes antes y después de la aplicación del nuevo tratamiento, con la finalidad de saber si dicha terapia ayuda a disminuir los síntomas de la depresión en los pacientes hospitalizados del INPRFM.

## ÍNDICE

<b>CAPÍTULO I TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR (TDM)</b> .....	<b>1</b>
1.1. Definición conceptual de depresión.....	3
1.2. Sintomatología de la depresión.....	4
1.3. Trastorno depresivo mayor.....	5
1.3.1 Criterios diagnósticos.....	7
1.4. Tratamiento y hospitalización.....	8
1.4.1. Pacientes hospitalarios mitos y creencias.....	12
1.4.2. Tratamientos eficaces para la depresión.....	17
<b>CAPÍTULO II TERAPIA RECREATIVA (TR)</b> .....	<b>23</b>
2.1 Recreación.....	25
2.2 Terapia.....	28
2.3 Terapia recreativa.....	31
2.4 Antecedentes de la terapia recreativa.....	33
2.5 Características y técnicas de la terapia recreativa.....	34
2.6 Terapia recreativa orientada desde la terapia cognitivo-conductual.....	37
<b>CAPÍTULO III IMPLEMENTACIÓN DE LA TR EN PACIENTES CON TDM DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ” (INPRFM)</b> .....	<b>40</b>
3.1 Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.....	42
3.2 Programa de Terapia Recreativa en pacientes hospitalizados del INPRFM.....	44
3.3 Actividades recreativas en el paciente.....	47

<b>CAPÍTULO IV METODOLOGÍA.....</b>	<b>56</b>
4.1 Planteamiento del problema.....	57
4.2 Objetivo.....	57
4.3 Objetivos específicos.....	57
4.4 Hipótesis.....	58
4.5 Diseño de investigación.....	58
4.6 Tipo de estudio.....	59
4.7 Variables.....	59
4.8 Muestra.....	61
4.9 Instrumentos de medición.....	61
4.10 Procesamiento de la información.....	62
<b>CAPÍTULO V ANÁLISIS DE RESULTADOS.....</b>	<b>65</b>
<b>CAPÍTULO VI CONCLUSIÓN.....</b>	<b>74</b>
<b>CAPÍTULO VII SUGERENCIAS.....</b>	<b>78</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>80</b>
<b>BIBLIOGRAFÍAS.....</b>	<b>98</b>

**CAPÍTULO I**  
**TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR (TDM)**

*“Las tristezas no se quedan para siempre cuando caminamos en dirección a lo que siempre deseamos”.*

*Paulo Coelho*

El Trastorno Depresivo Mayor (TDM); es una enfermedad psiquiátrica asociada a síntomas emocionales, vegetativos y físicos, entre los que se encuentran los de naturaleza dolorosa que se sobreponen. Se asocia a una alta prevalencia y a una importante carga en términos humanos y económicos, por lo que la OMS ha estimado que esta enfermedad se convertirá en la segunda causa de discapacidad hacia el año 2020 (Flores, 2007).

El TDM es una patología del estado de ánimo, cuyo impacto en la población ha atraído cada vez más el interés; tanto de las autoridades como del público en general por los altos costos sociales y económicos que acarrea su tratamiento, siendo las mujeres el sector más vulnerable y los jóvenes adultos entre 18 y 25 años debido a factores psicosociales (Heinze, 2010).

A lo largo de las últimas tres décadas, el trastorno depresivo ha generado más investigación que otros trastornos mentales, debido a que genera mayor discapacidad que otras enfermedades crónicas, tales como la artritis, diabetes e hipertensión; y de igual impacto que las enfermedades cardiovasculares (Heinze, 2010).

Estudios actuales revelan que hasta el 76% de los pacientes con depresión reportan síntomas físicos dolorosos como cefalea, dolor abdominal, dolor lumbar y dolor sin localización precisa (Flores, 2007).

No obstante, la alta prevalencia del TDM, especula que esta enfermedad es subdiagnosticada, ya que su reconocimiento puede dificultarse e incrementarse debido a la alta frecuencia de síntomas físicos asociados, sobre todo de naturaleza dolorosa.

## 1.1 Definición de depresión

La depresión ha tenido diferentes significados a lo largo de la historia haciendo referencia a la falta de “algo” en la vida, lo cual no te permite disfrutar. Esto se puede observar en personas con baja autoestima, aislamiento social, dificultades de convivencia, duelo prolongado ante una pérdida emocional, por falta de un apoyo familiar, excesiva dependencia de la pareja, falta de participación en actividades sociales o profesionales así como en el grado de satisfacción en las actividades o planes de acción (Heinze, 2010).

La palabra depresión proviene del término latino *depressio* que, a su vez, procede de *depressus* (“abatido” o “derribado”). Se trata de un trastorno emocional que hace que la persona se sienta triste y desganada, experimentando un malestar interior y dificultando sus interacciones con el entorno.

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que destaca un ánimo deprimido, falta de energía, pérdida de interés, o de la capacidad para disfrutar u obtener placer (anhedonia), que afecta la vida de la persona durante la mayor parte del día y durante al menos dos semanas. Asociado a él, se produce una pérdida en cuanto a la disposición para mostrar alegría, estímulos e intereses, así como en la capacidad general de concentración y rendimiento (Talavera, 2013).

La depresión puede llegar a ser un problema de salud serio; en específico, cuando es de larga duración e intensidad de moderada a grave, ya que genera un gran sufrimiento y si no se atiende o se diagnostica de forma adecuada puede llevar a la muerte. Sin embargo; es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y puede ser tratado por especialistas en el ámbito de atención primaria.

## 1.2 Sintomatología

Sentirse abatido y triste es una experiencia común en la mayoría de los seres humanos, sin embargo; hay una diferencia significativa entre esta circunstancia y los síntomas que caracterizan a la depresión clínica. No todas las personas que están tristes, tienen un trastorno depresivo (Baena, 2005).

El estado de ánimo deprimido se encuentra en varios trastornos, su presencia no significa que la persona padece un trastorno del estado de ánimo, ya que el término “depresión” se puede referir a los síntomas, mientras que el trastorno depresivo al cuadro clínico, es decir a la explicación o descripción de los síntomas, episodios, causas o factores.

La aparición de síntomas depresivos suele ser lenta e insidiosa. A menudo estas manifestaciones no son consideradas importantes por el propio paciente o sus familiares, no acuden al médico y piensan que sólo pasan por una mala época, generando poca importancia. Estas se van gestando en días o semanas, incluso en los meses anteriores puede presentar síntomas prodrómicos como ansiedad generalizada, crisis de angustia o fobias (Baena, 2005).

La depresión se caracteriza por una disfunción del metabolismo nervioso en el cerebro. La concentración de los neurotransmisores (serotonina, noradrenalina, dopamina) está desequilibrada (Keck, 2010).

La causa, en la mayoría de los casos, es la alteración del sistema de control de la hormona del estrés: la sobreactividad continua del sistema de la hormona del estrés altera el metabolismo cerebral, de tal manera que hace que la producción y disminución de los transmisores se descontrolen, dando lugar a que estén presentes en una concentración muy escasa o a que la transmisión deje de funcionar correctamente (Keck, 2010).

Algunos de los síntomas del trastorno depresivo mayor incluyen sensaciones de desesperanza, insatisfacción o ansiedad, disminución o aumento del apetito, dificultad para dormir y múltiples despertares durante la noche, durante los cuales recuerdan sus problemas o pueden dormir más de lo habitual, tener cansancio exagerado, inquietud, irritabilidad, cambios en las funciones psicomotrices, pérdida del interés, capacidad para el placer, sentimientos de culpabilidad, pensamientos de muerte y disminución en la concentración, encuentran difícil finalizar algunas tareas, empeora su rendimiento escolar o laboral y disminuye su motivación para emprender nuevos proyectos.

Sus pensamientos contienen tres elementos claves: se consideran insignificantes o que se merecen que se les culpe por lo que suceda, piensan que son incapaces de cambiar su situación y no creen que las cosas mejoren en el futuro (Baena, 2005).

### **1.3 Trastorno depresivo mayor (TDM)**

El trastorno depresivo mayor; es un trastorno del humor heterogéneo clínicamente, que tiene un curso episódico con tendencia a la recurrencia y cuyo diagnóstico se basa en criterios puramente descriptivos sin implicaciones etiológicas (DSM-IV, 1952).

Dentro de los episodios depresivos con que cursa el trastorno depresivo mayor, encontramos un grupo que no es mayoritario pero que, a diferencia del resto, tiene unas características muy específicas que lo dotan de una mayor estabilidad diagnóstica. Se trata de la depresión melancólica, conocida también como depresión endógena, que viene definida como una cualidad del estado de ánimo (distinta de la tristeza que experimentamos habitualmente), falta de reactividad del humor, anhedonia, empeoramiento matutino, despertar precoz, alteraciones psicomotrices, anorexia o pérdida de peso significativas y sentimientos de culpa inapropiados (García, 2009).

Las depresiones más graves pueden complicarse con síntomas psicóticos dando lugar a la depresión psicótica, que constituye un diagnóstico muy consistente en el tiempo, pues

las recaídas suelen ser también psicóticas e incluso las ideas delirantes tienden a tener el mismo contenido, habitualmente de culpa, ruina e hipocondría.

Dentro de los trastornos depresivos encontramos básicamente el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico.

Un episodio depresivo mayor debe durar al menos dos semanas, lapso en el que la persona experimenta al menos cuatro síntomas de una lista que incluye cambios en el apetito y peso, descenso en su estado de ánimo, cambios en el sueño y nivel de actividad, pérdida de energía, sentimientos de culpa, disminución de la capacidad para pensar y tomar decisiones e ideas recurrentes de suicidio o muerte así como dificultad para experimentar placer en cualquier situación de vida; trabajo, diversión o sexualidad (García, 2009).

El episodio depresivo mayor se acompaña de síntomas biológicos como el retardo motor, la pérdida de peso y de estima de sí mismo, de ideas de culpabilidad, pecado y desastre inminente que pueden llegar a ser delirantes y acompañarse de alucinaciones en casos graves.

Por otra parte el trastorno distímico o distimia es el término que el DSM-IV y la CIE-10 utilizan como prototipo de depresión crónica. Las diferencias con la depresión mayor son de intensidad y duración más que categoriales, siendo práctica habitual el doble diagnóstico en un mismo paciente.

Se estima que el 20-30% de los pacientes con trastorno depresivo mayor también cumple los criterios de trastorno distímico, una combinación que se denomina depresión doble. De igual modo, un 40% de los pacientes con trastorno distímico podrían cumplir criterios de depresión mayor en algún momento de la evolución (Grupo, 2009).

### 1.3.1 Criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor

Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) un trastorno depresivo mayor se diagnostica por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos.

El DSM-IV permite realizar una serie de especificaciones para el trastorno depresivo mayor que hacen referencia a la gravedad del episodio actual (grave, moderado, leve, en remisión parcial, en remisión total), sus características: con síntomas atípicos, con síntomas melancólicos, con síntomas catatónicos, con síntomas psicóticos y el curso del trastorno con o sin recuperación interepisódica.

Por lo tanto los Criterios para el episodio depresivo mayor son:

**A.** Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdidas de interés o de la capacidad para el placer.

**Nota:** No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día.
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi cada día.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día.
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

**B.** Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

**C.** Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**D.** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

**E.** Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor (DSM-IV, 1952).

#### **1.4 Tratamiento y hospitalización**

Durante mucho tiempo las enfermedades de la mente, han sido tratadas como un problema social separado de cualquier problema de salud física. Sin embargo; los trastornos mentales no suceden en forma aislada, sino que suelen ocurrir en relación con otros problemas clínicos o junto con éstos, tales como enfermedades cardíacas, diabetes,

cáncer, trastornos neurológicos y como respuesta a muchas situaciones de la vida, afectando desde una parte del cuerpo hasta la totalidad del organismo.

En el año 1990 se calculó que las condiciones neuropsiquiátricas explicaban el 10% de la discapacidad global. En el 2000, estos porcentajes aumentaron hasta el 13%. Si estas previsiones siguen confirmándose, para el año 2020, las enfermedades mentales explicarán el 15% de la discapacidad mundial (Blass, 2012).

Por lo tanto; atenderse con los especialistas adecuados para las enfermedades mentales, ayudarían a que el tratamiento integral de la salud en la persona, alcance resultados más positivos aumentando el potencial de recuperación y productividad.

Actualmente el tratamiento de los trastornos mentales, incluye una serie de intervenciones y actividades que deben ser llevadas a cabo por el personal de salud mental (Psiquiatras y /o Psicólogos), con los componentes específicos de dichas intervenciones, los cuales pueden ser subdivididos en: tratamientos psiquiátrico y psicológicos que debieran ser otorgados a todos y a todas las personas que padezcan algún trastorno mental.

El objetivo del tratamiento para enfermedades mentales; es alcanzar la remisión de la sintomatología y restablecer la funcionalidad óptima del paciente (Gerhard, 2010).

El tratamiento psiquiátrico; se refiere a la especialidad básica de la medicina sobre los trastornos mentales. Su principal objetivo es aliviar los síntomas, prevenir las recaídas y evitar las secuelas, todo ello con la mayor tolerabilidad posible hacia la medicación.

La medicación es el tratamiento más establecido (por ser el primero), para la detención general de síntomas mediante la valoración Médico-Psiquiatra (Álvarez, 2006).

El tratamiento psiquiátrico incluye una amplia gama de intervenciones técnicas, desde aquellas de carácter interpersonal, como es el caso de las psicoterapias, hasta otras actuaciones somáticas del tipo de la psicofarmacología o la terapia electroconvulsivante.

Puesto que los psiquiatras son médicos especializados en problemas de salud mental, cuentan con el conocimiento para recetar medicamentos y pueden brindar psicoterapia únicamente si reciben capacitación en esta área, pueden especializarse en diferentes grupos como niños y adolescentes o adultos, en problemas específicos como adicciones o trastornos.

Por otro lado; el tratamiento psicológico es una intervención profesional aplicada por psicólogos clínicos, que son especialistas en los problemas del comportamiento humano y que utilizan técnicas especializadas mediante un plan terapéutico, bajo la realización del Diagnóstico diferencial en base a los criterios diagnósticos del CIE-10 o del DSM-IV-TR (Encinas, 2002).

El tratamiento psicológico debe plantear técnicas que permitan al paciente aprender a controlarse paulatinamente, teniendo en cuenta que es previsible un aumento de la sintomatología en situaciones extremas. Su objetivo es dotar al sujeto de recursos que pueda poner en marcha en cuanto detecte un aumento de los síntomas, sin tener que recurrir automáticamente a los fármacos (Heinze, 2010).

Sin embargo; los psicólogos al no tener formación médica no están facultados para recetar medicamentos, no todos los psicólogos pueden dar psicoterapia únicamente pueden hacerlo quienes recibieron una especialización y que preferentemente cuentan con experiencia en la atención en distintas poblaciones y áreas específicas.

Ambos tratamientos (psiquiátrico o psicológico), son igualmente importantes para la atención a la salud mental. Si bien, emplean estrategias distintas, ambas tienen como

propósito mejorar la salud y lograr el bienestar de las personas, en ese sentido son complementarias y ninguna sustituya la otra (Mora, 2012).

La elección sobre el tratamiento deberá realizarse posterior a un meticuloso análisis del paciente y con base en el diagnóstico, tomando en cuenta que existen instituciones únicamente dedicadas a combatir las enfermedades mentales en nuestro país mediante un proceso de internamiento u hospitalización.

Entendiendo por internamiento al ingreso que se da a un paciente para permanecer hospitalizado en una unidad médica de segundo o tercer nivel de atención, con la finalidad de recibir un tratamiento médico para dar seguimiento a su padecimiento, aunado la previa valoración y autorización del médico especialista, así como la aceptación del paciente y su familiar; esta puede ser programada o por la atención en el servicio de urgencias (Heinze, 2010).

El padecimiento de una enfermedad mental, es condición necesaria pero no suficiente para un internamiento. Por tanto, debe entenderse que el internamiento solo es legítimo cuando redunde en propio beneficio del internado, tomando en cuenta que el padecimiento mental debe ser necesariamente psiquiátrico.

Sin embargo, el internamiento u hospitalización puede solicitarse aunque no se haya promovido proceso de incapacitación de la persona afectada, porque se trata de una medida de seguridad, de prevención o protección, que procede en aquellos supuestos en los que se haya manifestado un brote agudo de una enfermedad mental.

El internamiento por razón de trastorno psiquiátrico puede definirse como una privación de libertad en centro sanitario especializado, autorizada judicialmente con toda una compleja serie de garantías, con objeto de aplicar una terapia psiquiátrica sobre personas

afectadas por trastorno psíquico, cuando éstas no tenga capacidad de decidir por sí mismas y exista grave riesgo para su salud.

En cuanto a ello; el internamiento resulta legítimo no sólo cuando la conducta del enfermo puede resultar peligrosa para sí mismo, sino también para terceros, puesto que en ambos casos está presente un factor de riesgo.

Los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP), coordinan los programas de prestación en servicios de atención médica especializada, para la salud mental en las unidades operativas de su adscripción; establece mecanismos de vinculación con las instituciones de seguridad social y del sector salud para la atención de los trastornos mentales; participa en la elaboración de normas oficiales mexicanas, así como en la formulación de instrumentos normativos en materia de servicios de atención psiquiátrica.

La finalidad de esta medida es mejorar la continuidad de la asistencia psiquiátrica, tratamientos, rehabilitación, cuidados y apoyo social evitando así abandonos de tratamiento, reducción del número de hospitalizaciones y mejorando el funcionamiento social y la calidad de vida del paciente. Evitando recaídas o que los pacientes abandonen el tratamiento (OMS, 2006).

#### **1.4.1 Pacientes hospitalarios mitos y creencias**

A pesar de los grandes avances en el conocimiento científico del campo de la salud, persiste la tendencia a restarle importancia a la salud mental respecto de la salud física, lo cual crea una falsa división entre cuerpo y mente, como si fueran dos esferas separadas.

Esto genera gran confusión entre la población y provoca que muchas de sus necesidades de atención no se cubran de manera adecuada. De este modo, surge información que,

en la mayoría de los casos no cuenta con ningún sustento y promueve ideas y creencias erróneas que comúnmente conocemos como mitos.

Según Mora (2012), existe una amplia gama de mitos alrededor del proceso salud – enfermedad – atención, de los cuales predominan 5 mitos de mayor impacto en nuestra sociedad, con base en la información proveniente de estudios que se han hecho en México, los cuales son:

Mito 1 Las enfermedades mentales no existen son invenciones de la gente:

Las enfermedades mentales son alteraciones causadas por múltiples factores biológicos genéticos psicológicos y sociales que se clasifican con base en una serie de síntomas que se expresan diferencialmente en cada cultura estos factores producen un sufrimiento real a la persona y afectan su vida cotidiana de manera importante por tanto es inadecuado pensar que está fingiendo o actuando la enfermedad.

Mito 2 Las personas con enfermedades mentales están así porque quieren son flojas están sugestionadas o carecen de fuerza de voluntad:

Cuando una persona presenta un padecimiento mental no es cuestión de echarle ganas o de tener fuerza de voluntad para superar su sufrimiento, por el contrario requiere ayuda comprensión y sobre todo atención especializada para sobrellevar los síntomas y malestares algunos de éstos afectan la emoción y el pensamiento mientras que otros pueden manifestarse físicamente por ejemplo en forma de dolor, apatía, cansancio, pérdida e incremento de peso, insomnio, náuseas, mareo, disfunción sexual, falta de concentración entre otras, de ahí la confusión con otras actitudes como flojera, desinterés chantajeó y torpeza, por ello es inadecuado exigir o pedir a quien tiene un padecimiento mental que deje de actuar

o pensar como lo hace, pues lo que vive no está determinada por su fuerza de voluntad o carácter.

Por otra parte; un sector importante de la población considera que las enfermedades mentales son consecuencias del consumo de alcohol o drogas lo cual lleva a culpar a quienes la padecen.

Sin embargo; no todas las personas que presentan una enfermedad mental abusaron del alcohol o drogas, si bien es cierto que el abuso de estas sustancias puede causar efectos dañinos en la salud ello depende de la frecuencia del tipo de sustancia y de la cantidad que se consuma junto con otros problemas asociados en los ámbitos escolar laboral de salud familiar o de pareja.

### Mito 3 Las personas con padecimientos mentales son violentas e impredecibles:

La idea falsa de que la violencia es una consecuencia de la enfermedad mental está muy extendida entre la población, por lo que es causa importante del rechazo hacia quienes las padecen, hacia los centros que les brindan atención y a los propios especialistas.

Por el contrario; muchos actos violentos son cometidos por persona sin padecimiento psiquiátricos, en ese sentido; al igual que cualquier ciudadano común las personas con estos padecimientos pueden cometer o no actos violentos de forma impredecible.

Mito 4 La única forma de atención posible para las personas con enfermedades mentales es internado en un hospital psiquiátrico:

Aunado a la creencia de que las personas con enfermedades mentales son violentas e impredecibles, existe el mito acerca de encierro como única respuesta posible de atención. Lo que remite al hospital psiquiátrico como el espacio destinado a mantenerlas alejadas y bajo control para evitar poner en riesgo y contagiar al resto de la población.

En el pasado estos hospitales se conocían como manicomios y desde entonces prevalece la idea de que son escenarios donde tiene el lugar de maltrato y tortura lo cual no puede generalizarse de ningún modo, si bien eran lugares poco regulados cuyo tratamientos aún no contaban con las suficientes bases científicas que hoy en día tienen.

En la actualidad existe un mayor conocimiento de muchos padecimientos mentales, sus formas de atención y tratamiento, además de que poco a poco se han ido incorporando normas éticas orientadas a regular las prácticas al interior de estos hospitales.

Mito 5 Las personas con padecimientos mentales son casos perdidos no hay nada que se pueda hacer por ellos:

Para el ciudadano común tener un padecimiento mental representa un fracaso en la vida existe una percepción fatalista del futuro de las personas con estos padecimientos en relación no sólo a las formas de atención sino sus planes y proyectos de vida, al respecto es importante mencionar que en muchos padecimientos se presentan períodos en los cuales los síntomas incrementan

identificados por los médicos como episodios, mientras las personas los experimentan como crisis.

La calidad de vida para aquellos que antes estaban condenados a una existencia dolorosa, ahora pueden vivir fuera de las instituciones llevando una vida activa. Los servicios de atención varían de una institución a otra por ello es importante que se informe respecto a esto sea a través de internet o acudiendo directamente a sus instalaciones.

Durante mucho tiempo la enfermedad mental, la psiquiatría y sus métodos de tratamiento y terapéutica han sido mitificados de una forma negativa, perjudicial y cruel, ya que en su mayoría la población lo relacionan con imágenes de locura, camisas de fuerza, médicos insensibles que disfrutaban ejecutando procedimientos señalados como altamente dañinos y crueles, como el electroshock y el uso de una cantidad exorbitante de medicamentos que lo único que hace es mantener a los pacientes sedados y con una calidad de vida con estándares infrahumanos.

Sin embargo; las enfermedades mentales son alteraciones causadas por múltiples factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales que se clasifican con base a una serie de síntomas y pueden presentarse en cualquier persona durante un periodo determinado de su vida como infancia, adolescencia, edad adulta y vejez, caracterizándose por un desequilibrio en las áreas emocional, biológica y del comportamiento así como las relaciones con otras personas impidiendo realizar y disfrutar actividades diarias (Mora, 2012).

En el año 2001; la OMS dedica su informe sobre salud en el mundo a la salud mental. El trastorno depresivo está considerado la quinta causa de carga entre todas las enfermedades: es responsable del 4,4% del total de AVAD (años de vida ajustados por

discapacidad) y es la causa principal de APD (años perdidos por discapacidad): 11,9% del total.

En los estudios internacionales, la prevalencia de los trastornos depresivos se sitúa entre el 5-10% en población adulta (siendo del 10% al 15% en mujeres y del 5% al 12% en hombres). Aumenta en el grupo de pacientes con alguna patología física y en personas mayores alcanza un 15%. Asimismo, el 15% de la población padece depresión en algún momento de su vida. La edad más frecuente de presentación oscila entre los 35-45 años.

La depresión constituye uno de los síndromes psiquiátricos más frecuentes e incapacitantes entre la población. Los trastornos del estado de ánimo y fundamentalmente la depresión, prevalecen en incidencia, recurrencia, aumento y tendencia a la cronicidad, lo que conlleva a una alta morbilidad tanto directa como indirecta (Mora, 2012).

Por todo lo anterior es importante estar bien enterado de los diferentes factores que intervienen en la atención de la salud en general, de ahí la necesidad de contar con datos específicos que puedan ser de utilidad para saber qué hacer ante este tipo de situaciones, como los tratamientos que existen para combatir las enfermedades y su eficacia.

#### **1.4.2 Tratamientos eficaces para la depresión**

Actualmente la depresión es susceptible de ser tratada de muchas maneras, sin embargo; existen tres tratamientos psicológicos que tienen mostrada su eficacia en la depresión, los cuales son: la Terapia de Conducta, la Terapia Cognitiva y la Psicoterapia Interpersonal.

a) Terapia de Conducta:

La terapia de conducta aplica la teoría del aprendizaje y el método experimental al campo de la psicoterapia. Su objetivo es el de modificar comportamientos que el paciente considera insatisfactorios o inadaptados (Marc, 1993).

La Terapia de Conducta ofrece un planteamiento completo de la depresión, como de cualquier otro trastorno psicológico. En este sentido, dispone tanto de una teoría psicopatológica, como de la evaluación psicodiagnóstica y del procedimiento terapéutico (Pérez, 2001).

Dentro de la Terapia de Conducta se pueden reconocer seis procedimientos terapéuticos:

1. El Programa de Actividades Agradables: es un programa altamente estructurado, en 12 sesiones, dirigido a cambiar la cantidad y la calidad de las interacciones del paciente depresivo, mediante un conjunto de estrategias que incluyen el entrenamiento asertivo, la relajación, la toma de decisiones, la solución de problemas, la comunicación y el manejo del tiempo.
2. El Entrenamiento de Habilidades Sociales: es también un programa estructurado en 12 sesiones dirigido a mejorar tres clases de conductas: la aserción negativa (aceptar nuestros errores), la aserción positiva (expresión de sentimientos positivos) y las habilidades conversacionales (desde la iniciación, la realización de preguntas y la revelación apropiada de sí mismo, hasta la terminación de conversaciones), todo ello en los distintos ámbitos de las relaciones sociales (con extraños, con amigos y familiares y en el trabajo o la escuela).

3. El Curso para el Afrontamiento de la Depresión: es igualmente un programa altamente estructurado, de 12 sesiones, con dos más de apoyo (al mes y a los 6 meses), para ser llevado en grupo. El programa se concibe como un tratamiento psico-educativo mediante la programación de actividades agradables, el entrenamiento en habilidades sociales, la modificación de cogniciones (tomando, estrategias de la terapia de Beck) y, finalmente, lo que constituye la última sesión, los «planes de la vida», donde se tratan los valores personales, las metas y el estilo de los participantes.
4. La Terapia de Autocontrol de Rehm: asume que la depresión se caracteriza por déficits específicos en el manejo de la conducta de uno mismo. La terapia consiste en un programa estructurado de 6 a 12 sesiones, centrado en cada uno de dichos aspectos, disponible también para su aplicación en grupo.
5. La Terapia de Solución de Problemas relaciona la depresión: como ya declara el nombre, con la ineficiencia en la solución de problemas. El procedimiento consiste en un programa estructurado, tanto para ser llevado en grupo como individualmente, de 8-12 sesiones, con una variedad de técnicas.
6. La Terapia Conductual de Pareja: esta terapia se ha centrado en el análisis detallado de los conflictos cotidianos que pueden llevar a la ruptura de la relación, se ha planteado cómo aparecen los problemas, y cómo se mantienen. Con el objetivo de conseguir una intervención eficaz, centrándose en aumentar el intercambio de conductas positivas y en mejorar la comunicación y la resolución de problemas (Pérez, 2001).

## b) Terapia Cognitiva:

La Terapia Cognitiva se basa principalmente en el modelo de depresión de Beck (1979), según el cual la depresión se debe en gran medida a las interpretaciones erróneas de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto. Las experiencias vividas provocan aprendizajes de creencias y esquemas, que ante determinados eventos se activaran provocando pensamientos automáticos negativos teniendo consecuencias emocionales y comportamentales depresivas (Pérez, 2001).

Esta teoría considera que hay cuatro elementos cognitivos que explicarían la depresión:

1. La triada cognitiva (Beck, 1967): sería la visión negativa que tiene el individuo depresivo sobre sí mismo, el mundo y el futuro.
2. Los pensamientos negativos automáticos son los pensamientos que desencadenan los estados emocionales negativos de la depresión (tristeza, culpa, etc). Estos pensamientos son automáticos, repetitivos involuntarios e incontrolables, produciendo en muchos casos rumiaciones.
3. Errores en la percepción y en el procesamiento de la información externa que recibimos.
4. Disfunción en los esquemas: los esquemas son creencias de base que se utilizan para procesar la información y son producto del aprendizaje (experiencias vividas y de la educación).

c) Psicoterapia Interpersonal:

La Psicoterapia Interpersonal, a diferencia de la Terapia de Conducta y de la Terapia Cognitiva, no ofrece una teoría general de la depresión, sino un procedimiento terapéutico de base clínico-empírica. Sobre la observación clínica de la importancia de cuatro áreas en la depresión (el duelo, las disputas interpersonales, la transición de rol y los déficits en habilidades sociales). Tiene como objetivo identificar y solucionar los problemas del sujeto en sus relaciones interpersonales, dotando de competencias al sujeto para desenvolverse en el contexto psicosocial (Pérez, 2001).

Las técnicas específicas que utiliza esta teoría son:

1. Exploración de los roles y relaciones sociales: evaluación de síntomas y problemas, que puede ser de forma directiva o no.
2. Influir en el afecto: el cliente tiene que reconocer, aceptar y manejar las emociones negativas que le causan dolor.
3. Clarificar: que se dé cuenta de su comunicación.
4. Análisis comunicacional: identificar pautas de comunicación no adaptativas.
5. Utilización de la relación terapéutica: utilizar la relación terapéutica como modelo de otras interacciones sociales del individuo.
6. Técnicas de cambio de comportamiento: resolución de problemas simples de la vida del cliente.

De todos ellos se puede decir que son tratamientos bien establecidos, ya que consisten en un programa estructurado y disponen de un manual de aplicación (incluyendo a veces un manual del paciente). Igualmente, todos son susceptibles de su aplicación en grupo, y no sólo como tratamiento agudo, sino también como continuación y mantenimiento.

Esta eficacia ha mostrado ser, como mínimo, igual a la eficacia de la medicación antidepressiva. Sin embargo; la eficacia de los tratamientos psicológicos mencionados, se ha mostrado tanto en el tratamiento agudo, como en la continuación previniendo recaídas y en el mantenimiento previniendo recurrencias (Pérez, 2001).

**CAPÍTULO II**  
**TERAPIA RECREATIVA (TR)**

*“Nunca tuve un día de trabajo en mi vida, todo era diversión”.*

*Thomas A. Edison.*

La recreación ha estado presente desde la aparición del hombre; ya que este en su sed de sobrevivencia tuvo que experimentar grandes acontecimientos como lo fue la caza, la pesca, la creación de herramientas, entre otras, que a través del tiempo ha ocupado un lugar importante en el proceso histórico; lo que permite establecer la importancia que esta tiene para el ser humano.

La recreación es un conjunto de actividades que tienen como sentido, el uso positivo y constructivo del tiempo libre. Centra su análisis en los espacios y medios: instalaciones, instrumentos o materiales. La actividad más representativa y casi exclusiva es el juego (Waichman, 1998).

El concepto recreación surge del goce personal y la satisfacción que produce, por consiguiente, la recreación, al igual que el deporte, fueron considerados por las sociedades antiguas, como elementos éticos y biológicos, debido a que no solo eran medios de salud física, también formaban parte de la educación moral, desarrollando un sentido de solidaridad entre los pueblos. Sin embargo; los avances para el desarrollo de la recreación, han logrado modificaciones para establecer un concepto más claro, moderno y lógico, con rigor científico y pedagógico.

De acuerdo con el psicólogo norteamericano Richard Krauss (1978), la recreación es aquella actividad humana, libre, placentera, efectuada individual o colectivamente, destinada a perfeccionar al hombre. Le brinda la oportunidad de emplear su tiempo libre en ocupaciones espontáneas u organizadas, que le permiten volver al mundo vital de la naturaleza e incorporarlo al mundo creador de la cultura, apoyando a su integración comunitaria y al encuentro de su propio yo, y que propenden, en última instancia, a su plenitud y a su felicidad (Mercado, 2002).

## 2.1 Recreación

En la actualidad la recreación es un derecho fundamental del ser humano, considerada la sexta necesidad básica, después de la nutrición, la salud, la educación, la vivienda, el trabajo y la seguridad social (ONU, 1999).

La palabra recreación se deriva del latín *recreatio* que significa "restaurar y refrescar a la persona". Es la actividad humana libremente asumida, que transforma al individuo con el medio al actualizar el potencial creativo en su totalidad de expresión, permitiéndole trascender los límites de la conciencia y el logro del equilibrio biopsicosocial, que dan como resultado una buena salud y una mejor calidad de vida (García, 2009).

De acuerdo con la ONU (1999), la recreación constituye un medio de unidad integradora que promueve el desarrollo intelectual, emocional, físico y social del individuo. Es un factor fundamental en el desarrollo de la cohesión familiar y comunitaria; moviliza las energías y los valores colectivos, reforzando los nexos comunitarios para la solución de problemas.

Algunos de los valores que promueve la recreación son: participación, expresión, atención, concentración, animación, diversión, placer, relajación, superación, sociabilidad, reconocimiento, seguridad, confianza, disciplina, solidaridad, estos se desarrollan mediante actividades recreativas que se constituyen como mediadoras para lograr el fin de la recreación (Mercado, 2002).

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, el arte, las atracciones, donde los grupos pueden elegir actuar con sus objetivos principales puestos en el campo de la recreación (Sanchez, 2003).

Las actividades recreativas puede ser activas (cuando la persona se dedica a la actividad de una forma voluntaria en su tiempo libre como: actividades artísticas, deportivas y sociales) o pasivas (cuando el individuo es solo un espectador, no toma parte en este tipo de actividades como ir al cine, teatro o ver un partido).

Dichas actividades, se pueden identificar y clarificar como actividades de recreo cotidiano, actividades de recreo extraordinario y actividades recreativas organizadas o dirigidas; estas tres categorías ayudan a entender que la recreación en cuanto a fenómeno la componen una gama de posibilidades y que la recreación organizada se hace cada vez más específica, toda vez que las organiza y las propone en el marco de una programación dirigida (Mercado, 2002).

Dentro de las actividades de recreo cotidiano están: cantar, conversar, rezar, escribir, dibujar, pintar, pensar, imaginar, soñar, idear, escuchar, leer, observar, consumir, reposar, dormir, bromear, silbar, pasear, correr, competir, bailar, etc. Cada una de estas actividades se realiza de una manera espontánea y automática.

Las actividades de recreo extraordinario modifican los comportamientos habituales, dentro de ellas están: las fiestas y los carnavales, los rituales religiosos y sociales, el turismo y sus diversiones.

La recreación dirigida se compone por reglas u objetivos establecidos tales como: competencias deportivas, musicales, danzas, labor artesanal, artística, educativa, médico entre otros.

Como bien lo menciona Mercado (2002), la recreación se compone de un sin número de actividades, de aquí que los programas de recreación, en cualquiera de sus formas deban caracterizarse por la riqueza en la variedad de oportunidades que ofrece.

Dentro de las oportunidades o formas de recrear, se han determinado siete áreas de recreo las cuales son:

- Área físico deportiva: Tiene como objetivo promover la actividad por el gusto de prácticas, encuentros o competencias de alguna disciplina recreativa o de deporte (atletismo, fútbol, básquetbol, volibol), la participación tiende a que la gratificación se reciba en forma de una sensación personal y no de una premiación externa.
- Área al aire libre: son áreas enfocadas al contacto con la naturaleza como actividades en la tierra, actividades en el medio acuático y actividades en el aire. Tiene como objetivo principal fomentar los valores sociales, algunas de ellas son: caminar, acampar, nadar, bucear, paracaidismo, entre otras.
- Área lúdica: Es una herramienta para el proceso de enseñanza aprendizaje, potencializa todas las capacidades en el ser humano a través de juegos de mesa, juegos de salón, juegos tradicionales, videojuegos, juegos de ordenador, etc.
- Área manual: Fomentan la creatividad, estimula la imaginación en la creación artística y manual, dentro de ella podemos encontrar las pinturas, dibujos, elaboración de manualidades, creación de muebles, elaboración de pasteles, etc.
- Área artística: Desarrolla las habilidades; teatrales y musicales. Son actividades de pasatiempos, aficiones o hobbies: actividades individuales o en grupo dirigidas a las colecciones, la fotografía, el cuidado de plantas y jardinería doméstica, etc.
- Área social: Son vehículos idóneos para promover y facilitar los encuentros entre personas con gustos afines y para consolidar los vínculos intrafamiliares e intergeneracionales. Dentro de esta área existen las actividades culturales

participativas, asistencia a espectáculos artísticos-culturales, turístico-natural, histórico, social, físico-deportivos, actividades socio-familiares: asistencia a fiestas, realizar visitas, encuentros y conversatorios con amigos y familiares, participación en actividades de la comunidad.

Por las características, variedad y beneficios de las actividades recreativas se considera que estas; constituyen el medio principal del proceso de educación, del tiempo libre para el desarrollo de los conocimientos, habilidades, motivos, actitudes, comportamientos y valores en relación con el empleo positivo del tiempo libre.

Sin embargo; la recreación en la actualidad ha desempeñado un papel importante en el tratamiento de enfermedades físicas y mentales como estrategia terapéutica, la cual se centra en apoyar mediante procesos sociales; la atención de las carencias o necesidades propias del ser humano, intereses y desarrollo integral.

## **2.2 Terapia**

La terapia es vista como lo más apropiado cuando las personas exhiben limitaciones funcionales; sin embargo, la participación de la recreación genera oportunidades para adquirir nuevas destrezas, conocimientos y desarrollar nuevas actitudes, que en conjunto pueden fusionar un tratamiento integral.

La Terapia es la parte de la medicina que se ocupa del tratamiento de las enfermedades. Proviene del griego *therapeia*, que significa; prestar o tratar cuidados médicos. (Diccionario, 2009).

Una terapia es una interacción entre el paciente y el terapeuta; cuya finalidad es evaluar la situación del cliente atendiendo a tres factores: físicos, psicológicos y relacionales, mencionados a continuación:

- Factores Físicos:

Son factores de orden biológico tales como: respirar, dormir, beber agua, comer, deseo sexual, etc. O de enfermedades fisiológicas; diabetes, obesidad, enfermedades cardiovasculares y metales.

- Factores Psicológicos:

Son factores influyentes en el desarrollo, que se constituyen por aquellas disposiciones personales, perceptuales, emocionales y de personalidad.

- Factores Relacionales:

Estos factores se refieren a las relaciones interpersonales, sociales y culturales; es importante la cultura y el contexto social en donde el individuo se desenvuelve.

En base a estos factores y a la relación existente de la medicina, se debe entender que la terapia abarca una amplia variedad de tratamientos y prácticas, que varían entre los diferentes padecimientos o enfermedades. Dentro de las más comunes están las terapias físicas, las psicológicas y las terapias alternas (OMS, 2006).

a) Terapia Física:

También conocida como rehabilitación funcional, es la técnica y la ciencia de tratamiento a través de medios físicos como el ejercicio. La terapia física es una parte fundamental del proceso de rehabilitación después de un daño cerebral adquirido u otro tipo de lesión como la lesión medular o del aparato locomotor (Caren, 2009).

b) Terapia Psicológica:

Es la terapia encargada de la prevención, el diagnóstico y el tratamiento satisfactorios de enfermedades físicas y mentales, el alivio de los síntomas de las enfermedades y la modificación o regulación beneficiosa del estado físico y mental del organismo (Rascón, 2013) .

c) Terapia alterna o complementaria:

Es un conjunto de prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas, que incorporan medicinas basadas en: plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de manera individual o en combinación para mantener el bienestar del individuo (OMS, 2006).

Como se mencionó anteriormente al hablar de terapia; existe una gran diversidad de disciplinas para la construcción de propuestas terapéuticas, orientadas a restaurar y mejorar la salud psicosocial de personas y comunidades. No obstante las terapias realizadas a través de técnicas recreativas han mostrado ser altamente eficaces, por la posibilidad de aplicación grupal y su baja deserción.

Una vez expuestas dichas definiciones podemos esclarecer el término de “terapia recreativa” como un programa terapéutico de recreo planificado y organizado, fundamentado en teorías y técnicas psicoterapéuticas, que buscan mantener y mejorar la salud mental de personas y comunidades con necesidades específicas, abordándolas simultáneamente en sus dimensiones biológica psicológica y social (García, 2009).

La terapia recreativa busca el más alto nivel de salud posible en el continuo bienestar-enfermedad, enfocándose en las capacidades y fortalezas del consultante, considerando que la enfermedad puede ser una experiencia positiva que genera crecimiento.

### **2.3 Terapia recreativa (TR)**

Este concepto ha venido evolucionando desde principios del siglo XX; a continuación se transcriben en orden cronológico algunas definiciones de TR (Austin, 2001).

En 1936, Davis escribió: “La TR puede ser definida como cualquier actividad motora, sensorial o mental realizada en forma libre y voluntaria, vitalizada por el espíritu del juego expresivo, sostenida por actitudes placenteras fuertes y evocada por la liberación emocional del cuerpo entero”.

En 1972 Fryre y Peters conceptualizaron la TR como “un proceso a través del cual los esfuerzos intencionados se dirigen hacia el logro o maximización de los efectos concomitantes deseados de una experiencia de recreación”.

En 1980, O’orrow y Reynolds, la describieron como “un proceso en el cual las experiencias recreativas son usadas para lograr un cambio en el comportamiento de individuos con necesidades o problemas especiales”.

En 1982, Austin la consideró como “la implementación de intervenciones intencionadas diseñadas para ayudar a los clientes a crecer, a la vez que se les asiste en la prevención o disminución de problemas mediante la recreación”.

En 1989, O’orrow y Reynolds complementaron su anterior definición, diciendo “la TR tiene como única función asistir al cliente, sano o enfermo, para que la realización de sus experiencias y actividades recreativas contribuyan a su salud o su recuperación”.

En 1995, Carter, Van Andel y Robb, propusieron que “la TR se refiere a la aplicación especializada de actividades experienciales y recreativas, o intervenciones que ayuden a mantener o mejorar el estado de salud, las capacidades funcionales y finalmente la

calidad de vida de personas con necesidades especiales” y agregan “el proceso no se limita a ciertas categorías de sujetos o ciertos escenarios, la TR puede ser aplicable a todos los individuos”.

De acuerdo con Austin y Crawford (2001), la recreación terapéutica puede ser vista como un medio para restaurar el equilibrio después de una amenaza a la salud, para prevenir enfermedades y para lograr mayor desarrollo personal.

La Asociación Americana de Recreación Terapéutica (2009), define a la TR como “un servicio de tratamiento diseñado para restaurar, remediar y rehabilitar a una persona del nivel de funcionamiento y la independencia en las actividades de la vida, para promover la salud y el bienestar, así como reducir o eliminar las limitaciones de la actividad y las restricciones a la participación en la vida situaciones causadas por una enfermedad o condición de discapacidad.

En este recorrido se observa que los autores trascienden la valoración de la recreación terapéutica por la sola gratificación y bienestar que genera, a una nueva interpretación de la misma, por su posibilidad de fundamentarse en diferentes teorías de la salud y del desarrollo humano, para responder a necesidades específicas.

La recreación terapéutica puede ser útil en cualquier momento del proceso salud-enfermedad, ya que se han observado efectos positivos tanto en personas aparentemente sanas como en diferentes etapas de trastornos físicos y emocionales.

La terapia recreativa es un tratamiento de rehabilitación, cuyo fin es la adaptación del paciente, tiene como misión apoyar al paciente a valorar su problema, utilizando alternativas para tratar condiciones físicas, cognitivas, emocionales y sociales relacionadas con enfermedades lesiones o discapacidades crónicas.

## **2.4 Antecedentes de la terapia recreativa**

Los programas de recreación terapéutica han tenido un gran campo de aplicación en el área de la psiquiatría y la salud mental. Sus raíces se ubican especialmente en tres grandes movimientos que ocurrieron en el pasado siglo (Trejo, 2006).

El primero comenzó en el verano de 1901 en Estados Unidos, cuando pacientes psiquiátricos hospitalizados fueron ubicados en carpas hasta que disminuyera la temperatura ambiental, encontrando beneficios en su salud mental. Por esto su uso se implementó en hospitales, hasta la primera guerra mundial, debido a las dificultades propias de este momento histórico.

En los años 40 se inició el segundo movimiento con los campamentos de verano, dirigidos especialmente a satisfacer necesidades de socialización y recreación de niños y como propuesta terapéutica para adolescentes “problemáticos”.

El tercero se implementó en los años 60 y 70, en Inglaterra y luego en Estados Unidos, consistente en un proceso de terapia extramural basada en la aventura al aire libre, dirigida a delincuentes y pacientes psiquiátricos en hospitalización parcial o total.

Hoy en día, la TR aplicada a la salud mental se ha constituido como una alternativa terapéutica para la atención de múltiples trastornos en diferentes grupos poblacionales, pues a través de experiencias e investigaciones ha mostrado su efectividad.

El fundamento filosófico y psicológico de la TR estudia el significado de la vida y la importancia del mundo, en el cual el hombre se encuentra así mismo. Su objetivo es asistir al cliente, sano o enfermo, para que la realización de sus experiencias y actividades recreativas contribuyan a su salud o su recuperación.

## 2.5 Características y técnicas de la TR

La TR se caracteriza por la utilización de aproximaciones y técnicas de diversas corrientes psicológicas, centrándose no sólo en las necesidades y las dificultades específicas, sino también en las capacidades y fortalezas del paciente. La razón para una aproximación ecléctica es que aunque cada una de las teorías psicoterapéuticas aceptadas tiene sus puntos fuertes, ninguna tiene todas las respuestas. Por lo tanto, en vez de la imposición de una aproximación específica a todas las personas, los métodos se eligen según la naturaleza de sus necesidades (Trejo, 2006).

Entre las principales características psicológicas de la recreación, están las siguientes:

- Las personas realizan las actividades recreativas por sí mismas; libres de cualquier obligación o compulsión externa.
- Las actividades recreativas brindan a los participantes satisfacción inmediata.
- El elemento esencial de la recreación no está en los resultados, sino en el disfrute a través de la participación.
- La recreación es una forma de participación en la que el hombre siente lo que hace y hace lo que siente como expresión de una necesidad que se satisface.

Según Trejo (2006), la utilidad psicoterapéutica de la recreación se deriva del interjuego de dos mecanismos complementarios:

- Recreación en sí misma como “psicoterapia”, por la liberación de endorfinas que activan el centro cerebral de la recompensa, produciendo sensación de bienestar

y por las expresiones faciales y corporales positivas que afectan las emociones e influyen sobre los demás participantes de las actividades, potenciando el efecto.

- Recreación como “vehículo lúdico” o estrategia aplicada de diferentes teorías psicológicas para llevar a cabo procesos psicoterapéuticos, ya sea de forma individual o grupal.

Dentro de estos mecanismos, se generan dos aspectos importantes: el físico y el psicológico.

- Aspecto físico:

Posibilita la recreación física donde el cuerpo recobre un puesto entre los valores culturales bajo aspectos de la salud equilibrio físico o mental permite el desarrollo del interés por la belleza su apreciación estimación y el poder de complementarse entre sus pares.

- Aspecto psicológico:

Permite y favorece el desarrollo social entre personas como por ejemplo en el trabajo en el colegio y así crecer internamente.

Es necesario distinguir entre programas de Recreación Especial y Recreación psicoterapéutica, pues mientras la primera corresponde a la que se adapta a poblaciones con discapacidades, la segunda implica la utilización intrínseca de técnicas psicoterapéuticas en búsqueda de un objetivo claramente definido, no solamente para restablecer la salud, sino también para el desarrollo personal (Trejo, 2006).

De acuerdo con Trejo (2006), la clasificación de las técnicas adaptadas para la construcción de los programas terapéuticos son las siguientes:

- Clarificación de valores: se hacen conscientes los valores de las personas y se facilita la toma de decisiones con base en ellos.
- Aproximaciones conductuales: se rechazan los comportamientos indeseados y se premian los esperados, para ir cambiando así las conductas.
- Aproximaciones cognoscitivas: se identifican, evalúan y cambian los pensamientos automáticos, para cambiar las emociones y conductas.
- Aproximaciones estructurales: se identifican y elaboran las estructuras mentales de interacción con los demás. Se hace adiestramiento en asertividad y resolución de conflictos.
- Aproximaciones mente/cuerpo: se enfocan las sensaciones corporales para retroalimentar la información mental, como en la relajación y la concienciación sensorial.
- Aproximaciones no verbales: se utilizan la vivencia mental o real de diversas situaciones con impacto terapéutico, tales como visualización e imaginación guiada, terapia con horticultura y la terapia apoyada en animales.
- El deporte recreativo: utilización de deportes con reglas flexibles adaptadas a las necesidades de los participantes.
- Rituales: celebración de acontecimientos personales, familiares y sociales.

## **2.6 TR orientada desde la terapia cognitivo-conductual**

En el tratamiento de enfermedades mentales, la terapia recreativa puede ser un tratamiento versátil de abordar diversos temas. Tradicionalmente las psicoterapias se han llevado a cabo únicamente en ambientes institucionales o en consultorios (Trejo, 2006).

Retomando el apartado “tratamientos eficaces para la depresión” en el capítulo uno, se menciona que las terapias cognoscitiva y conductual, son de las más utilizadas para los trastornos psiquiátricos depresivos, ya que sus técnicas exigen comprobación en los escenarios en los cuales se desenvuelve el paciente. De acuerdo con estas teorías, la solución de estos problemas se centra en la identificación y corrección de estos pensamientos irracionales, que son el núcleo de los trastornos depresivos, ansiosos, de personalidad y de alimentación, entre otros.

Muchas personas con trastornos físicos y psicológicos presentan una amplia gama de pensamientos irracionales que generan respuestas emocionales dolorosas, las cuales se traducen en conductas mal adaptativas.

Estos trastornos pueden ser intervenidos con la TR basada en la teoría cognoscitiva-conductual, ya que muchos objetivos pueden ser alcanzados mediante actividades recreativas intencionadas, que contribuyan a la solución de sus necesidades, para estimular cambios conductuales en los pacientes con trastornos psíquicos e incorporarlos a su entorno socio-familiar.

La terapia cognoscitiva-conductual (TCC), es una forma de entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo que uno hace afecta a sus pensamientos y sentimientos (Trejo, 2006).

De acuerdo con Beck (1983), las cuatro principales características que debe ofertar este procedimiento al paciente, radican en que éste deberá ser activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado.

La primera característica hace referencia a que dentro de la intervención, la relación existente entre paciente y terapeuta debe de ser activa; es decir que el terapeuta se encontrará en continua actividad e interacción intencionadamente con el paciente, fungiendo un papel de guía a lo largo de las sesiones de intervención. Al igual que la participación activa del paciente, pues es de considerar que es la persona indicada para reformular las cogniciones existentes.

La segunda, menciona que el proceso debe de ser directivo, debido a que debe poseer un objetivo de intervención, el cual será atendido mediante la estructuración que le dé el terapeuta a lo largo de las sesiones, con la finalidad de atender las demandas del paciente mediante el empleo de técnicas y estrategias que permitirán el cumplimiento del objetivo de la terapia.

Así también, la intervención bajo la TCC deberá ser estructurado en función del objetivo terapéutico que manifieste el paciente; con base en esto, el terapeuta estructurará la terapia de acuerdo al tiempo, técnicas y estrategias que empleará para que el paciente participe activamente en la reestructuración de sus cogniciones y comportamientos.

Y la última característica que enuncia Beck (1983), manifiesta el tiempo limitado que deberá poseer el proceso de intervención; durante éste, el terapeuta debe de formular estrategias encaminadas a cumplir con el objetivo terapéutico.

Un programa de estas características puede ser utilizado eficaz y eficientemente para el manejo de la depresión en diferentes comunidades (Trejo, 2006).

Es evidente que en nuestro país, dadas las condiciones de subdesarrollo, es muy alto el número de personas que necesitan atención en salud mental y, sin embargo, son pocos los profesionales formados para esta atención.

Es por esto que se requiere encontrar, enseñar y aplicar psicoterapias que sean eficaces para lograr los objetivos buscados, eficientes por los escasos recursos existentes y sencillos para que puedan ser enseñadas y administradas por “profesionales” e, incluso, por personas sin un nivel académico alto, pero con un entrenamiento adecuado.

**CAPÍTULO III**  
**IMPLEMENTACIÓN DE LA TR EN PACIENTES CON TDM, DEL INSTITUTO**  
**NACIONAL DE PSIQUIATRIA “RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ” (INPRFM)**

*“No deberías enfocarte en por qué no puedes hacer algo, que es lo que la mayoría de la gente hace. Sino en por qué no puedes hacerlo y ser una de las excepciones”*

*Steve Case.*

Hoy en día las necesidades crecientes de atención en salud mental, requieren programas de intervención, creativos y científicamente probados bajo el tratamiento integral adecuado que ayude a elevar la calidad de vida del usuario, así como favorecer a que éste se integre a las actividades de rehabilitación psicosocial.

En el año 2008; la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, presentó a la opinión pública su informe especial sobre los hospitales psiquiátricos (Véase en el anexo 4), efectuando la supervisión a los 41 hospitales que brindan atención intrahospitalaria, ubicados en la República Mexicana, con el propósito de constatar y conocer la situación que prevalece en los hospitales psiquiátricos y los pacientes que estos albergan, así como garantizar el ejercicio efectivo de sus derechos humanos.

Dentro de estos hospitales se encuentra el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), el cual brinda atención psiquiátrica continua mediante un programa de Terapia Recreativa como medida de apoyo para el tratamiento de las enfermedades mentales, que consiste en darle metodología a la recreación de los pacientes durante su internamiento a través de la terapia psicológica.

El objetivo principal es promover la rehabilitación del paciente psiquiátrico a través de actividades recreativas y artísticas, que le proporcione fortalecer o desarrollar habilidades sociales, cognitivas, emocionales, motrices y de autoconocimiento, que le permitan incrementar su salud y calidad de vida (INPRFM, 2014).

### **3.1 Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” (INPRFM).**

El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), es una institución capaz de transformar nuestra manera de entender la enfermedad mental a partir de la investigación, de la traducción de los hallazgos científicos en programas, en mejores prácticas para la prevención de la enfermedad, en la atención de las personas que enferman y en recomendaciones para las políticas públicas; una parte importante de este esfuerzo ha sido la formación de profesionales de la salud mental.

En la primera etapa de “gestación” bajo la dirección de su fundador Ramón de la Fuente, se fortaleció a la psiquiatría biológica, manteniendo su vocación humanista y sin perder la perspectiva social. Se buscó “mediante los métodos de la investigación científica; abordar los desórdenes del pensamiento, el afecto y la conducta en su sustrato neural y molecular, sin soslayar su dimensión social, para alterar favorablemente el curso de algunas de las enfermedades y desórdenes más frecuentes” (Muñiz, 2010).

Como integrante de los institutos nacionales de salud ha obtenido la certificación y recertificación del Consejo de Salubridad General, lo que garantiza la calidad de sus servicios. Los Servicios Asistenciales del INPRFM, han representado un impulso a la calidad de los servicios médico psiquiátricos en nuestro país.

La Dirección de Servicios Clínicos; es una unidad médica asistencial especializada, en búsqueda permanente de vanguardia de avances médicos psiquiátricos, contando con el equipamiento más moderno en los servicios diagnósticos para las diferentes subespecialidades de la Psiquiatría, los cuales son:

1. Preconsulta: Este servicio se encarga de atender a los usuarios que acuden por primera vez a solicitar atención, realizando la historia clínica; que es una entrevista realizada por un médico psiquiatra para recopilar con detalle las características de su padecimiento, sus antecedentes, su examen mental y físico, quien determinará si requiere atención en esta institución para consulta externa o de atención psiquiátrica continua para quienes solicitan la hospitalización. Si es aceptado, se le entregará un carnet y se programará la evaluación de trabajo social o estudio socioeconómico. Se proporciona este servicio diariamente para citas de preconsulta, de lunes a viernes (en días hábiles) distribuidas en el horario de 8:00 a 13:00 horas, con una duración de consulta aproximada de 30 minutos.
2. Trabajo Social: Área encargada de elaborar un diagnóstico certero de la situación socioeconómica de las y los pacientes; todo esto para brindar una mejor atención mediante una orientación (abordaje individual) y psicoeducación (sesiones grupales) sobre la problemática presentada.
3. Psiquiatría: Área encargada de brindar atención a personas con trastornos psiquiátricos como depresión y ansiedad, entre otros. La cual se encarga de la preconsulta mencionada anteriormente y el seguimiento al tratamiento de los pacientes internos (a través de la supervisión diaria de la sintomatología de los pacientes las 24 horas según lo requieran) y externos (mediante la supervisión periódica en sus consultas designadas).
4. Psicología: La atención psicoterapéutica incluye varias modalidades: individual o grupal, en pacientes internos a través del programa de Terapia Recreativa, que se imparte de lunes a viernes en un horario de 10:00am a 13:00pm, o en pacientes externos; individual, grupal, familiar y de pareja, en sesiones semanales de una hora.

Se proporcionan estos servicios las 24 horas, los 365 días del año con el objetivo de ofrecer una intervención psiquiátrica oportuna en los casos que ameriten atención inmediata.

Su misión:

Mejorar la salud mental de la población mexicana por medio de la investigación multidisciplinaria de excelencia, la atención médica especializada y la formación de recursos humanos en los principios de calidad y calidez.

Su visión:

Consolidarse como centro líder en neurociencias, investigación clínica, epidemiológica y social, de atención y docencia, capaz de dar respuesta a las prioridades nacionales en salud mental, incluyendo las adicciones (Muñiz, 2010).

### **3.2 Programa de TR en pacientes hospitalizados del INPRFM**

La terapia recreativa como un elemento auxiliar en la mejora de los internos del INPRFM se ha venido realizando regularmente desde el año 2015, dicha labor se ha desarrollado bajo las siguientes premisas:

- El tiempo promedio de estancia en un paciente hospitalizado es muy breve varía de 4 a 8 semanas aproximadamente.
- La terapia recreativa no puede contemplar actividades a largo plazo por lo expuesto en el punto anterior.

- La TR se realiza de lunes a viernes por medio de sesiones de tres horas en el área designada por el departamento de psicoterapia.
- El área de terapia recreativa es un espacio acondicionado y destinado para impartir actividades con fines terapéuticos, en donde los pacientes son trasladados de los tratamientos con que cuenta el Instituto.
- El tipo de diagnóstico con mayor frecuencia es el Trastorno Depresivo Mayor objeto de estudio en esta investigación.
- El conjunto de las actividades que forman la terapia recreativa en el Instituto, son seleccionadas especialmente para pacientes psiquiátricos ya que existen otras que requieren de herramientas y materiales peligrosos, razón que impide su implementación.

Al igual que toda sesión terapéutica, las sesiones de terapia recreativa llevan un objetivo definido y estructura específica dependiendo de las necesidades de los pacientes.

Objetivo General de la Terapia Recreativa en el INPRFM:

Promover la rehabilitación del paciente psiquiátrico a través de las actividades recreativas y artísticas, proporcionándole a su vez habilidades sociales, cognitivas, motrices, emocionales y de autoconocimiento que mejoren su salud y calidad de vida.

La estructura de la TR se realiza bajo las siguientes acciones:

1. Ejercitación física previa: En esta etapa se involucran actividades para mejorar y mantener el bienestar físico de los pacientes dentro de los cuales se encuentran ejercicios básicos de calentamiento, flexibilidad, relajación, juegos recreativos con el objetivo de que el sujeto mantenga y desarrolle capacidades motoras gruesas evitando un posible deterioro físico, además al estar físicamente activo ayuda a relajar la tensión mental y muscular.
2. Introducción a la actividad: Esta fase tiene como finalidad dar a conocer la actividad a efectuar, explicar en qué consiste y cuál es el material necesario. El propósito es que el paciente comprenda lo que tiene que hacer durante la terapia lo cual facilita el trabajo.
3. Desarrollo de la actividad: Esta fase tiene como finalidad de la realización paulatina de la actividad elegida, lo primero es repartir el material, después se da inicio a la sesión manteniendo durante el transcurso la supervisión constante general como una atención particular con cada paciente.
4. Cierre: Comprende la parte final de la terapia consiste en la exposición de trabajos y comentarios acerca de la actividad efectuada es decir esta fase es de suma importancia ya que en ella se realiza una retroalimentación entre pacientes y terapeutas a través de las fases anteriores es posible enriquecer las relaciones sociales interpersonales originando así que el paciente se sienta útil e integrado a un grupo.

El procedimiento para la terapia recreativa se lleva a cabo en un horario de 10:00 a 13:00 horas de lunes a viernes en el área designada.

### **3.3 Actividades recreativas en el paciente**

Las actividades se rigen mediante 13 puntos determinados para el análisis psicológico, los cuales son el medio de evaluación de los pacientes dentro del tiempo de internamiento y se mencionan a continuación:

#### **1. Calistenia:**

Se define como un conjunto de ejercicios que centran su interés en los movimientos de grupos musculares, más que en la potencia y el esfuerzo, con el objetivo de desarrollar la agilidad, la fuerza física y la flexibilidad. La palabra Calistenia, tiene una raíz etimológica del “griego antiguo “Kallisthenés” que significa lleno de vigor.

En relación al plano psicológico, tiene como objetivo reforzar la autoimagen, el auto concepto y por consiguiente la autoestima. Supone una liberación catártica, producida por la secreción de hormonas como; las endorfinas y la dopamina tras la sesión del entrenamiento. Todo ello, conlleva a una mayor adherencia a la práctica deportiva, convirtiéndose en un hábito placentero y no en una obligación, pues el practicante, observa resultados a corto plazo y mejoras en su organismo y fomenta así su deseo por el ejercicio (Alijas, 2015).

#### **2. Coordinación motriz:**

Según Lorenzo (2006), la coordinación motriz es el conjunto de capacidades que organizan y regulan de forma precisa, todos los procesos parciales de un acto motor en función de un objetivo motor preestablecido. Dicha organización se ha de enfocar como un ajuste entre todas las fuerzas producidas, tanto internas como externas, considerando todos los grados de libertad del aparato motor y los cambios existentes de la situación (Mori, 2008).

Así mismo la coordinación está conformada por las siguientes capacidades: equilibrio, ritmo, orientación espacio-temporal, reacción motora, diferenciación kinestésica, adaptación, transformación y combinación o acoplamiento de los movimientos.

### 3. Integración grupal:

La integración es un fenómeno que sucede cuando un grupo de personas unen al mismo a alguien que está por fuera, sin importar sus características y sin fijarse en las diferencias.

La integración grupal tiene como objetivo potenciar a las personas en el desarrollo de su propia autonomía (Madrid, 2007).

En los grupos; la persona vive, siente y experimenta nuevas conductas a través de la interacción con los demás compañeros, emergiendo en estos grupos aspectos de gran importancia de la propia persona que le permiten encontrar la forma más íntima y satisfactoria de relacionarnos.

### 4. Relaciones interpersonales:

Tal como lo dice su nombre, las relaciones interpersonales se caracterizan por darse entre dos o más personas, son aquellas que suponen que un individuo interactúa con otro y por tanto, entra en su vida al mismo tiempo que deja que esa otra persona entre en la suya.

Las relaciones interpersonales son muchas y muy variadas, entre las más comunes están las relaciones familiares (las primeras que una persona establece y las que lo marcan de por vida), las de amistad, de pareja, laborales, etc. Todas estas relaciones

nutren a la persona ya que cada una de ellas aporta elementos que van determinando el carácter y la personalidad del individuo (García, 2009).

Este tipo de relaciones son siempre necesarias para el desarrollo pleno de la persona y es por esto que aquellas personas que tienen problemas o dificultades sociales para relacionarse con otros suelen sufrir o terminar aislándose del mundo que los rodea.

#### 5. Socialización:

Es el proceso mediante el cual las personas aprenden e internalizan las normas y los valores que priman en la sociedad en la cual viven. Las personas aprendemos en la socialización la lengua que se habla, los símbolos, las creencias, normas y valores que se fueron erigiendo de la sociedad en cuestión.

Este proceso, podría centrarse al menos en cuatro aspectos: la susceptibilidad del ser humano de ser socializado mediante el aprendizaje; la existencia de bases referenciales que operan como modelos y patrones ejemplares; las consecuencias de la asimilación cultural y su interrelación con los demás procesos sociales; la influencia que estos aspectos ejercen en la creatividad y la expresividad el individuo (González, 2001).

#### 6. Adaptación:

Es un verbo que hace referencia a la acomodación o ajuste de algo respecto a otra cosa como proceso a través del cual, el individuo asimila una nueva forma de supervivencia, se adapta a nuevas situaciones y busca formas de interrelación.

Hay cuatro elementos que intervienen en nuestra capacidad de acomodación: la curiosidad, el instinto de supervivencia, el afán de superación y, de manera muy especial, la inteligencia.

En términos psicológicos, este proceso sirve para que logremos alcanzar nuestras necesidades personales percibidas, estableciendo contacto con fuentes humanas y físicas de las cuales la persona espera lograr ayuda para completar sus necesidades (Alijas, 2015).

## 7. Orientación:

Esta acción hace referencia a situar una cosa en una cierta posición, a comunicar a una persona aquello que no sabe y que pretende conocer, o a guiar a un sujeto hacia un sitio. La orientación, en definitiva, implica el conocimiento del espacio y del contexto. Alude al estado de bienestar sustentado en la toma de conciencia de las propias aptitudes y la capacidad de afrontamiento de las presiones normales de la vida (OMS, 2001).

La orientación cuenta con los referentes teóricos y metodológicos necesarios para comprender y favorecer el desarrollo socioemocional de las personas en las diversas etapas del desarrollo, en los diferentes contextos y situaciones en que estas se encuentren, pues enfatiza lo afectivo y se centra en el individuo como un todo que interactúa con su medio socio-cultural e histórico.

La orientación, como desarrollo de fortalezas humanas guiadas evolutivamente, permiten trabajar con cualquier problemática y cualquier población, busca rescatar las habilidades y destrezas que posee la persona, a pesar de su problema” (Bonilla, 1993).

## 8. Participación:

Es la acción de involucrarse en cualquier tipo de actividad de forma intuitiva o cognitiva. Sirve para tomar contacto con el medio ambiente.

La participación engloba todo tipo de actividades para el mejoramiento de las condiciones de vida. Es un espacio dinámico que provee a los participantes la oportunidad para influir en las respuestas que el estado da a sus problemas.

Es también un proceso educativo no formal, que se desarrolla en las relaciones interpersonales establecidas durante la participación (Madera, 2009).

## 9. Memoria:

La memoria es una de las principales funciones del cerebro humano y es el resultado de las conexiones sinápticas entre neuronas, siendo estas las responsables de que el ser humano pueda retener situaciones que se desarrollaron en el pasado. La memoria puede clasificarse en memoria a corto plazo y a largo plazo, esto dependerá de la frecuencia de excitación de la sinapsis, si es transitoria o permanente.

En la memoria de corto plazo almacenamos todos aquellos sucesos cotidianos de nuestra vida, que necesitamos recordar por un período determinado de tiempo, pero que es relativamente corto o muy corto. En cambio, la memoria a largo plazo se relaciona con sucesos de nuestra vida que han marcado nuestra existencia, para bien o para mal y que, de una manera u otra, son significativos.

Uno de los principales contenidos de la memoria, cuidadosamente archivados y clasificados en su interior, son los recuerdos, también conocidos como imágenes del pasado que nos sirven para recordar a alguien o algo que nos ocurrió en ese momento (Martin, 2005).

## 10. Actitud:

La actitud es la disposición voluntaria de una persona frente a las exigencias del ambiente, pueden englobarse en actitud positiva o negativa.

La actitud positiva de una persona, se origina en hacer uso de aquellos recursos que esta posee para solucionar sus problemas y dificultades. Así, la actitud mental positiva tiene injerencia en la salud psíquica; fomentando sentimientos que trasuntan bienestar y placidez.

Por el contrario, la actitud negativa es fuente inagotable de sentimientos derrotistas. Una persona con actitud negativa enfoca su atención en aquello que carece y que necesita: salud, dinero, amor, etc.

Estos tipos de actitudes (negativas o positivas) pueden utilizarse para catalogar nuestro comportamiento para quienes nos rodean.

Entre las actitudes positivas, que seguramente estrecharán y fortalecerán nuestros vínculos con los demás ya sea en la familia, los amigos, el trabajo, la escuela, asociaciones en las que participemos son: solidaridad, compañerismo, entendimiento, el ser proactivos, la creatividad, el buen humor, entre otros.

En cambio, aquellas que se relacionan con la actitud negativa y que tienden a crear conflictos y tensiones con los demás, son: egoísmo, envidia, celos, rencor, mentira, avaricia, soberbia, indiferencia, entre otras que pueden identificarse.

Estas actitudes, las que conforman nuestra “forma de ser” son las que pueden ocasionarnos ventajas o desventajas con los demás, en nuestras interacciones sociales (Bulacio, 2003).

### 11. Autoexpresión:

La autoexpresión es la manifestación de la existencia individual. Lo que se expresa en el exterior refleja lo que sucede en el interior del organismo.

La autoexpresión es lo que se manifiesta y corresponde con el autoconocimiento y la autopercepción, son aspectos internos o psíquicos de la existencia individual. La autoexpresión es una función consciente del ego y del cuerpo.

En terapia, la autoexpresión resulta de la polaridad expresada en la capacidad de expresar un sentimiento y controlar su expresión. A través de la expresión y el control, la persona madura, crece. Este control lo ejerce al principio el terapeuta y, gradualmente, se traslada al paciente en la medida en que aprende que cuando acepta y confía en sus sentimientos, éstos pierden la apariencia de fuerzas extrañas que amenazan su ego (García, 2009).

### 12. Tolerancia a la frustración:

Este concepto que significa una idea, involucra dos conceptos: “tolerancia” y “frustración”.

La tolerancia se origina en el latín *tolerare* que significa “soportar” y hace referencia al nivel de admisión o aprobación frente a aquello que es contrario a nuestra moral. Se entiende como el respeto por los pensamientos y las acciones de terceros cuando resultan opuestos o distintos a los propios.

Por otro lado la palabra frustración se trata de un sentimiento desagradable, que se produce cuando las expectativas de una persona no se ven satisfechas al no poder conseguir lo pretendido.

Para la psicología, la frustración es un síndrome que presenta síntomas diversos. De todas formas, estos síntomas están todos vinculados a la desintegración emocional, que se vive en diferentes niveles y con múltiples causas y consecuencias. El impacto de la frustración sobre el sujeto varía de acuerdo a la personalidad y a diversas variables que son difíciles de controlar (Gordillo, 2010).

Existen distintos tipos de procesos frustrativos: la frustración por barrera (cuando existe un obstáculo que impide alcanzar el objetivo), la frustración por incompatibilidad de dos objetivos positivos (existe la posibilidad de alcanzar dos objetivos, pero estos son incompatibles entre sí), la frustración por conflicto evitación-evitación (la huida ante dos situaciones negativas) y la frustración por conflicto aproximación-aproximación (la indecisión ante una situación que provoca resultados positivos y negativos en igual medida).

### 13. Toma de decisiones:

Es una capacidad puramente humana propia del poder de la razón unido al poder de la voluntad. Tomar una decisión es un proceso reflexivo que requiere de tiempo para valorar distintas opciones y también, las consecuencias de cada decisión.

La toma de decisiones requiere de la participación de las funciones ejecutivas, por ser éstas las encargadas de iniciar, supervisar, controlar y evaluar la conducta. Muestra la libertad personal de cada ser humano que tiene el poder de decidir qué quiere hacer. El proceso, en esencia, permite resolver los distintos desafíos a los que se debe enfrentar una persona o una organización (Madera, 2009).

Conforme a estos puntos se elaboran las actividades a realizar dentro del programa TR, generadas por un objetivo, supervisadas y evaluadas por los psicólogos encargados del área, mediante una evaluación piloto determinada por el contexto de la TR cuyo autor principal es el Psic. Paúl Andrés Camacho García (2015), la cual consiste en un registro observacional que permite la señalización de conductas y habilidades de los pacientes en las actividades recreativas y artísticas; realizadas bajo sesiones semanales de 3 horas, planteadas mediante: introducción, desarrollo y cierre, para la prescripción e implementación de estrategias y recomendaciones que apoyen a la rehabilitación del paciente.

**CAPÍTULO IV**  
**METODOLOGÍA**

## **4.1 Planteamiento del problema**

“Plantear el problema no es sino afinar y estructurar más formalmente la idea de investigación” (Sampieri, 2010).

La depresión constituye uno de los síndromes psiquiátricos más frecuentes e incapacitantes entre la población adscrita al INPRFM. Los trastornos del estado de ánimo y fundamentalmente la depresión tiene una elevada prevalencia en base a su alta incidencia, recurrencia y tendencia a la cronicidad, lo que conlleva a la alta morbilidad tanto directa como indirecta (Rodriguez, 2005).

Es por ello que esta investigación se planteó en la siguiente pregunta ¿El programa de terapia recreativa ayuda a disminuir los síntomas de depresión mayor en los pacientes hospitalizados, del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”?

## **4.2 Objetivo**

De acuerdo con Sampieri (2010), los objetivos señalan a lo que se aspira en la investigación y deben expresarse con claridad, pues son las guías del estudio.

En este sentido, el objetivo general de esta investigación fue; evaluar si la terapia recreativa ayuda a disminuir los síntomas de depresión mayor en los pacientes hospitalizados del INPRFM.

## **4.3 Objetivos específicos**

- Promover la rehabilitación del paciente psiquiátrico a través de las actividades recreativas y artísticas.

- Proporcionar al paciente psiquiátrico habilidades sociales, cognitivas, motrices, emocionales y de autoconocimiento que mejoren su salud y calidad de vida.
- Dar a conocer la T.R. como alternativa de tratamiento en pacientes hospitalizados.

Para contrastar estos objetivos se formularon las siguientes hipótesis:

#### **4.4 Hipótesis**

Las hipótesis de investigación son posiciones tentativas sobre la o las posibles relaciones entre dos o más variables (Sampieri, 2010).

- Hi: La terapia recreativa ayuda a disminuir los síntomas de Depresión Mayor en pacientes hospitalizados del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.
- Ho: La terapia recreativa no ayuda a disminuir los síntomas de Depresión Mayor en pacientes hospitalizados del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

#### **4.5 Diseño de la investigación**

El diseño es el plan o estrategia que se desarrolla para obtener la información que se requiere en una investigación (Sampieri, 2010).

Esta investigación se realizó mediante un diseño Pre-experimental, que consiste en administrar un estímulo o tratamiento a un solo grupo y después aplicar una medición de una o más variables para observar cuál es el nivel del grupo en éstas, donde el

tratamiento de TR será aplicado a los pacientes con TDM del INPRFM. Este diseño no cumple con los requisitos de un experimento puro y puede considerarse como una prueba piloto.

El enfoque de esta investigación es de tipo cuantitativo, el cual usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías (Sampieri, 2010).

Para ello; se llevó a cabo la evaluación de los síntomas depresivos antes y después del programa TR, mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II, 1991), cuyo método determina el objeto de estudio de esta investigación.

#### **4.6 Tipo de estudio de investigación**

La investigación es de carácter exploratorio, por ser una prueba piloto que se realiza cuando el estudio es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, cuyo objetivo es obtener información para realizar una investigación más completa de un contexto particular (Sampieri, 2010).

#### **4.7 Definición de variables**

Una variable es una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse (Sampieri, 2006).

- Variable Independiente: Terapia Recreativa

Definición conceptual: La Asociación Americana de Recreación Terapéutica (2009), lo define como “un servicio de tratamiento diseñado para restaurar,

remediar y rehabilitar a una persona del nivel de funcionamiento y la independencia en las actividades de la vida, para promover la salud y el bienestar, así como reducir o eliminar las limitaciones de la actividad y las restricciones a la participación en la vida situaciones causadas por una enfermedad o condición de discapacidad.

Definición operacional: Resultados de la evaluación piloto mediante el registro observacional del análisis psicológico de los 13 puntos (AP13p), mediante la señalización de la presencia (√) o ausencia (×) de conductas y/o habilidades en los pacientes desarrolladas en el programa de TR.

- Variable Dependiente: Trastorno Depresivo Mayor

Definición conceptual: La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos; tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida además en mayor o menor grado están presentes síntomas de tipo cognitivo volitivo y somático por lo que es una afectación global de la vida psíquica (DSM-IV, 1952).

Definición operacional: Resultados obtenidos de la aplicación del Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II), cuestionario auto administrado que consta de 21 ítems de respuesta múltiple relacionados con síntomas depresivos como: la desesperanza e irritabilidad, culpa o sentimientos de castigo, así como síntomas físicos relacionados con la depresión.

## **4.8 Muestra**

La muestra es, en esencia, un subgrupo de la población. Digamos que es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que llamamos población.

### Muestra (n):

Este estudio se llevó a cabo mediante un muestreo Intencional – No probabilístico, que es una muestra representativa de 30 pacientes hombres y mujeres: casados, solteros y/o separados, con un rango de edad de 18 a 54 años, de escolaridad primaria, secundaria, preparatoria y/o universidad, ocupación obrero, profesionista, desempleado, hogar, diagnosticados con TDM internados en el INPRFM.

## **4.9 Instrumentos de medición**

Los instrumentos de medición son el recurso que utiliza el investigador para registrar información o datos observables, que representan verdaderamente los conceptos o las variables que el investigador tiene en mente (Sampieri, 2006).

Los instrumentos utilizados en esta investigación fueron:

- Inventario de Depresión de Beck (BDI-II, 1991)
- Análisis psicológico de la TR en base a 13 puntos (AP13p, 2015)

El Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II), creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck, en 1961. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas de a partir de 13 años de edad. Está compuesto de 21 ítems de respuesta múltiple relacionados con síntomas depresivos como: la desesperanza e irritabilidad, culpa o sentimientos de castigo, así como síntomas físicos relacionados con la depresión. El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 63 puntos; determinados por las siguientes categorías de 0-13 Depresión Mínima, 14-19 Depresión Leve, 20-28 Depresión Moderada, 29-63 Depresión Grave (Véase en el anexo 2).

El Análisis psicológico de la TR en base a 13 puntos (AP13p, 2015), es una evaluación piloto creada por el psicólogo encargado del área de Terapia Recreativa, Paúl Andrés Camacho García, en 2015. Que consiste en el registro observacional de los 13 puntos (adaptación, integración grupal, participación, relaciones interpersonales, socialización, actitud, calistenia, coordinación motriz, toma de decisiones, tolerancia a la frustración, autoexpresión, orientación y memoria), donde los encargados del área registran la presencia (√) o ausencia (×) de estos, cuyo objetivo es la prescripción e implementación de estrategias y recomendaciones para la rehabilitación del paciente (Véase en el anexo 3).

#### **4.10 Procesamiento de la información**

La realización de una investigación conlleva a recorrer una serie de fases en las que el investigador se concentra en una tarea específica de la misma. Aunque toda investigación posee características propias, hay un amplio consenso en señalar etapas generales que ocurren en toda investigación (Castro, 1994).

Para esta investigación se llevaron a cabo cuatro fases generales que, una vez determinado el tema de interés “La evaluación de la Terapia Recreativa en pacientes hospitalizados con TDM, del INPRFM”, nos permita la resolución de la problemática que nos interesa conocer.

Dentro de la primer fase nació la necesidad de precisar ¿Qué queremos investigar?, ¿Por qué o para qué?, y ¿Dónde?, por lo que el interés se basó en uno de los trastornos más frecuentes a nivel mundial “la depresión” debido a su alta prevalencia y cormobilidad en los últimos años. De igual forma conocer los tratamientos existentes para contrarrestar los efectos y evitar el incremento de este trastorno.

Esta investigación se realizó en el INPRFM ubicado en calzada México – Xochimilco N. 101. Tlalpan, Huipulco, México, D.F., que cuenta con un tratamiento integral para los trastornos mentales, mediante un programa de TR innovado en el 2015, el cual determinó el objetivo general “Evaluar si la TR ayuda a disminuir los síntomas depresivos en los pacientes hospitalizados”.

Para la segunda fase las cuestiones que se plantearon fueron: ¿qué sujetos son los adecuados para realizar nuestro estudio?, ¿cuántos?, y ¿cómo se va realizar?, para ello se seleccionó una muestra intencional-No probabilística de 30 pacientes constituida por 25 mujeres y 5 hombres, diagnosticados con depresión mayor adscritos al INPRFM, quienes mediante un diseño cuantitativo fueron evaluados con el Inventario BDI-II, instrumento que determinó el grado de depresión en el que se encontraban al inicio y al final de su internamiento, y el análisis psicológico de los 13 puntos generados del programa de TR, cuya finalidad se centró en la observación y preinscripción de conductas y habilidades de los pacientes durante su rehabilitación que corresponden a un diseño cuantitativo meramente representativo.

Posteriormente se llevó a cabo la tercer fase que consiste en la implementacion de la TR, el cual es un programa creado para la rehabilitación del paciente psiquiátrico durante su internamiento que dura aproximadamente de 20 a 30 días, donde los pacientes asistian de lunes a viernes en un horario de 10:00 a 13:00 hrs al área de TR, donde se llevó a cabo un total de 30 actividades recreativas y artísticas orientadas a los 13 puntos para el análisis psicológico de cada sesión, estructuradas por: introducción, desarrollo y cierre, enfocadas al objetivo de la actividad realizada, asi como al objetivo general de la investigación.

Por último se realizó la cuarta fase que consiste en la recoleccion de los datos obtenidos de los cuestionarios aplicados a los pacientes con depresión adscritos al INPRFM, durante el periodo de Julio- Agosto del 2015. Para llevar a cabo un análisis de forma más clara se creó un archivo en microsoft excel, en donde se realizó el vaciado de todos los datos obtenidos para posteriormente ser analizados por medio de tablas y gráficas efectuadas en el programa estadístico “Statistical Package for the Social Sciences”, SSPS 19.0.

**CAPÍTULO V**  
**ANÁLISIS DE RESULTADOS**

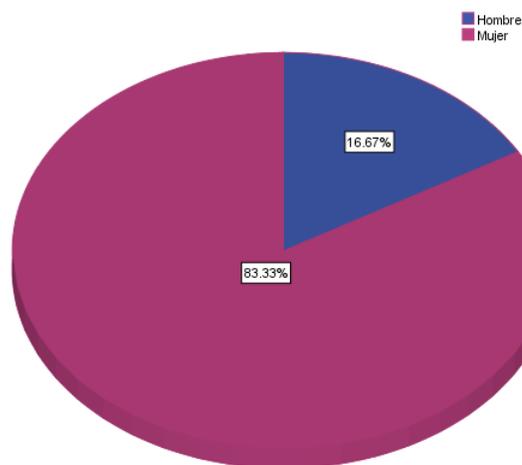
Los trastornos depresivos son los trastornos mentales más comunes en los servicios de atención primaria en el mundo (OMS, 2006).

De igual forma en el INPRFM; el trastorno depresivo mayor se ha determinado como el trastorno de mayor incidencia en los ingresos a la unidad hospitalaria.

Es por ello que esta investigación se centró en pacientes con trastorno depresivo mayor, adscritos al INPRFM, donde el tratamiento para los trastornos mentales, principalmente trastornos depresivos, se realiza mediante el tratamiento psiquiátrico - farmacológico y el tratamiento psicológico de TR, cuya finalidad es evaluar mediante el Inventario de Depresión de Beck y el Análisis Psicológico de los 13 puntos a los pacientes seleccionados.

Para ello, la muestra seleccionada fue de 30 pacientes diagnosticados con depresión, donde el 83.33% corresponden al sexo femenino y el 16.67% al sexo masculino (Gráfico 1 y Tabla 1), cuyas edades oscilan entre los 16 y 55 años de edad (Tabla 2).

**Gráfico 1. MUESTRA**



**Tabla 1. GÉNERO DEL PACIENTE**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Género Hombre	5	16.7	16.7	16.7
Mujer	25	83.3	83.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

**Tabla 2. EDAD DEL PACIENTE**

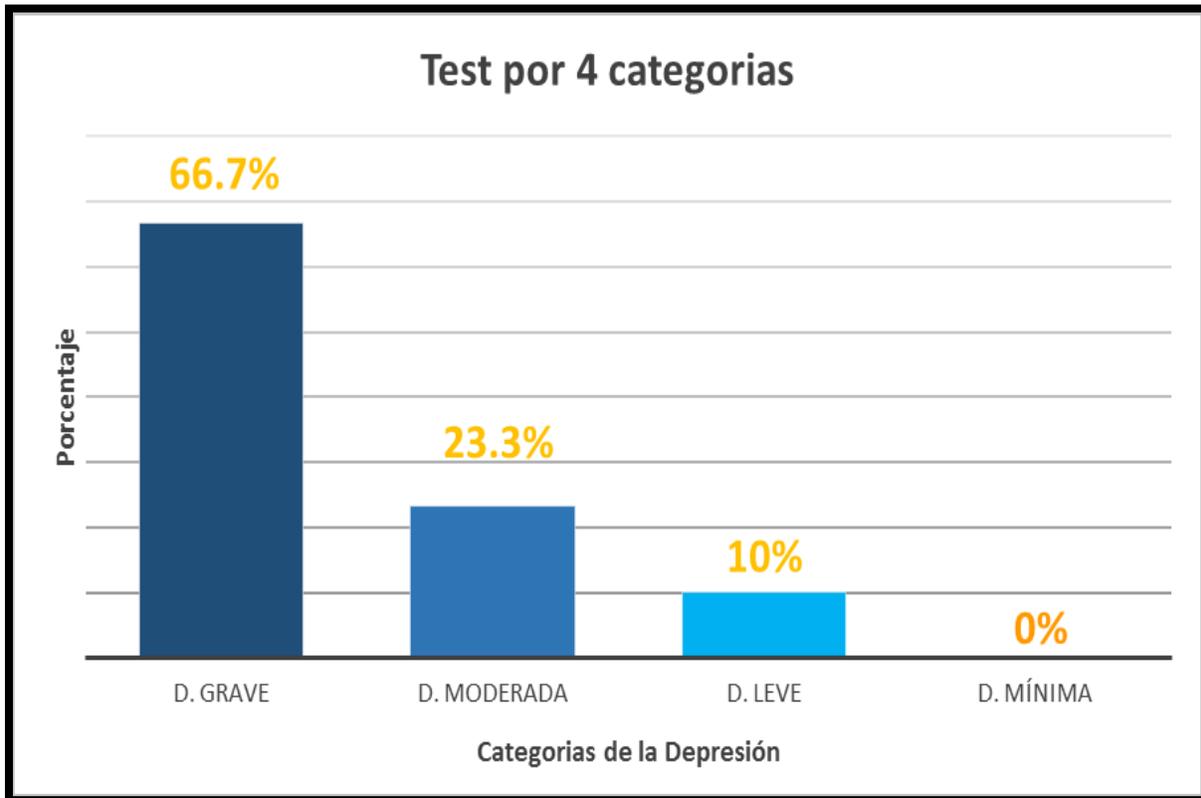
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
EDAD 16-25	12	40.0	40.0	40.0
26-35	9	30.0	30.0	70.0
36-45	3	10.0	10.0	80.0
46-55	6	20.0	20.0	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Dentro de la primer evaluación realizada mediante el Inventario de Depresión de Beck BDI-II; se obtuvo que el 66.7% presentaban Depresión Grave, el 23.3% Depresión Moderada, el 10% Depresión Leve, mientras que la Depresión Mínima registró datos irrelevantes. (Tabla 3 y Gráfico 2).

**Tabla 3. TEST POR CATEGORIAS**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Puntajes D. GRAVE	20	66.7	66.7	66.7
D. MODERADA	7	23.3	23.3	23.3
D. LEVE	3	10.0	10.0	76.7
D. MINIMA	0	0	0	0
Total	30	100.0	100.0	100.0

**Gráfico 2. TEST POR CATEGORIAS**



Como se observa en el gráfico anterior; la mayoría de los pacientes se encontraban con Depresión Grave, dentro de la cual los síntomas o ítem mayormente registrados correspondientes en el 100% referían sentirse tristes, desanimados, con pérdida de interés, culpables y cansados, el 90% aceptó haber intentado suicidarse, aunado a sentirse fracasados, insatisfechos, con odio a sí mismos e irritables, el 10% registro falta de apetito, poca preocupación por su salud, desinterés en la gente y mencionaban sentirse castigados.

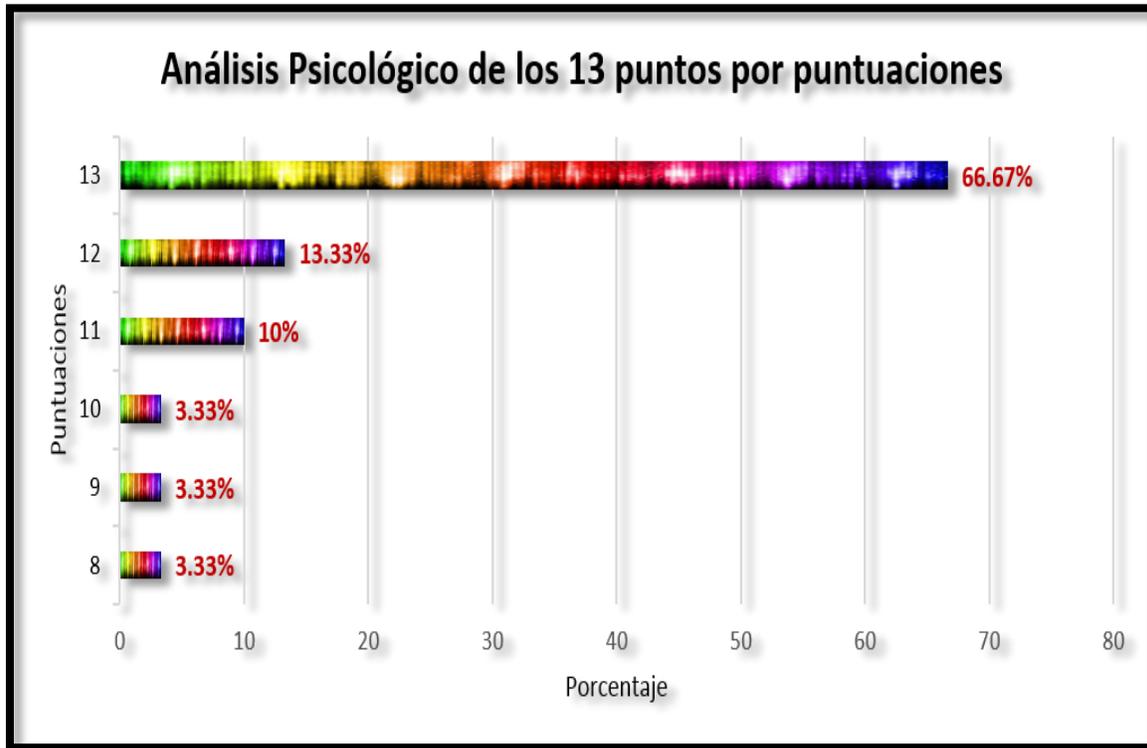
Para ello; el programa de TR basado en el análisis psicológico de los 13 puntos, se efectuó con la finalidad de disminuir los síntomas anteriormente mencionados, a través de actividades recreativas y artísticas que generen el interés en los pacientes, apoyando su rehabilitación y mejoría.

Los datos que se obtuvieron del análisis psicológico demostraron que el 66.67% desarrollaron los 13 puntos durante su internamiento, un 13.33% desarrollaron 12 de 13 puntos, el 10% obtuvo 11 de 13 puntos, solo el 3.33% desarrollo 10 de 13 puntos, otro 3.33% 9 de 13 puntos y otro 3.33% 8 de 13 puntos (Gráfico 3 y Tabla 4).

**Tabla 4. ANÁLISIS PSICOLÓGICO 13 PUNTOS**

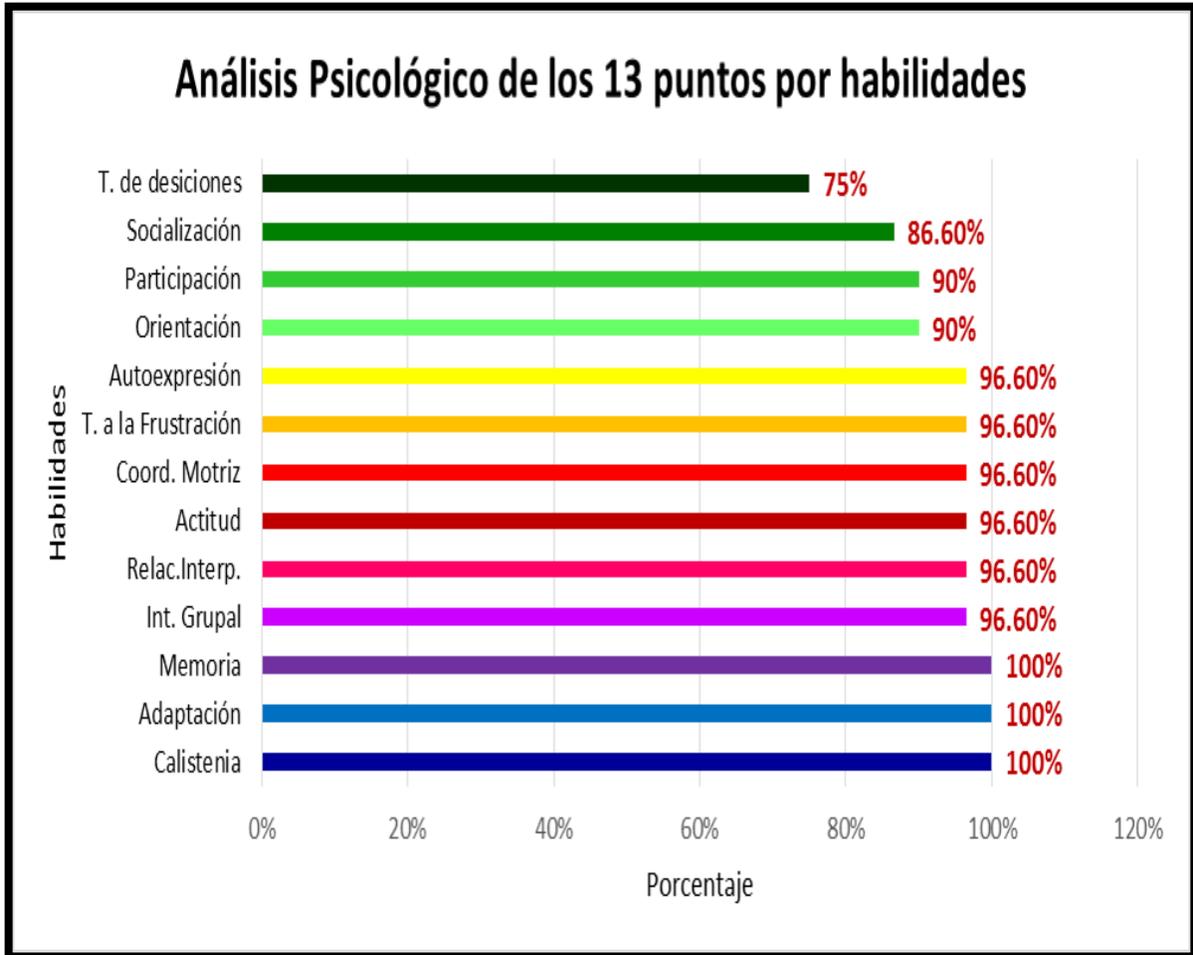
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Puntuaciones	8	1	3.3	3.3	3.3
	9	1	3.3	3.3	6.7
	10	1	3.3	3.3	10.0
	11	3	10.0	10.0	20.0
	12	4	13.3	13.3	33.3
	13	20	66.7	66.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

**Gráfico 3. ANÁLISIS PSICOLÓGICO 13 PUNTOS**



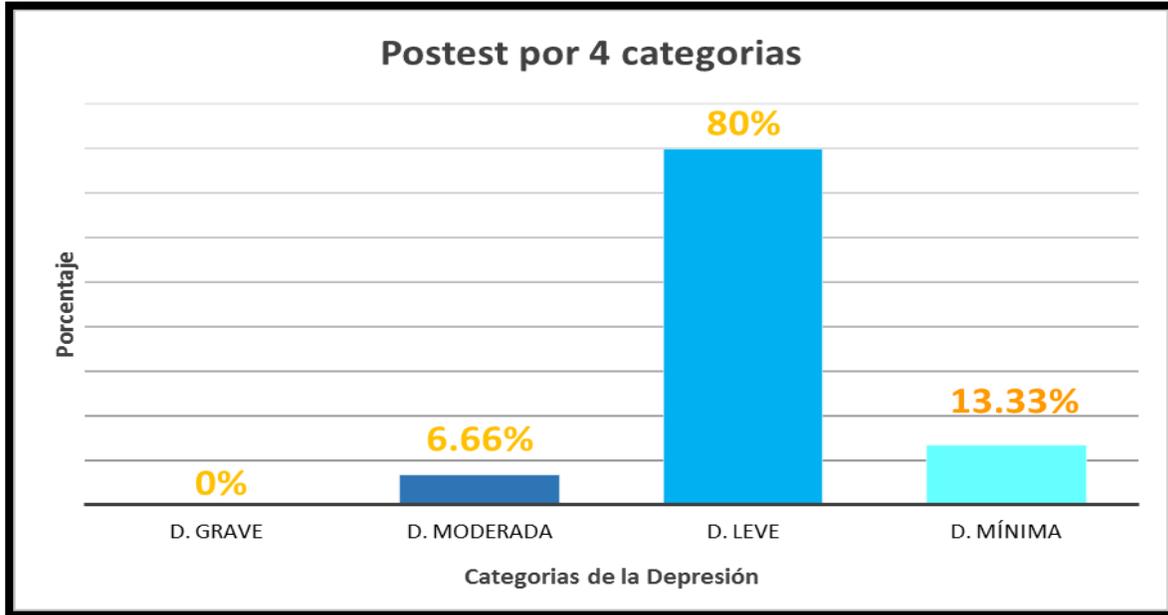
Dentro de los 13 puntos se registró que las habilidades mayormente observadas fueron: la Calistenia, Adaptación y Memoria registradas en el 100% de pacientes, seguidas de la Integración Grupal, Relaciones interpersonales, Actitud, Coordinación Motriz, Tolerancia a la Frustración, Autoexpresión y Orientación observadas en un 96.6% pacientes, posteriormente la Participación registrada en el 90%, la Socialización en 86.6% y la Toma de decisiones en el 75% de los pacientes registrando a este último como la habilidad menos observada en los más pacientes evaluados (Gráfico 4).

**Gráfico 4. ANÁLISIS PSICOLÓGICO DE LOS 13 PUNTOS POR HABILIDADES**



Para finalizar se realizó la segunda aplicación del inventario de Depresión de Beck –II, el cual determinó que después de la intervención de TR El 80% de los pacientes se encontraban en puntuaciones de 0 – 13 que refieren a la Depresión Mínima, un 13.33% en Depresión Leve, un 6.66% con Depresión Moderada y un porcentaje nulo para la Depresión Grave (Gráfico 5 y Tabla 5).

**Gráfico 5. POSTEST POR CATEGORIAS**



**Tabla 5. POSTEST POR CATEGORIAS**

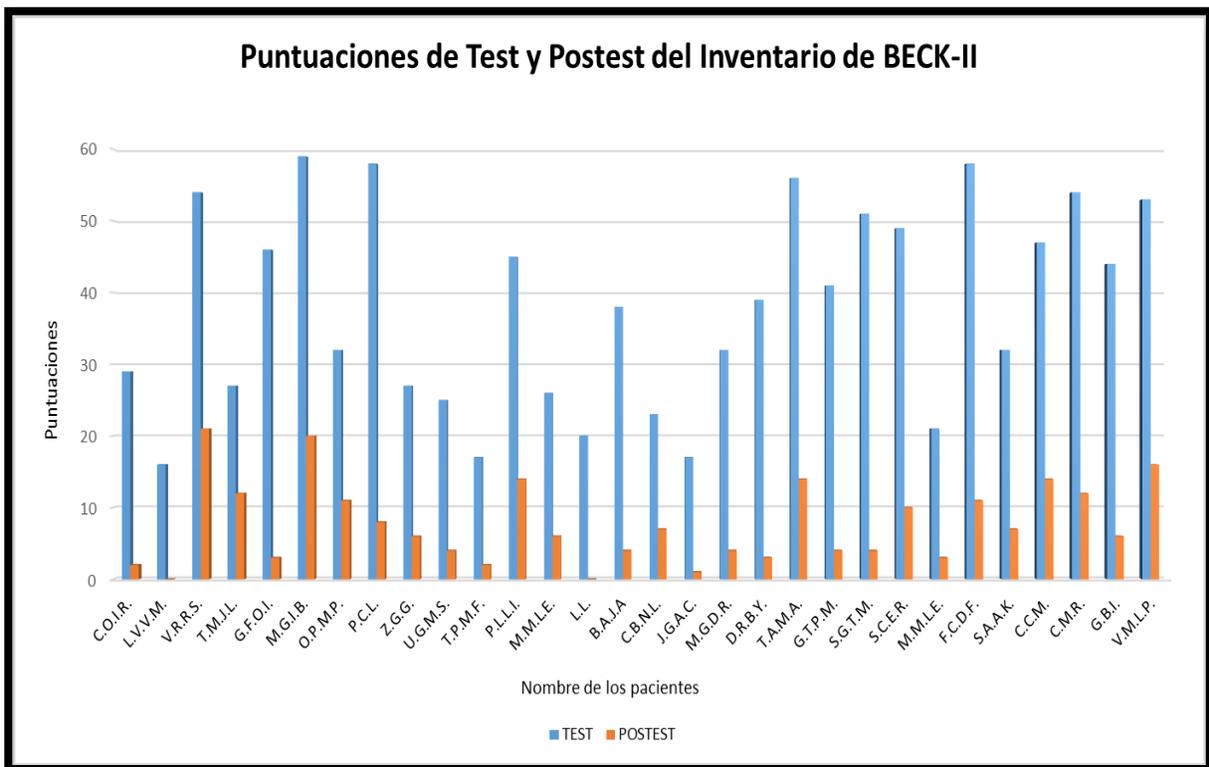
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	D. MINIMA	24	80.0	80.0	93.3
	D. LEVE	4	13.3	13.3	13.3
	D. MODERADA	2	6.7	6.7	6.7
	D. GRAVE	0	0	0	0
	Total	30	100.0	100.0	100.00

En esta ocasión, los síntomas o ítem mayormente registrados fueron en un 100% no tengo ninguna idea acerca de suicidarme, el 96% no me siento descontento conmigo mismo, no me siento peor que otros, no lloro más que de costumbre, ahora no estoy más irritable, un 80% refirió me preocupa que me vea más viejo, tengo satisfacción de las

cosas como antes, no me interesa la gente como antes, tengo que hacer un esfuerzo por iniciar algo, estoy menos interesado en el sexo que antes, dificultad para tomar decisiones, el 10 % se siente desanimado acerca del futuro, en algunos momentos se siente culpable, mi apetito no es tan bueno como antes, me preocupan molestias como dolor de cabeza, malestar y estreñimiento, y el 3% se critica por su debilidad y errores, sienten que no tienen para que pensar en el futuro.

Para esclarecer mejor los datos obtenidos sobre la primera y la última evaluación del Inventario de depresión de Beck, BDI-II. Se presenta a continuación la gráfica general del Test y Postest, de los síntomas depresivos en los pacientes evaluados (Gráfico 6).

**Gráfico 6. TEST - POSTEST DEL BDI-II**



**CAPÍTULO VI**  
**CONCLUSIÓN**

La depresión es un fenómeno que ha estado presente en todas las etapas del desarrollo, siendo de interés para muchas ciencias, especialmente en las áreas de la salud. Sin embargo; el deterioro funcional que acompaña a la depresión puede mejorarse incorporándose a la práctica de ejercicios activos físico-mentales y sociales.

De acuerdo con Austin y Crawford (2001), un medio para restaurar el equilibrio después de una amenaza a la salud, para prevenir enfermedades y para lograr mayor desarrollo personal es la recreación terapéutica.

La Recreación Terapéutica consiste restaurar, remediar o rehabilitar a las personas con alguna enfermedad y/o discapacidad física y mental, para mejorar el funcionamiento e independencia, como también reducir o eliminar los efectos de las enfermedades o discapacidades (More, 2016).

La recreación ha sido, es y será una necesidad básica del ser humano definida como un estado del ser, una disposición de ánimo o una cualidad de la experiencia, que se distingue por la libertad que percibe el individuo para actuar, se trata de algo placentero que a través del tiempo se ha manifestado en diferentes formas, considerándose fundamental en el mejoramiento de la calidad de vida del hombre.

El objetivo principal de la recreación se centra en proveer la mejora de la salud y el bienestar del ser humano, es por ello que el objetivo de esta tesis se centró en evaluar si el programa de terapia recreativa abordado en esta tesis, ayuda a disminuir los síntomas de depresión mayor en los pacientes hospitalizados del INPRFM.

A este respecto, los resultados que se derivan del trabajo de esta investigación, arrojaron que la TR como tratamiento a las enfermedades mentales principalmente a la depresión, ayudó a contrarrestar los síntomas depresivos tales como: la ideación suicida,

sentimiento de culpa, pensamientos y sentimientos desvalorizados (verse o sentirse feos, viejos, fracasados, descontentos, tristes, desmotivados), mejorando los aspectos relacionados con la toma de decisiones, satisfacción en la realización de actividades o trabajos, la irritabilidad, el interés por la gente, así como el cuidado de su salud en cuanto a alimentación, ejercicio y sueño. Los cuales fueron determinados en los resultados de las aplicaciones del Inventario de Depresión de Beck y descritos en el capítulo 5.

Por otra parte se observó que la TR, no solo ayudo a la disminución de los síntomas depresivos, si no también proporcionó el fortalecimiento de habilidades físicas, sociales, interpersonales, de autoestima, de conducta, autoconocimiento, participación, determinadas en la evaluación del análisis psicológico de los 13 puntos (expuestas en el gráfico 4), el cual generó una mejor estructura en los días de internamiento, donde los pacientes eran motivados a participar en actividades recreativas y artísticas previamente establecidas por los terapeutas encargados que contribuyeron a estimular cambios conductuales, ofreciéndoles oportunidades para la interacción social y de apoyo, así como incrementar la iniciativa hacia la práctica de actividades físicas, recreativas y culturales; generando una mejora en su salud física y mental.

Por mencionar algunas de las habilidades realizadas esta la calistenia, donde los pacientes referían sentirse mejor al contrarrestar los efectos del medicamento como sueño y pesadez, relacionaban el ejercicio como una actividad más divertida, lo que les generó una mejor actitud.

La actitud en los pacientes les ayudó a desarrollar un ambiente agradable y llevadero, observándose en la participación y asistencia de los pacientes durante las actividades, el incremento en las relaciones interpersonales con la generación de nuevas amistades y mejoría en la socialización.

Por otro lado, la autoexpresión permitió a los pacientes a expresar sus emociones, sentirse escuchados y apoyados por las sugerencias u opiniones de sus compañeros y terapeutas, con la finalidad de generar estrategias para su recuperación como la toma de decisiones, el autoconocimiento, etc.

Dentro de las técnicas de autoexpresión y los trabajos artísticos, se encontró una mejoría en la realización de estos, las cuales se pueden observar en los anexos 18, 19, 20 y 21, donde algunos pacientes al inicio de su internamiento no querían hacer ninguna actividad, se mostraban desmotivados, abatidos, antipáticos, y algunos referían sentirse cansados, sin ideas, sin ganas de hacer las actividades, sin embargo; conforme pasaban los días empezaron a percibirse animados, motivados, capaces, y pedían que se les permitiera mayor tiempo para realizar las actividades y estar en las áreas de TR.

Por tanto se puede concluir que el programa de TR, es un tratamiento útil para el proceso de rehabilitación en pacientes hospitalizados del INPRFM, que a su vez pudiera expandirse a otras corrientes, trastornos o instituciones de salud mental, bajo nuevas modalidades debido a la variedad de actividades que se pueden ejercer bajo un modelo de terapia y recreación. Todo esto debido a que la TR, logró la disminución de los síntomas depresivos así como el fortalecimiento de las habilidades sociales, cognitivas, motrices, emocionales y de autoconocimiento emitidas en los objetivos general y específicos, generando la aprobación de la hipótesis planteada para esta investigación.

Finalmente quedaría plantear cuales pueden ser las líneas futuras de investigación como continuación natural del trabajo desarrollado en esta tesis, por mencionar alguna podría ser el análisis de las actividades artísticas tales como los dibujos y esculturas realizadas por los pacientes y por tanto, probablemente será necesario el desarrollo o implementación de nuevos modelos o campos de aplicación.

**CAPÍTULO VII**  
**SUGERENCIAS**

Con respecto a la investigación realizada y a los resultados obtenidos, se proponen las siguientes sugerencias:

1. Difundir el programa de TR del INPRFM, mediante folletos, textos informativos o publicitarios, que permitan la divulgación del plan general del tratamiento.
2. Establecer la inducción propicia al personal encargado del área de TR, mediante capacitaciones, cursos o talleres, que les permitan conocer y profundizar sus conocimientos en la recreación terapéutica.
3. Fomentar la psicoeducación sobre el tratamiento a las enfermedades mentales, dirigido a pacientes, familiares, terapeutas, estudiantes y/o practicantes, e interesados, con la finalidad de aportar nuevos conocimientos y técnicas que apoyen a detectar y combatir las psicopatologías.
4. Dar seguimiento al estudio e investigación del programa de TR, que permita fortalecer, complementar y generar nuevos panoramas, para mejorar la modalidad del tratamiento, así como su aplicación en otros trastornos o instituciones.
5. Estandarizar la prueba piloto del análisis psicológico de los 13 puntos, para que sea aplicable a nivel poblacional y obtenga un sentido de validez y confiabilidad a la interpretación de las puntuaciones.

## **ANEXOS**



## Anexo 2. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK BDI-II

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ"			SALUD SECRETARÍA DE SALUD	
INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK-II				
Nombre:		Edad:	Expediente:	
<p>En este cuestionario aparecen varios grupos de oraciones. Por favor, lea cada grupo cuidadosamente y escoja la oración de cada grupo que mejor describa como se ha sentido esta última semana, incluyendo el día de hoy. Marque con una X la oración que haya escogido. Si varias oraciones en el grupo parecen aplicarse en su caso, marque solo una. Asegúrese de leer todas las oraciones de cada grupo antes de contestar.</p>				
1.	<input type="checkbox"/>	No me siento triste		
	<input type="checkbox"/>	Me siento triste		
	<input type="checkbox"/>	Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme		
	<input type="checkbox"/>	Me siento tan triste e infeliz que ya no puedo soportarlo		
2.	<input type="checkbox"/>	No me siento desanimado acerca del futuro		
	<input type="checkbox"/>	Me siento desanimado acerca del futuro		
	<input type="checkbox"/>	Siento que no tengo para que pensar en el futuro		
	<input type="checkbox"/>	Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no van a mejorar		
3.	<input type="checkbox"/>	No me siento fracasado		
	<input type="checkbox"/>	Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas		
	<input type="checkbox"/>	Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso		
	<input type="checkbox"/>	Me siento una persona totalmente fracasada		
4.	<input type="checkbox"/>	Las cosas me satisfacen tanto como antes		
	<input type="checkbox"/>	No disfruto de las cosas tanto como antes		
	<input type="checkbox"/>	Ya no obtengo una satisfacción de nada		
	<input type="checkbox"/>	Estoy insatisfecho y molesto con todo		
5.	<input type="checkbox"/>	No me siento culpable		
	<input type="checkbox"/>	Me siento culpable en algunas ocasiones		
	<input type="checkbox"/>	Me siento culpable en la mayoría de las situaciones		
	<input type="checkbox"/>	Me siento culpable todo el tiempo		
6.	<input type="checkbox"/>	No siento que estoy siendo castigado		
	<input type="checkbox"/>	Siento que puedo ser castigado		
	<input type="checkbox"/>	Creo que seré castigado		
	<input type="checkbox"/>	Siento que estoy siendo castigado		

## Anexo 2. CONTINUACIÓN INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK BDI-II

		<b>INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA</b> <b>“RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”</b>			
7.	<input type="checkbox"/>	No me siento descontento conmigo mismo			
	<input type="checkbox"/>	Estoy descontento conmigo mismo			
	<input type="checkbox"/>	Me avergüenzo de mí mismo			
	<input type="checkbox"/>	Me odio			
8.	<input type="checkbox"/>	No me considero peor que otros			
	<input type="checkbox"/>	Me autocritico por mis debilidades o por mis errores			
	<input type="checkbox"/>	Continuamente me culpo de mis errores			
	<input type="checkbox"/>	Me culpo por todo lo malo que me sucede			
9.	<input type="checkbox"/>	No tengo ninguna idea acerca de suicidarme			
	<input type="checkbox"/>	A veces pienso en suicidarme, pero no lo haría			
	<input type="checkbox"/>	Desearía suicidarme			
	<input type="checkbox"/>	Me suicidaría si tuviese la oportunidad			
10.	<input type="checkbox"/>	No lloro más de lo que solía			
	<input type="checkbox"/>	Ahora lloro más que antes			
	<input type="checkbox"/>	Lloro todo el tiempo			
	<input type="checkbox"/>	Podría llorar, pero ahora no puedo aunque quiera			
11.	<input type="checkbox"/>	No estoy más irritado de lo normal en mí			
	<input type="checkbox"/>	Me molesto o irrito más fácilmente que antes			
	<input type="checkbox"/>	Me siento irritado continuamente			
	<input type="checkbox"/>	No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solía irritarme			
12.	<input type="checkbox"/>	No he perdido el interés por los demás			
	<input type="checkbox"/>	Estoy menos interesado en los demás que antes			
	<input type="checkbox"/>	He perdido la mayor parte de mi interés por los demás			
	<input type="checkbox"/>	He perdido todo el interés por los demás			
13.	<input type="checkbox"/>	Tomo decisiones más o menos como siempre lo he hecho			
	<input type="checkbox"/>	Evito tomar decisiones más que antes			
	<input type="checkbox"/>	Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes			
	<input type="checkbox"/>	Ya me es imposible tomar decisiones			
14.	<input type="checkbox"/>	No creo tener peor aspecto que antes			
	<input type="checkbox"/>	Estoy preocupado porque parezco mayor o poco atractivo			
	<input type="checkbox"/>	Siento que hay cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer feo			
	<input type="checkbox"/>	Creo que tengo un aspecto horrible			

## Anexo 2. CONTINUACIÓN INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK BDI-II

		<b>INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA</b> <b>“RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”</b>					
15.	<input type="checkbox"/>	Trabajo igual que antes					
	<input type="checkbox"/>	Me cuesta un esfuerzo trabajar igual que antes					
	<input type="checkbox"/>	Tengo que obligarme para hacer todo					
	<input type="checkbox"/>	No puedo hacer nada en absoluto					
16.	<input type="checkbox"/>	Duermo tan bien como siempre					
	<input type="checkbox"/>	No duermo tan bien como antes					
	<input type="checkbox"/>	Me despierto 1 o 2 horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir					
	<input type="checkbox"/>	Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir					
17.	<input type="checkbox"/>	No me siento más cansado de lo normal					
	<input type="checkbox"/>	Me canso más fácilmente que antes					
	<input type="checkbox"/>	Me canso en cuanto hago cualquier cosa					
	<input type="checkbox"/>	Estoy demasiado cansado para hacer nada					
18.	<input type="checkbox"/>	Mi apetito no ha disminuido					
	<input type="checkbox"/>	No tengo tan buen apetito como antes					
	<input type="checkbox"/>	Ahora tengo mucho menos apetito					
	<input type="checkbox"/>	He perdido completamente el apetito					
19.	<input type="checkbox"/>	Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada					
	<input type="checkbox"/>	He perdido más de 2 kilos y medio					
	<input type="checkbox"/>	He perdido más de 4 kilos					
	<input type="checkbox"/>	He perdido más de 7 kilos			(Estoy a dieta: SÍ	NO	)
20.	<input type="checkbox"/>	No estoy preocupado por mi salud más que lo normal					
	<input type="checkbox"/>	Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento					
	<input type="checkbox"/>	Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más					
	<input type="checkbox"/>	Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa					
21.	<input type="checkbox"/>	No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo					
	<input type="checkbox"/>	Estoy menos interesado por el sexo que antes					
	<input type="checkbox"/>	Ahora estoy mucho menos interesado por el sexo					
	<input type="checkbox"/>	He perdido totalmente mi interés por el sexo					
TOTAL		<input type="text"/>					



#### Anexo 4. HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS EN LA REPÚBLICA MEXICANA

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA</b> <b>“RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”</b>  	
<b>HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS EN LA REPÚBLICA MEXICANA</b>	
<b>ESTADO</b>	<b>HOSPITALES</b>
Aguascalientes	Hospital de Psiquiatría “Dr. Gustavo León Mojica García”. Ags
Baja California	Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California, en Mexicali. Baja California Sur. Hospital Psiquiátrico del Estado de Baja California Sur, en La Paz.
Campeche	Hospital Psiquiátrico de Campeche
Chiapas	Unidad de Atención a la Salud Mental “San Agustín”, en Tuxtla Gutiérrez
Chihuahua	Hospital Psiquiátrico “Civil Libertad”, en Ciudad Juárez. Hospital de Salud Mental, en la Ciudad de Chihuahua.
Coahuila	Centro Estatal de Salud Mental de Coahuila, en Saltillo. Hospital Psiquiátrico de Parras, en Parras de la Fuente.
Distrito Federal	Departamento de Psiquiatría del Hospital Central Militar, de la Secretaría de la Defensa Nacional. Hospital de Psiquiatría “Dr. Samuel Ramírez Moreno”, de la Secretaría de Salud Federal. Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, de la Secretaría de Salud Federal. Hospital de Psiquiatría con Unidad Familiar No 10 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, de la Secretaría de Salud Federal. Hospital Psiquiátrico “Unidad Morelos” del Instituto Mexicano del Seguro Social.
Durango	Hospital de Salud Mental “Dr. Miguel Vallebuena”, en Durango
Guanajuato	Centro de Atención Integral a la Salud Mental “San Pedro del Monte”, en León
Hidalgo	Hospital Psiquiátrico “Villa Ocaranza” en Tolcayuca.
Jalisco	Hospital Psiquiátrico CAISAME Estancia Prolongada, en Tlajomulco.

**Anexo 4. CONTINUACIÓN HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS EN LA REPÚBLICA MEXICANA**

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA</b> <b>“RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”</b>		 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	
<b>ESTADO</b>	<b>HOSPITALES</b>		
Estado de México	Hospital Psiquiátrico “José Sayago”, en Acolman. Hospital Psiquiátrico “Dr. Adolfo M. Nieto”, en Acolman. Hospital Psiquiátrico “Granja la Salud Tlazolteotl”, en Ixtapaluca.		
Michoacán	Hospital Psiquiátrico “Dr. José Torres Orozco” del Estado de Michoacán, en Morelia.		
Nuevo León	Hospital Regional de Especialidad número 22 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Monterrey. Hospital de Psiquiatría del Hospital Universitario, en Monterrey. Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León, en Monterrey.		
Oaxaca	Hospital Psiquiátrico “Cruz del Sur” del Estado de Oaxaca, en Reyes Mantecón.		
Puebla	Hospital Psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano”, en Puebla.		
San Luis Potosí	Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña”, en Soledad de Graciano Sánchez.		
Sinaloa	Hospital Psiquiátrico de Sinaloa “Dr. Alfonso Millán Maldonado”, en Culiacán		
Sonora	Hospital Psiquiátrico “Cruz del Norte”, en Hermosillo		
Tabasco	Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental, en Villahermosa.		
Tamaulipas	Centro Estatal de Salud Mental de Matamoros. Hospital Psiquiátrico de Tampico.		
Veracruz	Hospital Psiquiátrico de Orizaba “Dr. Manuel Concha Vázquez”. Unidad Hospitalaria de Salud Mental, en Xalapa.		
Yucatán	Hospital Psiquiátrico “Yucatán”, en Mérida.		
Zacatecas	Hospital de Especialidades en Salud Mental, en Calera de Víctor Rosales.		

## Anexo 5. SESIÓN 1

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA</b> <b>“RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”</b>		 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	
SESION 1: CALISTENIA		FECHA: 03/ AGOSTO/15	
<b>OBJETIVO:</b> Fomentar la importancia del ejercicio como hábito placentero y no de obligación, pues el practicante, observa resultados a corto plazo y mejoras en su organismo.			
<b>DINÁMICA:</b> JUEGO DEL CALENTAMIENTO			
<b>INTRODUCCIÓN:</b> La palabra Calistenia, tiene una raíz etimológica del “griego antiguo “Kallisthenés” que significa lleno de vigor. A lo largo de la historia, la calistenia ha tenido y tiene una gran repercusión como método de preparación física y mental.			
<b>DESARROLLO:</b> El terapeuta apoyado de la música canta dando las ordenes del movimiento de las extremidades y partes del cuerpo bajo la siguiente letra: Éste es el juego del calentamiento, hay que seguir la orden del sargento: A la carga una mano, la otra, un pie, el otro...			
<b>CIERRE:</b> El juego del calentamiento es una divertida canción que incentiva al deporte, genera liberación catártica, producida por la secreción de hormonas como las endorfinas y la dopamina tras la sesión del entrenamiento, ya que se consiguen mejoras muy visibles a nivel físico con gran incidencia en el ámbito psicológico.			

## Anexo 6. SESIÓN 2

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA</b> <b>“RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”</b>		 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	
SESION 2: COORDINACIÓN MOTRIZ		FECHA: 04/ AGOSTO/15	
<b>OBJETIVO:</b> Ejercitar la orientación espacial y temporal, así como el desplazamiento.			
<b>DINÁMICA:</b> “PASE RÁPIDO”			
<b>INTRODUCCIÓN:</b> La coordinación motriz está conformada por capacidad de equilibrio, capacidad de ritmo, capacidad de orientación espacio-temporal, capacidad de reacción motora, capacidad de diferenciación kinestésica, capacidad de adaptación y transformación así como la capacidad de combinación o acoplamiento de los movimientos.			
<b>DESARROLLO:</b> Se realiza un círculo con 6 personas (5 equipos), a cada una se le asigna un color (verde, blanco, rojo, azul, amarillo y negro), se les da un balón y el terapeuta indicara el color a quién se deba lanzar el pase rápido, quien no cache el balón queda fuera hasta que queda un jugador quién será el ganador del juego.			
<b>CIERRE:</b> El concepto de habilidad motriz básica considera una serie de acciones motrices que aparecen de modo filogenético en la evolución humana, tales como marchar, correr, girar, saltar, lanzar y recepcionar. Las habilidades básicas encuentran un soporte para su desarrollo en las habilidades perceptivas, las cuales están presentes desde el momento del nacimiento, al mismo tiempo que evolucionan conjuntamente. A través de los ejercicios de coordinación se desarrollan las diferentes habilidades y destrezas corporales en relación con el movimiento.			

### Anexo 7. SESIÓN 3

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA</b> <b>“RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”</b>		 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	
SESION 3: INTEGRACIÓN GRUPAL		FECHA: 05/ AGOSTO/15	
<b>OBJETIVO:</b> Facilitar la integración de los participantes.			
<b>DINÁMICA:</b> “Abrazo Musical”			
<b>INTRODUCCIÓN:</b> La integración es un fenómeno que sucede cuando un grupo de personas unen al mismo a alguien que está por fuera, sin importar sus características y sin fijarse en las diferencias.			
<b>DESARROLLO:</b> Se pone música de fondo, donde los participantes deben bailar o moverse durante la zona. El terapeuta se encarga de pausar la música, y los participantes deben abrazar a un compañero evitando quedar sin pareja. Cuando la música continua, los participantes continúan caminando o bailando por el lugar. La siguiente vez que la música se detenga serán abrazos de tres personas, cuatro y así sucesivamente hasta hacer un abrazo grupal. Ningún participante debe quedar sin ser abrazado.			
<b>CIERRE:</b> En los grupos; la persona vive, siente y experimenta nuevas conductas a través de la interacción con los demás compañeros, emergiendo en estos grupos aspectos de gran importancia de la propia persona que le permiten encontrar la forma más íntima y satisfactoria de relacionarnos (Mori, 2008).			

### Anexo 8. SESIÓN 4

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA</b> <b>“RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”</b>		 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	
SESION 4: RELACIONES INTERPERSONALES		FECHA: 06/ AGOSTO/15	
<b>OBJETIVO:</b> Determinar el carácter y personalidad del paciente			
<b>DINÁMICA:</b> “Mi otro YO”			
<b>INTRODUCCIÓN:</b> Tal como lo dice su nombre, las relaciones interpersonales se caracterizan por darse entre dos o más personas, son aquellas que suponen que un individuo interactúa con otro y por tanto, entra en su vida al mismo tiempo que deja que esa otra persona entre en la suya.			
<b>DESARROLLO:</b> Se les pide a los pacientes que en una hoja describan como son, que les gusta, a que se dedican, etc. Para posteriormente buscar a un compañero que tenga los mismos gustos y rasgos parecidos a los suyos, una vez encontrado una pareja deberán imitar cada movimiento del otro. Nadie debe quedar solo.			
<b>CIERRE:</b> Las relaciones interpersonales son muchas y muy variadas, entre las más comunes están las relaciones familiares (las primeras que una persona establece y las que lo marcan de por vida), las de amistad, de pareja, laborales, etc. Todas estas relaciones nutren a la persona ya que cada una de ellas aporta elementos que van determinando el carácter y la personalidad del individuo (García, 2009).			

## Anexo 9. SESIÓN 5

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA</b> <b>“RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”</b>		 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	
SESION 5: SOCIALIZACIÓN		FECHA: 07/ AGOSTO/15	
<b>OBJETIVO:</b> Fortalecer la creatividad y la expresividad el individuo.			
<b>DINÁMICA:</b> “Nuevas miradas, nuevos amigos”			
<b>INTRODUCCIÓN:</b> Es el proceso mediante el cual las personas aprenden e internalizan las normas y los valores que priman en la sociedad en la cual viven.			
<b>DESARROLLO:</b> Se realiza un circulo con todos los pacientes en el cual deberán presentarse diciendo su nombre y algún animal que inicie con su letra e imitarlo, posteriormente el segundo participante dirá el primer nombre y luego el suyo, y así sucesivamente hasta que todos terminen por presentarse.			
<b>CIERRE:</b> Las personas aprendemos en la socialización la lengua que se habla, los símbolos, las creencias, normas y valores que se fueron erigiendo de la sociedad en cuestión.			

## Anexo 10. SESIÓN 6

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA</b> <b>“RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”</b>		 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	
SESION 6: ADAPTACION		FECHA: 10/ AGOSTO/15	
<b>OBJETIVO:</b> Generar soluciones y formas de adaptación			
<b>DINÁMICA:</b> “Arcilla”			
<b>INTRODUCCIÓN:</b> Es un verbo que hace referencia a la acomodación o ajuste de algo respecto a otra cosa como proceso a través del cual, el individuo asimila una nueva forma de supervivencia, se adapta a nuevas situaciones y busca formas de interrelación.			
<b>DESARROLLO:</b> Se realizaran equipos de 5 personas, las cuales deben formarse por la misma inicial de su nombre, conforme al abecedario, y realizar la actividad con arcilla encargada por los psicólogos con la finalidad de hacer de un polvo y agua una obra creadora por los pacientes.			
<b>CIERRE:</b> En términos psicológicos, este proceso sirve para que logremos alcanzar nuestras necesidades personales percibidas, estableciendo contacto con fuentes humanas y físicas de las cuales la persona espera lograr ayuda para completar sus necesidades (Alijas, 2015).			

## Anexo 11. SESIÓN 7

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA</b> <b>“RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”</b>		 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	
SESION 7: ORIENTACIÓN		FECHA: 11/ AGOSTO/15	
<b>OBJETIVO:</b> Sustentar la toma de conciencia y la capacidad de afrontamiento.			
<b>DINÁMICA:</b> “De donde vengo y hacia donde voy”			
<b>INTRODUCCIÓN:</b> Esta acción hace referencia a situar una cosa en una cierta posición, a comunicar a una persona aquello que no sabe y que pretende conocer, o a guiar a un sujeto hacia un sitio. La orientación, en definitiva, implica el conocimiento del espacio y del contexto.			
<b>DESARROLLO:</b> Se incorpora a los pacientes en el área de terraza, se deja sentarse donde gusten y se les reparte una hoja donde realizaran un dibujo que represente de donde vienen y a donde van, posteriormente se presentan todos los dibujos escuchando a los pacientes que expresan lo que quieren hacer después del hospital.			
<b>CIERRE:</b> La orientación, como desarrollo de fortalezas humanas guiadas evolutivamente, permiten trabajar con cualquier problemática y cualquier población, busca rescatar las habilidades y destrezas que posee la persona, a pesar de su problema” (Bonilla, 1993).			

## Anexo 12. SESIÓN 8

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA</b> <b>“RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”</b>		 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	
SESION 8: PARTICIPACIÓN		FECHA: 12/ AGOSTO/15	
<b>OBJETIVO:</b> Generar la iniciativa en los pacientes			
<b>DINÁMICA:</b> “Cuénta cuantos cuentos cuentas ”			
<b>INTRODUCCIÓN:</b> Es la acción de involucrarse en cualquier tipo de actividad de forma intuitiva o cognitiva. Sirve para tomar contacto con el medio ambiente.			
<b>DESARROLLO:</b> Se realiza un terapia grupal para que cada paciente cuente alguna historia que conoce, puede ser personal, histórica, fantástica o de lo que guste.			
<b>CIERRE:</b> La participación engloba todo tipo de actividades para el mejoramiento de las condiciones de vida. Es un espacio dinámico que provee a los participantes la oportunidad para influir en las respuestas que el estado da a sus problemas.			

### Anexo 13. SESIÓN 9

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA</b> <b>“RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”</b>		 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	
SESION 9: MEMORIA		FECHA: 13/ AGOSTO/15	
<b>OBJETIVO:</b> Realizar ejercicios mentales			
<b>DINÁMICA:</b> “Memoria”			
<b>INTRODUCCIÓN:</b> La memoria es una de las principales funciones del cerebro humano y es el resultado de las conexiones sinápticas entre neuronas, siendo estas las responsables de que el ser humano pueda retener situaciones que se desarrollaron en el pasado.			
<b>DESARROLLO:</b> Se le proporciona a los pacientes diversas actividades tales como memorama, problemas matematicos, crucigramas, etc.			
<b>CIERRE:</b> La memoria puede clasificarse en memoria a corto plazo y a largo plazo: En la memoria de corto plazo almacenamos todos aquellos sucesos cotidianos de nuestra vida, que necesitamos recordar por un periodo determinado de tiempo, pero que es relativamente corto o muy corto. En cambio, la memoria a largo plazo se relaciona con sucesos de nuestra vida que han marcado nuestra existencia, para bien o para mal y que, de una manera u otra, son significativos.			

### Anexo 14. SESIÓN 10

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA</b> <b>“RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”</b>		 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	
SESIÓN 10: ACTITUD		FECHA: 14/ AGOSTO/15	
<b>OBJETIVO:</b> Promover la actitud positiva en los pacientes.			
<b>DINÁMICA:</b> “Manzanas y gusanos”			
<b>INTRODUCCIÓN:</b> La actitud es la disposición voluntaria de una persona frente a las exigencias del ambiente, pueden englobarse en actitud positiva o negativa.			
<b>DESARROLLO:</b> Se realizan diversas figuras de manzanas y gusanos, las cuales representan las actitudes buenas y malas, donde los pacientes pondrán en ellas algunos de los frutos o fortalezas que tienen para salir adelante en su árbol de la vida, y los gusanos o debilidades que los están deteniendo para salir, pero que a su vez sirven para comerse lo que ya no necesitamos.			
<b>CIERRE:</b> La actitud positiva de una persona, se origina en hacer uso de aquellos recursos que esta posee para solucionar sus problemas y dificultades.			

## Anexo 15. SESIÓN 11

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA</b> <b>“RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”</b>		 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	
SESION 11: AUTOEXPRESIÓN		FECHA: 17/ AGOSTO/15	
<b>OBJETIVO:</b> Expresar mediante las actividades nuestro sentir.			
<b>DINÁMICA:</b> “Dibujo Libre”			
<b>INTRODUCCIÓN:</b> La autoexpresión es la manifestación de la existencia individual. Lo que se expresa en el exterior refleja lo que sucede en el interior del organismo.			
<b>DESARROLLO:</b> Se asigna de 5 a 6 pacientes por mesa, cada terapeuta lleva el material para su mesa de trabajo, se les da hojas, color, goma y sacapuntas para realizar la actividad. Música de fondo.			
<b>CIERRE:</b> La creatividad resulta de la polaridad expresada en la capacidad de expresar un sentimiento y la capacidad de controlar su expresión. A través de la expresión y el control, la persona madura, crece.			

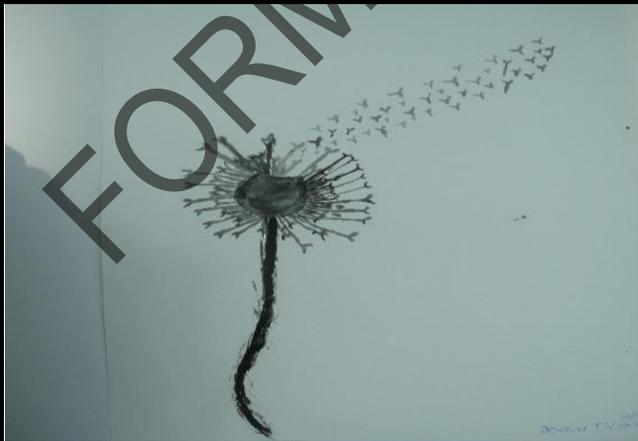
## Anexo 16. SESIÓN 12

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA</b> <b>“RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”</b>		 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	
SESION 12: TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN		FECHA: 18/ AGOSTO/15	
<b>OBJETIVO:</b> Posibilitar el control de las pulsiones mediante la tolerancia a la frustración.			
<b>DINÁMICA:</b> “El globo con Agua”			
<b>INTRODUCCIÓN:</b> La tolerancia se origina en el latín tolerare (“soportar”) y hace referencia al nivel de admisión o aprobación frente a aquello que es contrario a nuestra moral. Se entiende como el respeto por los pensamientos y las acciones de terceros cuando resultan opuestos o distintos a los propios.			
<b>DESARROLLO:</b> Se otorga una balde con agua y un globo a cada paciente, se le indica que deberá sumergirlo hasta el fondo y quién logre mantenerlo al fondo durante el mayor tiempo es el ganador. Debe evitar sacar la menor cantidad de agua posible del balde.			
<b>CIERRE:</b> Existen distintos tipos de procesos frustrativos: la frustración por barrera (cuando existe un obstáculo que impide alcanzar el objetivo), la frustración por incompatibilidad de dos objetivos positivos (existe la posibilidad de alcanzar dos objetivos, pero estos son incompatibles entre sí), la frustración por conflicto evitación-evitación (la huida ante dos situaciones negativas) y la frustración por conflicto aproximación-aproximación (la indecisión ante una situación que provoca resultados positivos y negativos en igual medida).			

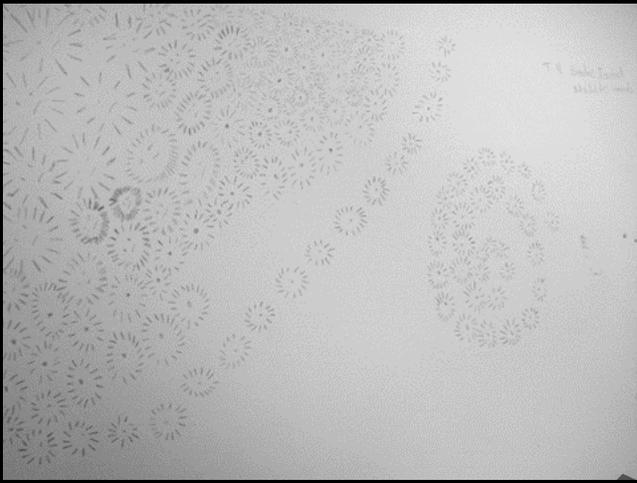
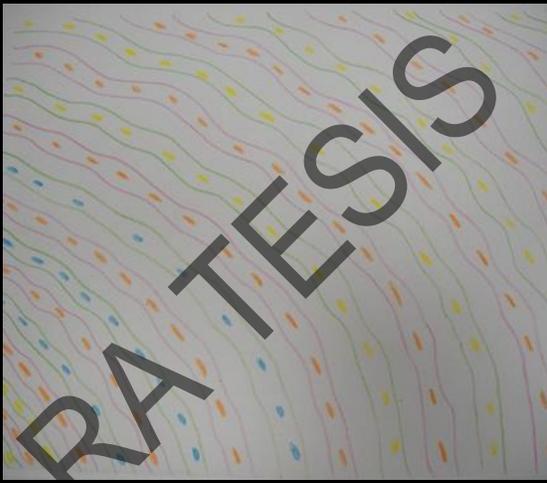
## Anexo 17. SESIÓN 13

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA</b> <b>“RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”</b>		 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	
SESION 13: TOMA DE DECISIONES		FECHA: 19/ AGOSTO/15	
<b>OBJETIVO:</b> Valorar distintas opciones y consecuencias de cada decisión			
<b>DINÁMICA:</b> “Logrando mis metas”			
<b>INTRODUCCIÓN:</b> Es una capacidad puramente humana propia del poder de la razón unido al poder de la voluntad. Tomar una decisión es un proceso reflexivo que requiere de tiempo para valorar distintas opciones y también, las consecuencias de cada decisión.			
<b>DESARROLLO:</b> Se trabaja de manera individual, donde cada paciente escribe en una hoja lo que quiere hacer saliendo del hospital o lo que ha logrado anteriormente, como lo va a lograr y que limitantes puede encontrar, como las enfrentaría y en cuanto tiempo lo lograría.			
<b>CIERRE:</b> La toma de decisiones requiere de la participación de las funciones ejecutivas, por ser éstas las encargadas de iniciar, supervisar, controlar y evaluar la conducta. Muestra la libertad personal de cada ser humano que tiene el poder de decidir qué quiere hacer. El proceso, en esencia, permite resolver los distintos desafíos a los que se debe enfrentar una persona o una organización (Madera, 2009).			

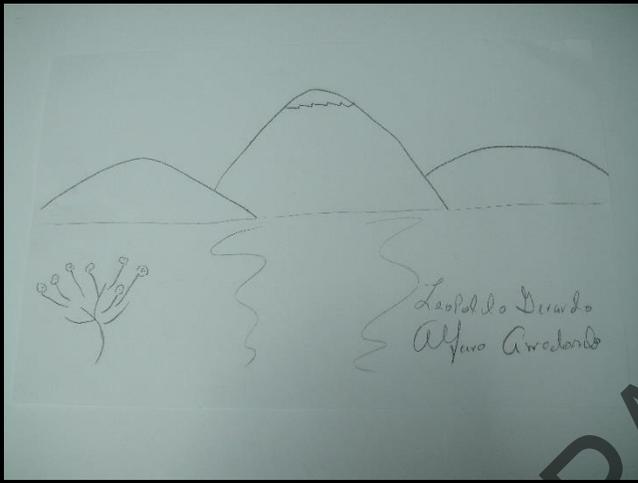
## Anexo 18. ACTIVIDADES ARTÍSTICAS

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA</b> <b>“RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”</b>		 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	
<b>ACTIVIDADES ARTÍSTICAS</b>			
<b>Al inicio del Tratamiento</b>		<b>Al final del Tratamiento</b>	
			

Anexo 19. ACTIVIDADES ARTÍSTICAS

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ" <small>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</small>	
ACTIVIDADES ARTÍSTICAS	
Al inicio del Tratamiento	Al final del Tratamiento
	
	
	

Anexo 20. ACTIVIDADES ARTÍSTICAS

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ" <small>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</small>	
ACTIVIDADES ARTÍSTICAS	
Al inicio del Tratamiento	Al final del Tratamiento
	
	
	

Anexo 21. ACTIVIDADES ARTÍSTICAS

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ" <small>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</small>	
ACTIVIDADES ARTÍSTICAS	
Al inicio del Tratamiento	Al final del Tratamiento
	
	
 <p>Lluvia Afede Villegas López T=5</p>	

## BIBLIOGRAFÍAS

1. Alberdi, S. (2003), *Depresión: Guías clínicas*: Fistera.
2. Alijas, R. (2009). *Calistenia: volviendo a los orígenes*: Emásf.
3. Alijas, R. (2015). *Revista Digital de Educación Física*, 93.
4. Álvarez, M. (2001). *Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión*. Psicothema: Universidad de Alemania.
5. Álvarez, T. (2006). *Guía de formación de Especialistas*. Psiquiatría.
6. Austin, D. (2001). *Therapeutic Recreation*. Boston; MA.
7. Baena, A. (2005). *Los trastornos del estado de ánimo*. *Revista Digital Universitaria*, Vol.6.
8. Balón, S. (2014). *Depresión: una propuesta de taller*. México D.F: UNAM.
9. Bautista, L. (2006). *La recreación: una estrategia para el aprendizaje*. Universidad Experimental Rafael María Baralt: Kinesis.
10. Beck-II (1967): *Propiedades psicométricas en población general Clínica y Salud*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid: España.
11. Bernardo de Quiroz A. (2006). *Manual de Psicomotricidad*. Madrid: Pirámide.
12. Bernardo M. (1994). *Terapia Electro-Convulsiva*. Recomendaciones terapéuticas básicas en los trastornos mentales. Edit. Masson-Salvat. Barcelona.
13. Bulacio, J. (2003). *Uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica*. Psicoeducación en Salud.
14. Blass. (2012). Centro de rehabilitación San Blass: *Informe del Estado Actual de la Prevención en Salud Mental*. Real Patronato sobre Discapacidad: Asociación de Fundaciones Tutelares de Personas con Enfermedad Mental Asociadas – FUTUPEMA.
15. Caren, (2009). Centro Caren: *Neurorehabilitación*: Copyright.

16. Camacho, P. (2009). *El beneficio de la Terapia Ocupacional en el Autoestima del paciente psiquiátrico con diagnóstico de TDM, en el INPRFM*. Universidad Salesiana: México D.F.
17. Carnero, S. (2009). *Revista de Historia de la Psicología*. Universidad de Valencia: España.
18. Castanedo, C. (1983). *Terapia Gestalt*. Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
19. Castro, (1994). *El proceso de investigación*: Universidad de Granada.
20. Caicedo, B. (2005). *Estudio descriptivo-exploratorio del trastorno depresivo mayor: aproximaciones psicológicas y sociodemográficas de pacientes hospitalizados en la Clínica Psiquiátrica Nuestra Señora de la Paz*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIV. 515-528.
21. CNDH, (2013). *Informe especial de la comisión nacional de los derechos humanos sobre los hospitales psiquiátricos que dependen del gobierno federal y estados de la república mexicana*. México: D.F.
22. Díaz, J. (2008). *Las deficiencias fisiológicas: Intervención educativa*. Buenos Aires N. 103, 1.
23. Diccionario P, (2009). *Diccionario de Psicología y pedagogía*. Tlalnepantla, Edo. De México: Euroméxico, 2009.
24. DSM-IV, (1952). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Asociación Estadounidense de Psiquiatría: Médica Panamericana.
25. Egurzegui, L. (2006). *Placer y Terapia*. Asociación Española de Terapia. Pamplona.
26. Encinas, F. (2002). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos*. Madrid: Dykison.
27. Flores, L. (2007). *Trastorno depresivo mayor en México: la relación entre la intensidad de la depresión, los síntomas físicos dolorosos y calidad de vida*. *Salud Mental*, vol. 30, núm. 2, 25-32.

28. García, A. (2005). *Mirando con ojos de niño, Implicaciones de la tortura psicológica en contextos de violencia política*, Bogotá, Colombia e Informe de las sentencias de Mapiripán y La Rochela, 2008.
29. García, M. (2009). *Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos*. Servicio Murciano de Salud.
30. Gerhard, H. (2010). *Guía clínica para el manejo de la depresión*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría: Ed. S Berezón, Medina- Mora.
31. Giner, J. (2005). *Consenso en el tratamiento de las depresiones*. Barcelona: Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental.
32. González, D. (2001). *Socialización estética*. Universidad Europea de Madrid.
33. Gordillo, F. (2010). *Estudio de la toma de decisiones*. Revista electrónica de Motivación y emoción.
34. Guadarrama, L. (2002). *Bases neuroquímicas y neuroanatomías de la depresión*. Facultad de Medicina, UNAM: Departamento de Filosofía.
35. Grupo de Trabajo sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t N° 2007/09
36. Heinze, G. (2010). *Guía Clínica para el manejo de la Depresión*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. S Berenzon, Medina - Mora.
37. Henderson, V. (1971). *Principios Básicos de los cuidados de enfermería*. Suiza: Skarger Bael.
38. Herbert, R. (2008). *La coordinación y motricidad asociada a la madurez mental en niños de 4 a 8 años*. Facultad de Psicología y Humanidades: Universidad Femenina del Sagrado Corazón. Dinamarca.
39. Hernández, M. (2010). *Tratamiento cognitivo conductual de la depresión, un análisis de caso*. Centro Universitario UAEM Atlacomulco, México.

40. Hernández, R. (2006). *Metodología de la Investigación*. 4ta Edición. México: Editorial Mc Graw H.
41. INPRFM, (2014). *Código de conducta ética*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Tlalpan: México D.F: INPRFM.
42. Jefferson, T. (2009). *Terapia recreativa- Manual de enseñanza para el paciente y la familia sobre lesiones de la médula espinal*. Manual de Lesión de la Médula Espinal.
43. Jenkins, M. (2011). *Efecto de la aplicación de un modelo recreativo de intervención integral, sobre la calidad de vida de una persona adulta mayor, con discapacidad sensorial, efectuada en su casa de habitación, por un período de seis meses. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio; Costa Rica*.
44. Keck, M. (2010). *La depresión*. Suiza: Lundbeck.
45. Kris, J. (1990). *Corrientes fundamentales en Psicoterapia*. Buenos Aires: Amorrortu Editores
46. López, M. (2009). *Tesis Doctoral, La Intervención Arte terapéutica y su Metodología en el contexto profesional Español*. Universidad de Murcia.
47. Madera, I. (2009). *La toma de decisiones como proceso psicológico general*. Revista de Historia de la Psicología, 3.
48. Madrid (2007). *Programa de Integración Social a través del ocio*. Instituto De Adicciones De Madrid Salud.
49. Marc, E. (1993). *“Guía práctica de las nuevas terapias”*. Kairos: Castellano.
50. Martin. (2005). *Psicología Experimental*. Como hacer experimentos en Psicología. México D.F: Cengage Learning, 7° ed.
51. Martínez, J. (1995). *Actividades físicas y recreación en la Educación del ocio y el tiempo libre con actividades física alternativas*. Nuevas necesidades, nuevas políticas. Barcelona, Madrid. España.
52. Mercado, T. (2002). *Recreación y valores*. Colombia: Kinesis.

53. Mora, J. (2012). *Pero si no estoy loco*. Nuevas miradas para entender nuestra Salud Mental. México: Instituto Nacional de Psiquiatría: Secretaria de Salud.
54. Mori, H. (2008). *La coordinación y Motricidad asociada a la Madurez Mental*. Revista de Psicología: Coordinación motriz.
55. More, (2016). Código de ética de la asociación americana de recreación terapéutica. Federación internacional de educación física.
56. Muñiz, J. (2010). *La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los test*. Papeles del Psicólogo.
57. Murray, C. & López, A., *The Global Burden of Disease*, Harvard: Harvard University Press, 1996.
58. OMS, (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001*. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.
59. OMS, (2006). Protección de las personas con enfermedad mental.
60. OMS, (2013). Organización mundial de la salud.
61. ONU, (1999). Organización de las naciones unidas.
62. Organization, (2012). *The World Health report 2001: New understanding, new hope*, Geneva, World Health Organization, 2012.
63. Page, J. (2012). *Modelo de Itinerario Formativo*. Hospital Universitario de Fuenlabrada.
64. Perelló, M. (2001). *Eficacia y efectividad de los tratamientos psicológicos para la depresión*. Información psicológica n.76.
65. Pérez, M. (2001). Tratamientos Psicológicos eficaces para la Depresión. Psicothema.
66. Perls, F. S. (1970). *Testimonios de terapia*. Santiago: Cuatro Vientos.
67. Psiquiatría, (1996) *Guía de formación de especialistas*. Comisión nacional de especialidades médicas. Secretaria del Estado. 1996.
68. Pulido, A. (2013). *La orientación para la salud mental: Reflexiones para delimitar*. Revista Electrónica Educare, 63-68.

69. Rehabilitación, T. (2009). *Terapia Recreativa - Manual de enseñanza para el paciente y la familia sobre lesiones de la medula espinal*. Manual de Lesión de la Medula Espinal.
70. Rascón Gasca M. L., Hernández Durán V., Casanova Rodas L., Alcántara Chabelas H., Sampedro Santos A. (2013). *Guía Psicoeducativa para el Personal de Salud que brinda Atención a Familiares y Personas con Trastornos Mentales*. Ed. Shoshana Berenzon, Jesús del Bosque, Javier Alfaro, Maria Elena Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastorno Mentales
71. Reyes, S. (2014). *Propuesta de un programa de Terapia Artística para modificar creencias irracionales en mujeres con depresión*. UNAM: México. D.F.
72. Rezende, J. (2010). *Linguagem Médica*. *Revista de Patologia*, 149 - 150.
73. Rodríguez, M. (2005). *Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad*. Xalapa México: UNAM.
74. Salama, H. (2001). *Psicoterapia Gestalt*. Proceso y metodología. D.F. México: Alfaomega.
75. Sampieri, F. (2006). *Metodología de la Investigación*. México.
76. Sampieri, F. (2010). *Metodología de la Investigación*. México.
77. Sánchez, A. (2003). *Recreación Fundamentos Teóricos Metodológicos*.
78. Sánchez, C. (2012). *Incidencia de las Actividades Recreativas, Aplicadas en Pacientes con Enfermedades Mentales, del Hospital Psiquiátrico Julio Endara y su Influencia en el Tratamiento Terapeuta*. EPE. Sede Sangolquí.
79. Sánchez, E. (2000). *Todos con la "Esperanza" Continuidad de la participación comunitaria Universidad Central de Venezuela*. Facultad de Humanidades. Comisión de Postgrado. Caracas. 2000.
80. Sanz, J. (2003). *Adaptación española del Inventario para la Depresión*.
81. Tabares, F. (2005). *Ocio, Recreación y Desarrollo Humano*. Memorias VI Congreso Departamental de Recreación. Medellín.

82. Talavera, M. (2013). La Depresión en atención primaria. Obtenido de Slideshare:  
<http://es.slideshare.net/udmficmenorca/la-depresin-en-atencin-primaria>
83. Torano, R. (2005). *La profesión de la Terapia Recreativa*. Puerto Rico: Sociedad de Recreación Terapéutica de Puerto Rico.
84. Trejo, J. (2006). *Recreación psicoterapéutica*. Avances conceptuales e investigativos.
85. Velásquez, L. (2001). Fundamentación fenomenológica-existencial. Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte Barranquilla, Colombia.
86. Waichman, P. (1998). *Acerca de los enfoques de Recreación*. Argentina: Funlibre.
87. Zinker, J. (2003). *El proceso creativo en la terapia*. Buenos Aires D. R. Editorial Paidós.
88. [http://www.academia.edu/5665260/ACTIVIDADES\\_RECREATIVAS\\_PDF](http://www.academia.edu/5665260/ACTIVIDADES_RECREATIVAS_PDF)
89. [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13\\_2651.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13_2651.pdf)
90. [http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/no\\_estoy\\_loco.pdf](http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/no_estoy_loco.pdf)
91. <http://www.somospacientes.com/noticias/avances/la-ansiedad-y-la-depresion-aumentan-la-mortalidad-de-las-enfermedades-cv/>
92. <http://www.fisterra.com/guias2/depresion.asp>
93. <http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Psiquiatria.pdf>
94. <http://redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD013.pdf>
95. [http://www.depression.ch/documents/depressionen\\_es\\_neu.pdf](http://www.depression.ch/documents/depressionen_es_neu.pdf)
96. [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_488\\_Depresion\\_AP\\_resum.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_488_Depresion_AP_resum.pdf)