



INSTITUTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

**PROGRAMA PARA MEJORAR LOS HABITOS Y RUTINAS DE LA
VIDA DIARIA DEL USUARIO MENTAL CRONICO.**

REPORTE DE PRÁCTICA INNOVADORA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN TERAPIA OCUPACIONAL

PRESENTA

MACEDONIO JESUS CRUZ HERNÁNDEZ

DIRECTOR DE PROYECTO

LIC. SARITA MARTÍNEZ GARCÍA

SINODALES

MAESTRA. LIZI BOLAÑOS NAUTH MS, OTR/L
LTO. ANAHIS PORTILLA

CIUDAD DE MÉXICO

MARZO DE 2018

“Por este medio, declaro que este informe de investigación es mi propio Trabajo, a excepción de las citas y referencias que utilizo para fundamentarlo

Asimismo, afirmo que este trabajo no ha sido presentado anteriormente.”

Atentamente

MACEDONIO JESUS CRUZ HERNÁNDEZ

Marzo 2018

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo al instituto de terapia ocupacional para que el presente trabajo o parte de él, se pueda acceder a través del repositorio institucional “Encuentra” como un documento de Acceso público para su lectura, consulta y para procesos de investigación de acuerdo a las normas institucionales.

Asimismo, me comprometo a mencionar en la difusión de mi trabajo a nivel externo, que éste, es un producto de investigación realizado en el Instituto de Terapia Ocupacional, citando mi nombre como autor, así como los de mis asesores.

Atentamente

Macedonio Jesús Cruz Hernández

Marzo de 2018

INDICE

INTRODUCCION.....	1
DESCRIPCION DEL LUGAR.....	4
OBJETIVOS	7
CRITERIOS DE INCLUSION.....	7
METODOLOGIA.....	8
DURACION DEL PROGRAMA	9
MARCO DE REFERENCIA.....	10
DIAGNOSTICO OCUPACIONAL.....	13
EVALUACIONES.....	17
RECURSOS	24
FACTIBILIDAD DEL PROGRAMA.....	24
EVALUACIÓN.....	24
CONCLUSIONES.....	27
REFERENCIAS	29
ANEXO 1.....	31
ANEXO 2.....	71
ANEXO 3.....	74
ANEXO 4.....	76
ANEXO 5.....	87

Introducción

El Hospital Psiquiátrico “Dr. Samuel Ramírez Moreno” cuenta ya con 51 años de existencia, con un número significativo de usuarios que a causa de la cronicidad de sus padecimientos y de su permanencia en la institución; se encuentran en calidad de abandonados.

El proceso de cronificación del paciente en la institución, es el reflejo de limitantes en los modelos tradicionales de reinserción social, de tal manera que el paciente mental crónico, no ha tenido la posibilidad de ser reintegrado en un sistema social.

Por tal razón, se hace necesario implementar abordajes de reinserción desde el enfoque de la Terapia Ocupacional, que favorezcan una mejor calidad de vida intra y extra hospitalaria, tanto para los pacientes crónicos en calidad de abandono, como para los pacientes ambulatorios que asisten al servicio de consulta externa y corta estancia hospitalaria, que brinden la posibilidad de ser reinsertados socialmente, a fin de tener una interacción funcional, así como la aplicación de sus capacidades residuales.

De esta manera, El Hospital Psiquiátrico “Dr. Samuel Ramírez Moreno” contribuye con alternativas terapéuticas:

Atención psiquiátrica

Atención psicológica

Atención de rehabilitación Psicosocial

Congruentes con el replanteamiento de Rehabilitación Psicosocial del enfermo mental crónico, como fue propuesto en el Plan Nacional de Desarrollo, en su apartado de Salud Mental, enfatizando la Desinstitucionalización, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria.

Se considera conveniente, el desarrollo del presente programa con el cual se pretende brindar una atención de calidad con calidez y respeto a los derechos humanos de los usuarios de este hospital. Desde un enfoque de la terapia ocupacional tomando en cuenta los derechos del individuo. (NOM - 025 - SSA – 2014)

Las actividades que integran el programa de trabajo del Servicio de Rehabilitación Psicosocial, se agrupan en 6 categorías, los ejes programáticos son los siguientes:

Terapia Física: Se refiere a la implementación de acciones rehabilitadoras con apoyo en medios mecánicos, de masaje y ejercicio físico que lo obligan a ejecutar, pasiva o activamente movimientos determinados.

Terapia de La Vida Cotidiana: Se refiere a las actividades de rehabilitación psicosocial que involucran el reaprendizaje de actividades básicas de la vida diaria, que se han deteriorado en los pacientes mentales crónicos.

Terapia de Socialización: Se refiere a las actividades de rehabilitación psicosocial que involucran el reaprendizaje de la interacción social, incluye: Socio recreativas diversos juegos, convivios, deportes y paseos entre otros, con la finalidad de que el paciente pueda reinsertarse a la sociedad.

Culturales exposiciones, clases de pintura y visitas culturales entre otros.

Musicoterapia utiliza la música para la relajación del paciente con deficiencias mentales que ayuda a su rehabilitación.

Terapia Ocupacional: Plasmada en las sesiones de rehabilitación psicosocial, cuyo objetivo está dirigido a la reinserción socio laboral, dirigidas y supervisadas por el personal del servicio de rehabilitación psicosocial, de las unidades terapéuticas involucradas.

Terapia Alternativa: Se refiere a las actividades terapéuticas que se ejercen en beneficio de los usuarios del hospital, y que no están descritas en los rubros previos, pero que se lleven a cabo en las unidades terapéuticas involucradas (Barragán, V. C. 2011).

El Programa para mejorar los hábitos y rutinas de la vida diaria del usuario Mental Crónico, se desprende del Programa General de Rehabilitación Psicosocial, específicamente de los rubros relacionados con Terapia de la Vida Cotidiana, Terapia de Socialización y Terapia Ocupacional.

El proceso de integrarlos será recuperar sus actividades de la vida diaria, sus actividades instrumentales, motivarlos a mejorar su higiene, aliño, vestido y alimentación reforzando su

interés y mejora conductual con salidas a diversos lugares socioculturales para crear habituación en un principio y vencer ideas o pensamientos de no poder llevar un desenvolvimiento en la sociedad y disminuir la institucionalización. Buscando reintegrarlos a un trabajo remunerado, que le permita llevar una vida productiva e independiente de manera autónoma cubriendo sus gastos de vivienda, alimentos, tratamiento, medicamentos, educación, diversión y recreación.

Con el Programa para mejorar los hábitos y rutinas de la vida diaria del usuario enfermo mental crónico, se favorece el cambio del enfoque tradicional, a un enfoque de terapia ocupacional centrado en la persona y en la ocupación, tomando en cuenta sus antecedentes ocupacionales o laborales y no encasillarlos en un modelo de rehabilitación psicosocial, que tiene limitaciones por la falta de la visión humanista que no se ha favorecido con usuarios de un hospital psiquiátrico en México.

Como parte de esta preparación o entrenamiento hablaríamos del comportamiento y desempeño en actividades de la vida diaria reorganizando hábitos y rutinas. Como el bañarse, vestirse, comer, movilidad funcional, higiene y arreglo personal. Favoreciendo la posibilidad de llegar a tener un trabajo que les permita recuperar el significado en pro de su bienestar y su salud personal, a ser un ser humano en uso de sus derechos y a recuperar actividades de la vida diaria que se vieron interrumpidas por su enfermedad mental es decir empoderar al sujeto como un individuo independiente, autónomo y no como un ser con un padecimiento mental.

Es así como se realiza un planteamiento de implementar un proceso de educación a pacientes con un padecimiento mental (esquizofrenia, discapacidad intelectual) con vista a un posible egreso y a una reinserción social a la comunidad Y lograr que la comunidad también visualice al paciente como un ser humano con posibilidades de éxito.

Descripción del lugar.

El Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno (HPSRM)

Depende de la Secretaría de Salud Federal, se encuentra ubicado en la colonia Ampliación Santa Catarina en el municipio de Chalco estado de México, sobre la carretera México Puebla K. 5.5 esquina con el eje 10 sur, perteneciente a Valle de Chalco solidaridad, Edo de México.

Hospital Psiquiátrico Samuel Ramírez Moreno cuenta con 25 hectáreas de extensión. Colinda con la colonia Santa Catarina delegación Tláhuac. En el hospital se cuenta con todos los servicios: agua, luz, teléfono. Tiene una población de 110 personas internadas en tres pabellones. En un principio, cuando el hospital fue inaugurado contaba con 5 pabellones, uno de ellos fue destruido por el temblor de 1985 y otro fue cerrado hace 10 años, ya que los usuarios que se encontraban ahí estaban en proceso legal y fueron enviados a los Ceferepsi (centro de rehabilitación psicosocial) en el estado de México y Morelos.

Actualmente se cuenta con 2 áreas: Hospitalización continua en donde la denominación dejó de ser pabellón, para ser nombrados Unidades Terapéuticas a partir de la modificación de la Norma Técnica (NOM - 025 - SSA – 1994) y el área de Consulta Externa, como a continuación se describe.

Hospitalización continua, en donde se brindan atención psiquiátrica y psicológica a los usuarios hombres mayores de edad con un padecimiento mental crónico.

Está dividido en:

Unidad Terapéutica de Larga Estancia 1-A y 1 B para usuarios con Discapacidad Intelectual

Unidad Terapéutica de Larga Estancia 2 A para usuarios con esquizofrenia y trastorno del comportamiento secundario a farmacodependencia.

Unidad Terapéutica de Niños 2 B, algunos de ellos vienen de otros hospitales ya que al cumplir la mayoría de edad fueron trasladados a este hospital.

Unidad Terapéutica de Psicogeriatría están los usuarios mayores de 60 años de edad algunos de ellos procedentes del manicomio general la Castañeda.

Unidad Terapéutica de Corta estancia donde están los usuarios agudos es decir con un inicio de padecimiento.

Consulta externa en donde se da atención psiquiátrica y psicológica a la población externa que así lo solicite: hombres, mujeres, niños, niñas y adolescentes que incluye dos programas:

Urgencias psiquiátricas: área de atención de personas con una crisis, o padecimiento mental exacerbado.

Salud Mental Comunitaria: brinda atención a jardines de niños, primarias, secundarias, preparatorias, universidades y a la comunidad aledaña al hospital con pláticas y cursos de prevención a la salud mental así como cursos de tanatología o de algún tipo de escuela para padres.

Se da atención de lunes a domingo en ambas áreas ya que se cuenta con personal para cubrir el turno matutino y el turno vespertino, así como personal en el turno de la noche llamado veladas, y un turno especial llamado guardias especiales que labora los sábados y domingos, días festivos por lo que no se descuida la atención a los usuarios, se cuenta con 450 trabajadores de base, más los empleados de limpieza, vigilancia, comedor y cocina. Que son servicios subrogados, contratados de manera externa.

El 28 de septiembre de 1967, es inaugurado el Hospital Psiquiátrico Campestre Dr. Samuel Ramírez Moreno por el Lic. Gustavo Díaz Ordaz que en ese entonces era el presidente de la República Mexicana.

La institución al principio tenía como propósito el internamiento de pacientes en estado subagudo, con una estancia máxima de 180 días (6 meses), durante la estancia, el usuario tendría la oportunidad de gozar de un ambiente de libertad, llevaría a cabo actividades de granja y cultivo las cuales serían parte del tratamiento de rehabilitación y reintegración a su medio familiar y social.

El Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno tenía un funcionamiento como hospital granja donde se llevaba a cabo una labor y varias ocupaciones destinadas para el usuario que se internaba, se encargaban de cuidar y alimentar a las gallinas, cerdos, borregos y vacas. Además de labores en terrenos que se utilizaban como huertas donde se sembraba calabaza, col, zanahorias, cebollas, papas, cilantro, hierbas aromáticas, perejil así como árboles de aguacates, peras, manzanas, granadas, higos, ocupaciones que daban significado a la vida del usuario con un padecimiento mental y que a su vez proporcionaban suministros para la alimentación de los usuarios internos. Es decir, el hospital era autosustentable.

Para los 90s se atraviesa por una nueva crisis ya que el deterioro de la calidad de la atención del personal de enfermería cada vez era mayor así como el número de pacientes y en su mayoría ya pertenecían a las áreas metropolitanas y las actividades de cultivo y crianza de animales ya no eran funcionales para la rehabilitación. Otra causa de deterioro se debió a que el personal inicial de rehabilitación se jubiló y no se cubrió los puestos vacantes, esto generó perder el trabajo logrado con los usuarios.

En 1992 queda como Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno y le quitan lo de campestre.

En 1993 desaparecen por completo los animales de granja.

Desde hace más de 40 años de funcionamiento del hospital se ha empleado una perspectiva desde una intervención empírica basada en una rehabilitación psicosocial y no en las ciencias de la ocupación con todo el sustento teórico que ahora se conoce.

Justificación

En México no se han priorizado los programas para mejorar los hábitos y rutinas de la vida diaria del usuario enfermo mental crónico, por lo que sería pertinente llevar a cabo un trabajo con esta perspectiva de la terapia ocupacional como un proyecto innovador que dignifique al enfermo mental crónico como un gran ser humano. Ya que se trata de usuarios crónicos con más de 30 años de estancia hospitalaria con diversos padecimientos (esquizofrenia, discapacidad intelectual y secuelas de encefalitis de larga evolución, etc.)

Objetivos.

General.

Favorecer la recuperación de actividades de la vida diaria así como la recreación del tiempo libre en usuarios con enfermedad mental crónica.

Específicos

- 1.- Reactivar las actividades básicas de la vida diaria de baño en los usuarios mentales crónicos.
- 2.- Estimular las actividades básicas de la vida diaria de aseo e higiene en los usuarios mentales crónicos.
- 3.- Mejorar las actividades básicas de la vida diaria de vestido en los usuarios mentales crónicos.
- 4.- Reorganizar las actividades básicas de la vida diaria de alimentación en los usuarios mentales crónicos.
- 5.- Favorecer la recreación del tiempo libre en los usuarios mentales crónicos.

Hipótesis de trabajo.

A través de la estimulación de hábitos y rutinas se favorecerá la recuperación de actividades de la vida diaria así como el uso del tiempo libre en usuarios con enfermedad mental crónica.

Criterios de inclusión.

Paciente crónico, farmacológicamente estable, sin interurrencias médicas recientes, Ambulatorio. Sin contraindicaciones para salir del hospital.

Metodología

Sujetos: Se trabajará con 8 usuarios que se encuentran en el área de hospitalización en unidades terapéuticas 1 y 2. (Cuadro 1)

NOMBRE	DIAGNÓSTICO	UNIDAD TERAPÉUTICA
ELISEO	DISCAPACIDAD INTELECTUAL LEVE	1 A
ROBERTO	DISCAPACIDAD INTELECTUAL MODERADA	1 A
SERGIO	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	2 A
ROBERTO B	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	2 A
PABLO	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	2 A
PEDRO	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	2 A
FELIPE	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	2 A
ALEJANDRO	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	2 A

Se ha observado falta de aliño e higiene en los usuarios del Hospital psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno además de una gran apatía en la realización de actividades de autocuidado encontrándolos deambulando sin un sentido y sin un sentir.

Duración del programa

24 Semanas

Marco conceptual

Los profesionales de terapia ocupacional reconocen que la salud es alcanzada y mantenida cuando los clientes son capaces de comprometerse en ocupaciones y actividades que permiten la participación deseada o necesaria en el domicilio, la escuela, el centro de trabajo y la vida de la comunidad (Gary Kielhofner, 1995).

Así, los profesionales de terapia ocupacional están comprometidos no sólo con la ocupación sino también con la complejidad de factores que fortalecen y hacen posible el compromiso del cliente y la participación en ocupaciones positivas que promueven la salud (Wilcock y Townsend, 2008).

El foco de la terapia ocupacional con el compromiso con las ocupaciones y la justicia ocupacional, complementa la perspectiva de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su esfuerzo para expandir el conocimiento de los efectos, de la enfermedad y la discapacidad en la salud, ha reconocido que la salud puede ser afectada por la inhabilidad para llevar a cabo actividades y participar en situaciones de la vida, causadas por barreras ambientales, así como por problemas que existen con estructuras corporales y funciones corporales (OMS. 2001).

En el año 2003, Townsend aplicó el concepto de justicia social al foco de la terapia ocupacional e ideó el término de justicia ocupacional para describir el compromiso de la profesión con la ética, moral, y factores cívicos que pueden apoyar o limitar el compromiso de promover la salud con las ocupaciones y la participación en el domicilio y en la vida de la comunidad. La justicia ocupacional asegura que a los clientes se les brinde la oportunidad para una total participación en esas ocupaciones en las cuales ellos optan por comprometerse (Christiansen y Townsend, 2004 p. 278.)

Los profesionales de terapia ocupacional interesados en la justicia ocupacional reconocen y trabajan para apoyar las políticas sociales, acciones y leyes, que permiten a la gente comprometerse en ocupaciones que aportan propósito y significado en sus vidas.

Marco de referencia conductual

Proporcionar al usuario oportunidades para aprender los comportamientos específicos necesarios para maximizar la independencia funcional dentro del ambiente en el que vive. De manera que el usuario primero observe al terapeuta, que modela la conducta aceptada de comportamiento en los distintos entornos socioculturales, cine, parque, juegos al aire libre, lugares turísticos, restaurantes, plazas comerciales. Así como en actividades de la vida diaria como aseo e higiene, vestido, movilidad en la comunidad, interacción social.

Por último dentro de este grupo de marcos de la práctica de la terapia ocupacional, que conforman el marco de referencia primario psicológico, está el cognitivo conductual, que se gesta a partir del marco conductual, se apoya en la teoría del aprendizaje: condicionamiento como recurso, algunas técnicas: juego de roles, clásico, operante y vicario u observacional, para explicar el comportamiento, su adquisición, su mantenimiento y su modificación. Recibe aportaciones de la psicología cognitiva que destaca el papel, que los procesos cognitivos internos tienen sobre la conducta (atención selectiva, procesamiento de la información y codificación simbólica) (Romero A. Moruno. 2003).

Este tipo de orientación, provee al terapeuta el recurso de comprender al individuo sujeto de atención terapéutica, al construir una conceptualización cognitiva del mismo, que continua profundizando hasta la última sesión.

Permitiéndole planificar el tratamiento de forma eficaz, apoyándose en los valores creencias e ideales del sujeto.

De todo lo expuesto, está claro, que cada Marco de referencia guía y orienta la acción del Terapeuta Ocupacional, permitiendo que la actividad profesional sea congruente y eficiente. Siempre acorde con las necesidades y realidades del usuario de nuestro servicio, teniendo muy en cuenta el entorno.

Modelo de ocupación humana

El estudio se encuentra enmarcado dentro del Modelo de Ocupación Humana (MOHO), ya que este modelo, propio de la Terapia Ocupacional, interpreta a los seres humanos como sistemas abiertos y dinámicos, resaltando el "Comportamiento Ocupacional" como un proceso organizador (De las Heras, C.G. 2004 CAP.3).

El MOHO conceptualiza a la persona como un sistema compuesto por tres subsistemas: Volición, Habitación y Capacidad de Desempeño.

El propósito del Subsistema Volición es seleccionar el Comportamiento Ocupacional. El Subsistema Habitación, sirve a la organización del Comportamiento Ocupacional en patrones o rutinas. Finalmente, el Subsistema Capacidad de Desempeño hace posible la realización hábil de las ocupaciones.

El término Volición se refiere a voluntad o elección consciente, por lo que se relaciona estrechamente con el concepto de elecciones ocupacionales, las cuales son decisiones cotidianas respecto a aquellas actividades ocupacionales que la persona decide realizar en un momento determinado, es decir, son decisiones deliberadas de entrar y salir de actividades ocupacionales. Al involucrarse en este tipo de actividad, la persona asume un rol ocupacional que debe desempeñar y a través del cual se emprende un proyecto personal (De las Heras, C.G. 2004 CAP.4).

El Subsistema de Habitación permite comprender por qué las personas repiten patrones familiares de comportamiento. La Habitación depende de un circuito de tendencias apreciativas organizadas, las cuales permiten al ser humano improvisar modos similares de comportarse en circunstancias similares a lo largo del tiempo, sin deliberación o atención (De las Heras, C.G. 2004 CAP.5).

El subsistema Capacidad de Desempeño es un conjunto de habilidades que son utilizadas en la elaboración de un comportamiento con propósito y cumple con la organización de los constituyentes físicos y mentales (De las Heras, C.G. 2004 CAP.6).

El MOHO, también incluye a los contextos ambientales del comportamiento ocupacional, que son una combinación de espacios, objetos, formas ocupacionales y/o grupos sociales coherentes que constituyen un contexto significativo para el desempeño. Dentro de estos están: el hogar, vecindario, escuela, lugar de trabajo y lugares de reunión y recreación (De las Heras, C.G. 2004 CAP.7).

El ideal ocupacional se ve reflejado por un equilibrio, el cual corresponde a una distribución balanceada de tiempo entre actividades de la vida diaria, productivas, esparcimiento y descanso. Este equilibrio se manifiesta también cuando las habilidades coinciden con la ocupación, el deseo y las necesidades del individuo y de su ambiente.

Por lo que se considera importante el tipo de programa de interés que se va a llevar a cabo con los usuarios de hospitalización a los cuales se les proporcionan las actividades antes descritas para activar su desempeño ocupacional.

El objetivo del tratamiento es facilitar el cambio a través de la organización del comportamiento ocupacional, facilitando la participación del usuario en la acción, en un ambiente adecuado que permita expresar sus impulsos de exploración, competencia y logro (Kielhofner, G. 2011).

Se leyó al Dr. Simó Algado Salvador, en el proyecto del Jardín Miquel Martí i Pol. Con un objetivo de estrategias para favorecer la inclusión social, la participación, educar la mirada que la sociedad tiene de estas personas con un padecimiento mental. Lo que nos lleva a reflexionar, no desde el punto de vista médico sino desde un punto más humano, en quitar el estigma del padecimiento y mirar a la persona como tal.

La comunidad es un contexto importante que influye en la capacidad de las personas para dedicarse a las ocupaciones. Las comunidades pueden facilitar o inhibir la participación con y sin discapacidades (Simó Algado, S. 2011).

La persona necesita desarrollar una vida llena de significado, sentirse parte de la comunidad, como lo que es, un ciudadano pleno. Para ello debe ser reconocido por la misma y poder participar de todas las dimensiones de la vida comunitaria (Simó Algado, S. 2011).

La sociedad debe brindar a las personas unas condiciones para que pueda desarrollarse de forma saludable.

“A los muros de los manicomios le han seguido los muros químicos. Pero junto al muro hay un foso, que hace aún más difícil la vuelta a la sociedad, que afecta a las personas con enfermedad mental, excavado a golpe de prejuicio y de estigma” Simó Algado S (2011).

Por lo que al proponer llevar al usuario a un contexto distinto al hospitalario y generar que el contexto le demande y le exija poner en juego sus habilidades de desempeño, favorece para desempeñar las actividades de la vida diaria y social que se encuentran retraídas, dormidas, e interrumpidas.

Diagnóstico ocupacional

Los usuarios con un padecimiento mental, que se encuentran hospitalizados presentan una baja demanda de su desempeño social. Ya que no tienen una mayor interacción social porque el ambiente que genera la institución no se los exige, ni favorece el desempeño de las actividades de la vida diaria. Dando lugar a presentar una disfunción ocupacional.

La alienación ocupacional: se produce cuando a pesar de haber participación en ocupaciones, se da una falta de satisfacción personal. Puede deberse a diferentes causas: la ocupación es demasiado estresante, o demasiado aburrida o poco significativa (Sanz Valer P, Rubio Ortega C. 2011 p 9).

De acuerdo con el Modelo de la Ocupación Humana, la disfunción ocupacional puede ser reconocida cuando una persona tiene problemas en el desempeño, organización, y/o en la elección de las ocupaciones, y cuando el propio ambiente fracasa en sustentar y esperar la conducta ocupacional. Los subsistemas de volición, habituación y el ambiente pueden todos contribuir a la disfunción ocupacional, la cual generalmente involucra alguna combinación de factores (Kielthoner, G. 2011).

Las características del cliente son aquellas habilidades o creencias que residen en el cliente y que pueden afectar su rendimiento en el desempeño de una ocupación.

Estas características del cliente se ven afectadas por la presencia o ausencia de enfermedad, la privación y la discapacidad. Esta situación afecta las destrezas de ejecución, las demandas de la actividad y los factores contextuales y del entorno.

La privación ocupacional: tiene lugar cuando existen limitaciones o circunstancias que no permiten que la persona adquiera, utilice o disfrute de la actividad, ya sea por aislamiento, por falta de recursos económicos (Sanz Valer P, Rubio Ortega C. 2011 p 9).

Se habla siempre de la importancia de la reinserción social para estos grupos de usuarios con una enfermedad mental excluidos y marginados por su comportamiento y conducta debido a su padecimiento.

La misma sociedad que los aísla es quien a su vez desea integrarlos a esa sociedad después de pasar por un proceso de atención, rehabilitación sin quitarles un estigma

impuesto por ella misma. Por lo que resulta importante quitar este peso e ir integrando de manera paulatina en un entorno nuevo.

Aun en el mismo Hospital Psiquiátrico los pensamientos chocan hay quien dice que no se puede hacer nada por ellos, hay quienes les otorgan la duda, por lo que se trabaja día a día en su recuperación con una meta en el horizonte para reintegrarlos a una sociedad que los envió a este lugar para ser “sanados”.

Al lograr restablecerlos o rehabilitarlos serán devueltos a sus ocupaciones que se vieron interrumpidas por su padecimiento mental. Pero que muchas veces el propio sistema institucional los despoja de su independencia y los confina en una rutina donde se levanta, se baña con poca privacidad, y lo más rápido posible porque faltan más usuarios, y no hay tiempo, hay horarios establecidos que cumplir, se viste con un uniforme del mismo color que todos, con zapatos tenis sin calcetines, toma su medicamento le toman sus signos vitales, acude a un comedor a desayunar, se sienta, ya todo está servido. Todo es por cumplir horarios establecidos por el personal de salud mental, llevando al usuario a una discapacidad física-social sin motivación que le despersonaliza.

Espera la hora de comer y vuelve la misma rutina, hasta la hora de cenar viene a ser lo mismo, para volver a tomar medicamento, se cierran las puertas se apaguen las luces y a tratar de dormir porque algunos no logran dormir o no quieren dormir porque al no haber actividades que les agraden se la pasan durmiendo. Al día siguiente al despertar vuelve a comenzar el ciclo de estar en un hospital psiquiátrico internado.

Llegando a presentarse en el personal multidisciplinario que labora muchas veces un fenómeno de deshumanización ya solo los ven como un número de expediente, llevando a cabo el cumplimiento de un proceso de hospitalización, lleno de rutina y tedio por lo que se termina en una alienación ocupacional.

La alienación, sostiene que el materialismo de la sociedad actual incide en que el valor del trabajo remunerado prevalezca sobre el de otras actividades, aunque muchas veces no represente una actividad significativa, para el individuo. Ello implica la consolidación de patrones ocupacionales alterados que generan insatisfacción ocupacional y suponen un factor de riesgo para la salud. El énfasis recae en la significación de la actividad y sus

efectos; los individuos que se ven sometidos a actividades poco significativas, vacías y carentes de sentido que se convierten en alienantes (Townsend y Wilcock, 2004).

Describen la alienación ocupacional como: “experiencias prolongadas de desconexión, aislamiento, vacío, falta de sentido de identidad, expresión limitada del espíritu o sensación de falta de sentido. “Como la ausencia de sentido o propósito en las ocupaciones de la vida cotidiana” (Townsend E, Wilcock, 2004)

Se considera importante empoderar a esos seres humanos para juntos determinar sus necesidades y que le dé un significado a su sentir que recupere el rol perdido o los roles que se han interrumpido por el surgimiento de su padecimiento.

Esquizofrenia

“Mente dividida o fragmentada” (esquizo-rotura, frenia-mente) Trastorno mental en el que aparecen unas marcadas alteraciones en la actividad química del cerebro y en su estructura, que provocan en el paciente déficits en el desempeño cognitivo y social. Es un problema catastrófico que ocasiona un gran desgaste emocional en todos los afectados (Gutiérrez Delgado 2013).

DISFUNCION SOCIAL/LABORAL Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, están por debajo del nivel previo al inicio del trastorno.

SUBTIPOS DE ESQUIZOFRENIA a) Tipo paranoide b) Tipo desorganizado c) Tipo catatónico d) Tipo indiferenciado e) Tipo residual Definidos por la sintomatología predominante, en el momento de la evaluación (Gutiérrez Delgado 2013).

TIPO RESIDUAL Ha habido por lo menos un episodio de esquizofrenia, pero ya no manifiesta síntomas importantes, pero a veces muestran síntomas “residuales” como presencia de síntomas negativos (Gutiérrez Delgado 2013).

Discapacidad intelectual

La definición oficial de discapacidad intelectual que se toma como referencia es la del Manual de la Asociación Americana Retraso Mental del 2002 (Luckansson et al., 2002) que aún permanece en vigor. "La Discapacidad Intelectual se caracteriza por limitaciones

significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, expresada en las habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. La discapacidad se origina antes de los 18 años" (García 2011).

El Informe Mundial adoptó la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), como marco conceptual, la cual define la discapacidad como un término genérico que engloba deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones para la participación.

La discapacidad forma parte de la condición humana: casi todas las personas presentarán algún tipo de discapacidad transitoria o permanente en algún momento de su vida. Las personas adultas mayores experimentarán dificultades crecientes de funcionamiento. La discapacidad es compleja, y las intervenciones para superar las desventajas asociadas a ella son múltiples, sistémicas y varían según el contexto. Ley general de inclusión (2014-2018).

El Terapeuta Ocupacional tiene una visión bio-psico-social del ser humano lo que le permite intervenir como miembro de un equipo de rehabilitación, en todos los niveles del proceso. Hablamos pues, de un primer nivel de intervención, centrada principalmente en el individuo, tal y como postula la Asociación Americana del Retraso Mental. La ocupación es una actividad significativa, intencional y funcional del sujeto, en el desempeño de su vida cotidiana. La ocupación incluye el contexto personal, espacial y temporal y entorno donde ésta tiene lugar, y a través de ella el ser humano crece, se desarrolla, se conoce y construye su identidad personal y social (Cuairán, Laparra, Arnedo, Loitegui, 2009 pag.3).

En último término, el rol de la Terapia Ocupacional es facilitar y ayudar a la construcción y desarrollo de una vida significativa, a participar plenamente en la sociedad (Cuairán, Laparra, Arnedo, Loitegui 2009, pag.3).

Evaluaciones a Utilizar

En primer lugar se lleva a cabo una revisión del expediente de cada uno de los participantes en el programa.

Posteriormente se realiza una entrevista para reunir datos acerca de su padecimiento así como del tiempo de estancia en el hospital, se revisa para conocer el tipo de medicamento que requiere, se observa su comportamiento, se establece un acercamiento, se le platica sobre el contenido y la dinámica del programa para mejorar los hábitos y rutinas de la vida diaria del usuario mental crónico, se le pregunta si desea participar para tomarlo en cuenta.

1.- Evaluación diagnóstica del estado cognoaectivo, funcional y áreas de interés de los pacientes. A través de entrevista, aplicación de inventarios de habilidades psicosociales y revisión de expediente clínico.

Se aplicarán las siguientes escalas:

Escala de registro conductual (Barragán, V. C. 2010)

Esta escala explora 4 áreas:

- Hábitos Higiénicos: Todo lo relacionado a su higiene personal.
- Área Social: Cómo se relaciona con los demás
- Hábitos Alimenticios: Su comportamiento dentro del comedor.
- Colaboración: Todo aquello relacionado con la enfermería. (Toma de signos vitales).

Cuestionario perfil de las habilidades de la vida cotidiana (Barthel, 1965)

Escala que permite valorar la autonomía de la persona para realizar las actividades básicas e imprescindibles de la vida diaria tales como comer, lavarse, vestirse, arreglarse, trasladarse del sillón o silla de ruedas a la cama, subir y bajar escaleras, etc.

La evaluación de información se realizará a través de la observación directa y/o entrevista al usuario, o a su cuidador habitual si su capacidad cognitiva no lo permite. La puntuación total se calculará sumando la puntuación elegida para cada una de las actividades básicas.

Valoración

La puntuación total máxima es de 100 puntos:

0-20 dependencia total.

21-60 dependiente grave.

61-90 dependiente moderado.

91-99 dependencia leve.

100 independiente.

Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana (LSP, 1992)

Se trata de una escala heteroadministrada para personas con enfermedades mentales crónicas, que no se encuentran en un momento de crisis. Debe tenerse en cuenta los tres meses pasados de forma global.

Cada ítem responde a una escala tipo Likert de mayor (4 puntos) a menor funcionalidad (1 punto). El LSP se compone de cinco sub escalas. Una puntuación alta en cada escala o para el total del LSP indicaría un nivel de funcionamiento alto. Las puntuaciones de las sub escalas vienen de la suma de las puntuaciones de los ítems de la siguiente forma:

Autocuidado: 10, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 27 y 30. (A)

Comportamiento social interpersonal: 2, 5, 6, 9, 11, 25, 29, 34, 36 y 37. (CSI)

Comunicación – contacto social: 1, 3, 4, 7, 8 y 39. (C)

Comportamiento social no personal: 28, 31, 32, 33, 35 y 38. (CSNP)

Vida autónoma: 15, 20, 21, 22, 23, 24 y 26. (VA)

Escala de Actividades Básicas de la Vida Diaria Katz 1958

Un instrumento para evaluar la independencia de una persona en cuanto a la realización de las actividades básicas de la vida diaria. En muchos casos. Puede ser contestado por, en otros pueden ser los familiares, y en todo caso, deberá mediar una exploración adecuada. se trata de seis ítems dicotómicos que evalúan la capacidad o incapacidad de efectuar una serie de tareas (Katz, 1958).

Índice de Lawton Escala de Actividades Instrumentales de la vida diaria 1969

Publicada en 1969, fue desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia, para población anciana, institucionalizada o no, con objeto de evaluar autonomía física e Actividades instrumentales de la vida diaria.

La escala de Lawton es uno de los instrumentos de medición de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria más utilizado internacionalmente y la más utilizada en las unidades de geriatría de España, sobre todo a nivel de consulta y hospital de día. Su traducción al español se publicó en el año 1993.

La información se obtendrá de un cuidador fidedigno. La máxima dependencia estaría marcada por la obtención de cero puntos, y 8 puntos expresarían una independencia total.

2.- Seleccionar un grupo de 8 usuarios mentales crónicos, a los que se les dará seguimiento de la evolución registrada durante el periodo de implementación del programa para mejorar los hábitos y rutinas de la vida diaria del usuario mental crónico. Y las salidas semanales a la comunidad para observar su desempeño ocupacional en actividades de la vida diaria en un contexto diferente.

3.- Reevaluación al término del periodo de implementación del programa para mejorar los hábitos y rutinas de la vida diaria del usuario mental crónico.

Actividades que se llevarán a cabo

Con el objetivo de reactivar funcionalidad en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Así como actividades de movilidad en la comunidad, actividades culturales y de esparcimiento.

Actividades de la vida diaria
Baño
Aseo e higiene
Vestido
Alimentación
Recreación tiempo libre
Comenzamos con indicarle que se llevará a cabo un programa de reorganización de hábitos y rutinas comenzando la primera semana:

hora	lunes	Martes	miércoles	jueves	Viernes
7:00 a 7:30	baño de los 8 usuarios, con agua caliente, jabón, zacate, toalla, secado del cuerpo	baño de los 8 usuarios, con agua caliente, jabón, zacate, toalla, secado del cuerpo	baño de los 8 usuarios, con agua caliente, jabón, zacate, toalla, secado del cuerpo	baño de los 8 usuarios, con agua caliente, jabón, zacate, toalla, secado del cuerpo	baño de los 8 usuarios, con agua caliente, jabón, zacate, toalla, secado del cuerpo
7:30 a 8:00	Vestido ponerse camisa, aplicación de desodorante, aplicación de loción y crema en las manos, brazos y cara, pantalón, ropa interior (calzón) chamarra, calcetines, zapatos.	Vestido ponerse camisa, aplicación de desodorante, aplicación de loción y crema en las manos, brazos y cara, pantalón, ropa interior (calzón) chamarra, calcetines, zapatos.	Vestido ponerse camisa, aplicación de desodorante, aplicación de loción y crema en las manos, brazos y cara, pantalón, ropa interior (calzón) chamarra, calcetines, zapatos.	Vestido ponerse camisa, aplicación de desodorante, aplicación de loción y crema en las manos, brazos y cara, pantalón, ropa interior (calzón) chamarra, calcetines, zapatos.	Vestido ponerse camisa, aplicación de desodorante, aplicación de loción y crema en las manos, brazos y cara, pantalón, ropa interior (calzón) chamarra, calcetines, zapatos.

8:10 a 8:40	Sentarse en el comedor para ingerir sus alimentos, llevar sus utensilios charola platos al lugar destinado para ser lavados.	Sentarse en el comedor para ingerir sus alimentos, llevar sus utensilios charola platos al lugar destinado para ser lavados.	Sentarse en el comedor para ingerir sus alimentos, llevar sus utensilios charola platos al lugar destinado para ser lavados.	Sentarse en el comedor para ingerir sus alimentos, llevar sus utensilios charola platos al lugar destinado para ser lavados.	Sentarse en el comedor para ingerir sus alimentos, llevar sus utensilios charola platos al lugar destinado para ser lavados.
9:00 a 9:30	Lectura de periódico o de revistas comerciales de lugares turísticos.	Lectura de periódico o de revistas comerciales de lugares turísticos.	Lectura de periódico o de revistas comerciales de lugares turísticos.	Lectura de periódico o de revistas comerciales de lugares turísticos.	Lectura de periódico o de revistas comerciales de lugares turísticos.
10:00 a 12:00	Ver películas que ellos decidan ver. Acción, comedia, etc. Los días lunes y miércoles.	Se escucha música que ellos deciden escuchar. Boleros, clásica, instrumental etc. Los días martes y viernes	Ver películas que ellos decidan ver. Acción, comedia, etc. Los días lunes y miércoles.	Actividad Social Salidas	Se escucha música que ellos deciden escuchar. Boleros, clásica, instrumental etc. Los días martes y viernes.

Con el baño en donde se les proporciona agua caliente, jabón y estropajo para llevar a cabo el aseo de su cuerpo. Con el grupo de 8 usuarios Así como ropa limpia diferente al uniforme, ropa interior (calzones) que se utiliza en el hospital, comenzando a proporcionarles desodorante, crema, peine y espejo. Zapatos calcetines el uso de talco en los pies, lavado de dientes después de cada comida así como el lavado de manos antes de ingerir alimentos como una forma de dignificar y habituarlos al uso de los mismos.

Uso de loción y crema para manos logrando que se lleve a cabo rutinas con el fin de que se creen un hábito en el usuario y de esta manera recuperar su confianza al observarse en el espejo su porte, presencia que le devuelve confianza y seguridad en su persona.

Proporcionando al usuario una mejora en su autoestima favoreciendo su reinserción social

Ya que la apariencia y presencia de manera agradable representa ante los ojos de otros una sensación de agradecimiento y de confianza que logra derribar las barreras del estigma.

Dentro de las actividades que se realizan en este programa, se incluye la asistencia a lugares públicos, plazas comerciales, cines, museos, etc., que den la oportunidad de socialización de los usuarios a través de realizar compras en centros comerciales, preparación de alimentos que son utilizados en el paseo terapéutico, consumo de alimentos en restaurante, quitando barreras y conviviendo el terapeuta con el usuario en un sentimiento de igualdad y de acompañamiento.

Es importante mantener o restablecer los buenos hábitos ocupacionales.

Por lo que de manera personalizada se llevó un proceso de modelamiento es decir primero se les enseñaba como se tenía que llevar a cabo la actividad.

Posteriormente se les comenzó a exigir que llevaran la actividad de baño, observando sus limitaciones y sus destrezas en un proceso de habituación hasta lograr que llevaran dicha actividad, como lavado de manos, cepillado de dientes, untarse crema en las manos y en los brazos, aplicación de desodorante vestirse frente a un espejo para que fueran observándose así como en el peinado.

Lo mismo se fue haciendo de manera individual y personal en el uso de utensilios para comer y alimentarse, ir al baño, lavarse las manos, secarse. Hasta la semana 12 en que ya lo llevaban a cabo de manera supervisada.

Al término de la semana 12 se comenzó con las salidas en el orden planeado (Anexo) llevándolos de paseo a distintas partes como plazas comerciales, a tomar un helado, a comer en algún lugar como vips o toks, en algún mercado, al cine a jugar video juegos, a la iglesia se llevarían a cabo actividades como comprar y leer el periódico que ellos eligieran.

La motivación, por tanto, para ser real y efectiva, debe salir del propio usuario, y para ello debemos acudir a la base cultural y social de la misma (sin olvidar nunca los rasgos propios de cada persona), consiguiendo no que la persona encuentre un sentido a las prácticas terapéuticas que se desarrollan, sino adaptar las terapias a lo que para él tiene sentido. Esto es esencial en la práctica terapéutica, ya que la realización personal y el sentirse bien con uno mismo es lo que todo ser humano busca, y por ello se debe contribuir a que se cumpla este requisito junto con la preservación de los lazos sociales y culturales (que a su vez marcan la idea que cada uno tenga de autorrealización) y la consideración de los sucesos contemporáneos que puedan afectar a la persona (Núñez Paz, A. 2012 P 41).

Tenemos que hablar también de la demanda de ejecución ya que ésta relaciona las capacidades que se pide a un individuo con el objetivo de que desempeñe una actividad. La demanda de ejecución está relacionada con la presión ambiental. Para Kielhofner "Presión se refiere a las expectativas ambientales para cierta conducta". Algunas veces el intento de responder a la presión del entorno puede llevar a la persona a realizar una actividad que no esté congruente con sus capacidades, eso generará un desempeño inadecuado por parte del individuo y una inadaptación a su entorno.

Recursos

8 usuarios

3 Terapeutas especializados

1 chofer

1 vehículo para 12 personas

1 Psiquiatra

1 Psicólogo

Recurso económico para cubrir gastos de comida, agua, refrescos, periódicos, revistas, entradas a museos, restaurantes, cines.

Aulas

Bancas asientos pizarrones, plumones, lápices, gomas, hojas blancas. Formatos, cuestionarios de evaluación.

Factibilidad del programa

Es un programa con un bajo presupuesto económico y se cuenta con la mayoría de los recursos humanos y de vehículo para llevarlo a cabo así como con el consentimiento informado y la autorización por parte de las autoridades del nivel mayor como la dirección de servicios de atención psiquiátrica por lo que no se ve mayor dificultad de poder llevarlo a cabo. Así como lograr los objetivos trazados en este proyecto.

Evaluación del Programa:

Pacientes que concluyen el programa: Registro y control de los usuarios que logran superar, o disminuir desventajas adquiridas a causa de su padecimiento mental, fortaleciendo los principales aspectos de su vida diaria, mejorando su apariencia y aumentando la posibilidad de una reinserción psicosocial con mejores posibilidades de interacción funcional en los contextos cotidianos.

También será importante evaluar los avances para proponer e incrementar el beneficio a más usuarios de manera gradual y paulatina de acuerdo a los resultados y las evidencias que se entreguen a las autoridades.

En nuestra sociedad nos falta conocimiento, preparación, para poder brindar una mejor atención a los usuarios con un padecimiento mental crónico (esquizofrenia, discapacidad intelectual), y en la comunidad una apertura a un trato digno, por medio de acciones encaminadas a la educación como parte importante en la atención de la salud mental.

Una reeducación en espera de ampliar un rango de interacción con el entorno educativo básico primaria, secundaria, preparatoria, universidad. Como medida de prevención de la salud mental, y una preparación a la sociedad, a la comunidad y al entorno social, así como un cambio en los medios de comunicación.

Quitar miedos, errores y estigmas que la mayoría de los seres humanos se generan en su desconocimiento de los orígenes de los padecimientos y que algunas veces lo ven como un mal que es contagioso y que el solo contacto con ellos, usuarios con un padecimiento mental crónico (esquizofrenia, discapacidad intelectual) los puede llevar a enfermarse.

Después del programa para mejorar los hábitos y rutinas de la vida diaria del usuario mental crónico tendríamos que publicar, lo que se hace para cambiar el sentir y el actuar para mejorar las condiciones de atención del usuario con enfermedad mental crónico en el ámbito institucional.

Calendario de salidas

Se realizarán de manera semanal los días jueves a las 9:30 am, a partir del 8 de junio de 2017: Salidas del mes de Junio

Día	Lugar.
08	Museo casa de madera
15	Plaza sendero
22	Cinema de los Reyes
29	Bosque de Tláhuac

Salidas del mes de Julio

Día	Lugar.
06	Xochimilco
13	Parque de Aculco
20	Plaza tezontle
27	Museo de Historia Natural

Salidas del mes de Agosto

Día	Lugar.
03	Centro Nacional de las Artes
10	Bosque de Chapultepec
17	Plaza Sendero
24	Museo de Arte Moderno

Salidas del mes de Septiembre

Día	Lugar.
07	Palacio de Bellas Artes
14	Plaza de Coyoacán
21	Catedral del Zócalo
28	Iglesia Sacrosanto

Salidas del mes de Octubre

Día	Lugar.
05	Parque Cuitláhuac
12	Parque España
19	Museo de la Estampa
26	Parque del Pueblo

Salidas del mes de Noviembre

Día	Lugar.
02	Plaza Tezontle
09	Museo Universum
16	Bosque de Tlalmanalco
23	Museo de Cera

Proponer a las autoridades de salud mental un programa de con un enfoque ocupacional que le permita a la persona vivir en un hogar o departamento, tal vez supervisados de manera gradual y paulatina hasta lograr una total independencia, con un trabajo estable e independiente al 80 por ciento.

Análisis del desempeño ocupacional

El usuario (enfermo mental crónico) actualmente se encuentra en un ambiente en donde se le restringe a participar de manera independiente de sus actividades de la vida diaria, debido a que no le exige poner en práctica sus destrezas por lo cual su desempeño ocupacional se ve afectado.

CONCLUSIONES

Es un gran programa para mejorar los hábitos y rutinas de la vida diaria del usuario mental crónico. Se observaron cambios en las actividades de la vida diaria, en la conducta del usuario, en el estado de ánimo y en la adquisición de habilidades sociales. Algunos usuarios que hablaban poco ahora se observan platicadores, comentan que se sienten contentos.

Notándose una mejoría después de participar en el programa para mejorar los hábitos y rutinas de la vida diaria del usuario mental crónico por 24 semanas cumpliendo el objetivo general y los objetivos específicos del programa.

Se pueden observar cambios en su conducta, donde se mejoraron las actividades de la vida diaria:

Baño

Aseo e higiene

Vestido

Alimentación

Recreación tiempo libre

Al inicio requerían ayuda para llevar a cabo actividades como vestirse, respecto a la alimentación necesitaban ayuda para cortar su carne y a medida que avanzamos con el programa ellos fueron siendo capaces de cortar la carne y se favoreció su recreación con las salidas a diferentes lugares.

Eliseo es un usuario que expresa que está muy contento, con las salidas se adecua y se comporta a utilizar los utensilios de manera correcta se sirve, corta su carne, se limpia la boca, sonrío, da las gracias.

Compañeros del hospital manifiestan que se encuentran con más energía cooperan en las rutinas de las actividades de las unidades como toma de medicamentos así como en la toma de signos vitales se observan con buen talante.

Felipe Decón reconoce algunas de las calles y nos dice que cuando él era más pequeño su papá lo llevaba a esos lugares.

Sergio reconoce y recuerda, habla de cómo él piensa que desperdició su vida al observar a la demás gente se queda viendo a las muchachas a las familias a los niños y expresa que mal que el desperdició su vida su juventud en el alcohol y en las drogas que a él le hubiera gustado tener una familia y disfrutar de todo lo que dios nos da.

Y no tener una enfermedad como la que ahora tiene, en una ocasión se subió al elevador una señorita que hace la limpieza en las plazas, el elevador tenía espejos y Sergio se estaba viendo en ellos y comentó que feo estaba él, a lo que la señorita de la limpieza le dijo que eso no era cierto que solo estaba un poco mal peinado y descuidado en su presentación. Sergio no dejó de decir que eso era que tenía que mejorar su aseo e higiene para estar más presentable.

Debido a la cronicidad del padecimiento mental se ha observado que muchos usuarios no desean bañarse, vestirse y arreglarse porque no tienen una motivación que los lleve a crear un hábito “ya que ellos dicen que con qué fin, si siempre están encerrados aquí” sic usuario.

Siendo de vital importancia llevar a la par de este programa para mejorar los hábitos y rutinas de la vida diaria del usuario mental crónico (esquizofrenia, discapacidad intelectual). Otro programa que sería la reeducación del personal que labora en la institución, así como al personal que se encuentra en formación es decir el futuro personal de salud mental médico, paramédico, enfermeras, trabajadoras sociales: pasantes de las diferentes escuelas que se encuentra en campo clínico. A estas personas como parte de esa sociedad que mira con morbo y se forma un estigma del usuario con un padecimiento mental crónico (esquizofrenia, discapacidad intelectual).

Es un gran aliciente poder ver, oír y observar los pequeños cambios en estos seres humanos, a los cuales se le ha proporcionado un ambiente distinto al que se encuentra en su internamiento, esperamos concluir el programa y fortalecerlo más todavía con ese enfoque ocupacional que a mí en lo personal me ha hecho cambiar y ver al mundo con unos lentes diferentes a los que tenía antes de conocer esta hermosa carrera llamada terapia ocupacional mil gracias.

REFERENCIAS

Bulbena Vilarrasa A, Fernández de Larrinoa Palacios P & Dominguez Panchón AI. Adaptación castellana de la Escala LSP (Life Skills Profile) Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana. Actas Luso - Españolas de Neurología y Psiquiatría. 1992. 20(2): 51-60.

Barragán Velásquez Clemente (2011) programa de rehabilitación secretaria de salud Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez moreno.

Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. Versión para la infancia y la adolescencia. OMS 2011.

Cuairán Yeregui O, Iparra Alguacil I, Arnedo Villanueva A, Loitegui Baciero A. (2009) Terapia Ocupacional en Discapacidad. TOG (A. Coruña) revista recuperado de <http://www.revistatog.com/suple/num4/discapacidad.pdf>.

Gutiérrez Delgado Mayra Alejandra, Yesika Paola Parejo Quiroz. (2013) Terapeutas ocupacionales en formación Universidad de Santander (UDES) Bucaramanga recuperado de <https://es.slideshare.net/yekparejo/esquizofrenia-y-terapia-ocupacional>

INECO (2013) Discapacidad Intelectual en Adultos. INECO-Instituto de Neurología Cognitiva.

Kielhofner, G. (2011). Terapia Ocupacional: Modelo de Ocupación Humana. Teoría y Aplicación. Cuarta Edición. Editorial Médica Panamericana.

Lara M (2014) Terapia Ocupacional en Daño Cerebral Adquirido. TOG (A. Coruña) [Revista en Internet] [12-09-17] 11 (19): 10p. Recuperado de <http://www.revistatog.com/num19/pdfs/caso3.pdf>.

Madrid Mazorra, F.J. (2004) Rehabilitación psicosocial y Terapia Ocupacional: una nueva visión desde el modelo de la ocupación humana. Revista TOG Recuperado http://www.terapiaocupacional.com/articulos/Rhb_psicosocial_TOJMMazorra.shtml

Mara590 (2011) enfoques de Terapia Ocupacional. Recuperado de <http://terapia-ocupacional.globered.com/categoria.asp?idcat=23>

Moruno Miralles P, Fernández Agudo P (2012). Análisis teórico de los conceptos privación, alienación y justicia ocupacional. Revista TOG Recuperado de <http://www.revistatog.com/mono/num5/teorico.pdf>

Montes Bernardo S, Esmero de Iglesias C, Touceda Rey C. (compiladores) (2012) Ocupación, cultura y sociedad, compromiso de la Terapia Ocupacional. Revista TOG Recuperado de <http://www.revistatog.com/mono/num5/mono5.pdf>

Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. Diario Oficial de la Federación 15 de diciembre de 2014

Núñez Paz A. (2012) Ocupación, cultura y sociedad: el entorno social y cultural como clave para el éxito de la Terapia Ocupacional. Revista TOG (A Coruña) Recuperado de <http://www.revistatog.com/mono/num5/dave.pdf>

OMS (2005) CIE 10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnostico. Madrid Meditor.

Plan nacional de desarrollo 2013-2018 gobierno de la republica recuperado de <http://www.omm.org.mx./images/stories/Documentos%20grandes/Programas%20sectorial%20de%20Salud%202013-2018.pdf>

Sanz Valer P, Rubio Ortega C. Ann Allart Wilcock: trayectoria profesional y aportaciones más relevantes a la terapia ocupacional y a la ciencia de la ocupación. Revista TOG Recuperado de <http://www.revistatog.com/num14/pdfs/historia1.pdf>

Simó Algado S. (2013) Terapia Ocupacional Eco-social. La ocupación humana frente a la globalización. Revista TOG Recuperado de <http://www.revistatog.com/num17/pdfs/ecosocial.pdf>

Simó Algado S, Guzmán S. (2014) Construyendo proyectos de vida con personas supervivientes de enfermedad mental. Revista TOG <http://www.revistatog.com/num19pdfs/maestros1.pdf>

Verdugo, M (2003). Análisis de la definición de Discapacidad Intelectual de la Asociación Americana sobre retraso mental de 2002. Siglo Cero 34 (1) 1-17.

ANEXO 1 RESULTADOS INDIVIDUALES DE EVALUACIONES.

NOMBRE: FELIPE DECON L. **UNIDAD:** LARGA ESTANCIA 2 “A”

La Escala de Registro Conductual (Barragán 2010) explora 4 áreas:

- **Hábitos Higiénicos:** Todo lo relacionado a su higiene personal.
- **Área Social:** Cómo se relaciona con los demás
- **Hábitos Alimenticios:** Su comportamiento dentro del comedor.
- **Colaboración:** Todo aquello relacionado con la enfermería. (Toma de signos vitales).

A continuación se dará una breve descripción y comparación de los avances obtenidos

TEST	POSTEST
<p>De acuerdo a la escala de registro conductual al inicio del programa el usuario FELIPE mostraba dificultades en todas las áreas:</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Hábitos Higiénicos: No llegaba al baño solo.❖ Área Social: No mantenía conversaciones con otras personas.❖ Hábitos Alimenticios: No se lavaba las manos después de comer.❖ Colaboración: No iba a la toma de signos vitales	<p>A la fecha como resultado de su participación en el programa se ve una mejoría en 3 de las 4 áreas:</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Hábitos Higiénicos: Ya va al baño solo.❖ Área Social: Sigue teniendo una dificultad, aunque esta va mejorando.❖ Hábitos Alimenticios: Termina sus alimentos y lleva su charola a su lugar.❖ Colaboración: Se descubre el brazo para la toma de signos vitales.

La escala de **BARTHEL** indica las actividades básicas de la vida diaria y explora 10 áreas:

- | | | | | |
|--------------------------|-----------------|----------------|---------------|------|
| 1.-Comer
Deposiciones | 2.-Lavarse | 3.-Vestirse | 4.-Arreglarse | 5.- |
| 6.-Micción
Escalones | 7.-Usar retrete | 8.-Trasladarse | 9.-Deambular | 10.- |

TEST	POSTEST
<p>De acuerdo a la escala de BARTHEL al inicio del programa el usuario FELIPE mostraba dificultades en todas las áreas teniendo una dependencia moderada.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ COMER: El usuario necesita ayuda para cortar carne. ❖ LAVARSE: El usuario requiere ayuda para ir al baño. ❖ ARREGLARSE: El usuario requiere ayuda para lavarse la cara. ❖ VESTIRSE: El usuario requiere ayuda para vestirse. 	<p>A la fecha como resultado de su participación en el programa se ve una mejoría en todas las áreas, creando en el usuario una Dependencia Leve.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ COMER: El usuario corta su carne. ❖ LAVARSE: El usuario va al baño. ❖ ARREGLARSE: El usuario se lava solo. ❖ VESTIRSE: El usuario se viste por sí mismo.

El Índice De **LAWTON** indica Las Actividades Instrumentales De La Vida Diaria Y Explora 8 Áreas:

- 1.-Capacidad para usar el teléfono 2.-Ir de compras 3.-Preparación de la comida
- 4.-Cuidar la casa 5.-Lavado de ropa 6.-Medio de transporte
- 7.-capacidad para usar dinero 8.Responsabilidad sobre la medicación

TEST	POSTEST
<p>De acuerdo a la escala de LAWTON al inicio del programa el usuario FELIPE mostraba dificultades en todas las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Preparación de la comida: necesita que se le prepare la comida. ❖ Ir de compras: necesita compañía para realizar cualquier compra. ❖ Lavado de ropa: necesita que otro se ocupe de todo el lavado. ❖ Capacidad para usar dinero: no puede manejar el dinero. 	<p>A la fecha como resultado de su participación en el programa se ve una mejoría en todas las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Preparación de la comida: se sirve sin ayuda. ❖ Ir de compras: realiza las compras sin ayuda. ❖ Lavado de ropa: lava la ropa sin ayuda. ❖ Capacidad para usar dinero: maneja el dinero que se le proporciona con un poco de ayuda.

El cuestionario y escalas de valoración en salud mental **KATZ** indican las actividades directas del usuario y explora 6 áreas:

- | | | |
|-----------------|-----------------|-------------------|
| 1.- Bañarse | 2.- Vestirse | 3.-Ir al servicio |
| 4.- desplazarse | 5.- Continencia | 6.- alimentarse |

TEST	POSTEST
<p>De acuerdo a la escala de KATZ al inicio del programa el usuario FELIPE mostraba dificultades en todas las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Bañarse: Recibe asistencia para lavar partes de su cuerpo. ❖ Vestirse: recibe asistencia al vestirse. ❖ Desplazarse: cuando se levanta en ocasiones recibe asistencia. 	<p>A la fecha como resultado de su participación en el programa se ve una mejoría en todas las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Bañarse: No Recibe asistencia para el baño. ❖ Vestirse: Se viste solo. ❖ Desplazarse: Se levanta por sí solo.

NOMBRE: ROBERTO G. T. **UNIDAD:** LARGA ESTANCIA 1 “A”

La Escala de Registro Conductual (Barragán 2010) explora 4 áreas:

- **Hábitos Higiénicos:** Todo lo relacionado a su higiene personal.
- **Área Social:** Cómo se relaciona con los demás
- **Hábitos Alimenticios:** Su comportamiento dentro del comedor.
- **Colaboración:** Todo aquello relacionado con la enfermería. (Toma de signos vitales).

A continuación se dará una breve descripción y comparación de los avances obtenidos

TEST	POSTEST
<p>De acuerdo a la escala de registro conductual al inicio del programa el usuario ROBERTO mostraba dificultades en todas las áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Hábitos Higiénicos: No llegaba al baño solo. ❖ Área Social: No mantenía conversaciones con otras personas. ❖ Hábitos Alimenticios: No se lavaba las manos después de comer. ❖ Colaboración: No iba a la toma de signos vitales 	<p>A la fecha como resultado de su participación en el programa se ve una mejoría en 3 de las 4 áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Hábitos Higiénicos: Ya va al baño solo. ❖ Área Social: Sigue teniendo una dificultad, aunque esta va mejorando. ❖ Hábitos Alimenticios: Termina sus alimentos y lleva su charola a su lugar. ❖ Colaboración: Se descubre el brazo para la toma de signos vitales.

La escala de **BARTHEL** indica las actividades básicas de la vida diaria y explora 10 áreas:

- | | | | | |
|--------------------------|-----------------|----------------|---------------|------|
| 1.-Comer
Deposiciones | 2.-Lavarse | 3.-Vestirse | 4.-Arreglarse | 5.- |
| 6.-Micción
Escalones | 7.-Usar retrete | 8.-Trasladarse | 9.-Deambular | 10.- |

TEST	POSTEST
<p>De acuerdo a la escala de BARTHEL al inicio del programa el usuario ROBERTO mostraba dificultades en todas las áreas teniendo una dependencia moderada.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ COMER: El usuario necesita ayuda para cortar carne. ❖ LAVARSE: El usuario requiere ayuda para ir al baño. ❖ ARREGLARSE: El usuario requiere ayuda para lavarse la cara. ❖ VESTIRSE: El usuario requiere ayuda para vestirse. 	<p>A la fecha como resultado de su participación en el programa se ve una mejoría en todas las áreas, creando en el usuario una Dependencia Leve.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ COMER: El usuario corta su carne. ❖ LAVARSE: El usuario va al baño. ❖ ARREGLARSE: El usuario se lava solo. ❖ VESTIRSE: El usuario se viste por sí mismo.

El Índice De **LAWTON** indica Las Actividades Instrumentales De La Vida Diaria Y Explora 8 Áreas:

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|
| 1.-Capacidad para usar el teléfono | 2.-Ir de compras | 3.-Preparación de la comida |
| 4.-Cuidar la casa | 5.-Lavado de ropa | 6.-Medio de transporte |
| 7.-capacidad para usar dinero | 8.Responsabilidad sobre la medicación | |

TEST	POSTEST
<p>De acuerdo a la escala de LAWTON al inicio del programa el usuario ROBERTO mostraba dificultades en todas las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Preparación de la comida: necesita que se le prepare la comida. ❖ Ir de compras: necesita compañía para realizar cualquier compra. ❖ Lavado de ropa: necesita que otro se ocupe de todo el lavado. ❖ Capacidad para usar dinero: no puede manejar el dinero. 	<p>A la fecha como resultado de su participación en el programa se ve una mejoría en todas las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Preparación de la comida: se sirve sin ayuda. ❖ Ir de compras: realiza las compras sin ayuda. ❖ Lavado de ropa: lava la ropa sin ayuda. ❖ Capacidad para usar dinero: maneja el dinero que se le proporciona con un poco de ayuda.

El cuestionario y escalas de valoración en salud mental **KATZ** indican las actividades directas del usuario y explora 6 áreas:

- | | | |
|-----------------|-----------------|--------------------|
| 1.- Bañarse | 2.- Vestirse | 3.- Ir al servicio |
| 4.- desplazarse | 5.- Continencia | 6.- alimentarse |

TEST	POSTEST
<p>De acuerdo a la escala de KATZ al inicio del programa el usuario ROBERTO mostraba dificultades en todas las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Bañarse: Recibe asistencia para lavar partes de su cuerpo. ❖ Vestirse: recibe asistencia al vestirse. ❖ Desplazarse: cuando se levanta en ocasiones recibe asistencia. 	<p>A la fecha como resultado de su participación en el programa se ve una mejoría en todas las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Bañarse: No Recibe asistencia para el baño. ❖ Vestirse: Se viste solo. ❖ Desplazarse: Se levanta por sí solo.

La escala sobre el perfil de habilidades de la vida cotidiana **LSP** indica las actividades directas del usuario y explora 5 áreas.

1.-Autocuidado
Vida cotidiana

2.-Comunicación- contacto social

3.-

4.-Comportamiento social interpersonal
no personal

5.-Comportamiento asocial

TEST	POSTEST
<p>De acuerdo a la escala de LSP al inicio del programa el usuario ROBERTO mostraba dificultades en todas las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Autocuidado: El usuario presenta un olor ofensivo. ❖ Comportamiento social interpersonal: El usuario se comporta de manera ofensiva. ❖ Comunicación-contacto social: El usuario se muestra aislado. ❖ Comportamiento asocial no personal: El usuario pierde sus propiedades personales ❖ Vida cotidiana: El usuario casi no participa en las actividades. 	<p>A la fecha como resultado de su participación en el programa se ve una mejoría en algunas de las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Autocuidado: Raramente el usuario presenta mal olor. ❖ Comportamiento social interpersonal: El usuario presenta un buen comportamiento. ❖ Comunicación-contacto social: El usuario es ligeramente aislado ❖ Comportamiento asocial no personal: El usuario rara vez pierde sus propiedades personales. ❖ Vida cotidiana: El usuario tiene una participación considerable en las actividades.

NOMBRE: ELISEO M. R. **UNIDAD:** LARGA ESTANCIA 1 “A”

La Escala de Registro Conductual (Barragán 2010) explora 4 áreas:

- **Hábitos Higiénicos:** Todo lo relacionado a su higiene personal.
- **Área Social:** Cómo se relaciona con los demás
- **Hábitos Alimenticios:** Su comportamiento dentro del comedor.
- **Colaboración:** Todo aquello relacionado con la enfermería. (Toma de signos vitales).

A continuación se dará una breve descripción y comparación de los avances obtenidos

TEST	POSTEST
<p>De acuerdo a la escala de registro conductual al inicio del programa el usuario ELISEO mostraba dificultades en todas las áreas:</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Hábitos Higiénicos: No llegaba al baño solo.❖ Área Social: No mantenía conversaciones con otras personas.❖ Hábitos Alimenticios: No se lavaba las manos después de comer.❖ Colaboración: No iba a la toma de signos vitales	<p>A la fecha como resultado de su participación en el programa se ve una mejoría en 3 de las 4 áreas:</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Hábitos Higiénicos: Ya va al baño solo.❖ Área Social: Sigue teniendo una dificultad, aunque esta va mejorando.❖ Hábitos Alimenticios: Termina sus alimentos y lleva su charola a su lugar.❖ Colaboración: Se descubre el brazo para la toma de signos vitales.

La escala de **BARTHEL** indica las actividades básicas de la vida diaria y explora 10 áreas:

- | | | | | |
|--------------------------|-----------------|----------------|---------------|------|
| 1.-Comer
Deposiciones | 2.-Lavarse | 3.-Vestirse | 4.-Arreglarse | 5.- |
| 6.-Micción
Escalones | 7.-Usar retrete | 8.-Trasladarse | 9.-Deambular | 10.- |

TEST	POSTEST
<p>De acuerdo a la escala de BARTHEL al inicio del programa el usuario ELISEO mostraba dificultades en todas las áreas teniendo una Dependencia moderada.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ COMER: El usuario necesita ayuda para cortar carne. ❖ LAVARSE: El usuario requiere ayuda para ir al baño. ❖ ARREGLARSE: El usuario requiere ayuda para lavarse la cara. ❖ VESTIRSE: El usuario requiere ayuda para vestirse. 	<p>A la fecha como resultado de su participación en el programa se ve una mejoría en todas las áreas, creando en el usuario una Dependencia Leve.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ COMER: El usuario corta su carne. ❖ LAVARSE: El usuario va al baño. ❖ ARREGLARSE: El usuario se lava solo. ❖ VESTIRSE: El usuario se viste por sí mismo.

El Índice De **LAWTON** indica Las Actividades Instrumentales De La Vida Diaria Y Explora 8 Áreas:

- 1.-Capacidad para usar el teléfono 2.-Ir de compras 3.-Preparación de la comida
- 4.-Cuidar la casa 5.-Lavado de ropa 6.-Medio de transporte
- 7.-capacidad para usar dinero 8.Responsabilidad sobre la medicación

TEST	POSTEST
<p>De acuerdo a la escala de LAWTON al inicio del programa el usuario ELISEO mostraba dificultades en todas las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Preparación de la comida: necesita que se le prepare la comida. ❖ Ir de compras: necesita compañía para realizar cualquier compra. ❖ Lavado de ropa: necesita que otro se ocupe de todo el lavado. ❖ Capacidad para usar dinero: no puede manejar el dinero. 	<p>A la fecha como resultado de su participación en el programa se ve una mejoría en todas las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Preparación de la comida: se sirve sin ayuda. ❖ Ir de compras: realiza las compras sin ayuda. ❖ Lavado de ropa: lava la ropa sin ayuda. ❖ Capacidad para usar dinero: maneja el dinero que se le proporciona con un poco de ayuda.

El cuestionario y escalas de valoración en salud mental **KATZ** indican las actividades directas del usuario y explora 6 áreas:

- | | | |
|-----------------|-----------------|--------------------|
| 1.- Bañarse | 2.- Vestirse | 3.- Ir al servicio |
| 4.- desplazarse | 5.- Continencia | 6.- alimentarse |

TEST	POSTEST
<p>De acuerdo a la escala de KATZ al inicio del programa el usuario ELISEO mostraba dificultades en todas las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Bañarse: Recibe asistencia para lavar partes de su cuerpo. ❖ Vestirse: recibe asistencia al vestirse. ❖ Desplazarse: cuando se levanta en ocasiones recibe asistencia. 	<p>A la fecha como resultado de su participación en el programa se ve una mejoría en todas las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Bañarse: No Recibe asistencia para el baño. ❖ Vestirse: Se viste solo. ❖ Desplazarse: Se levanta por sí solo.

NOMBRE: PEDRO M. S. **UNIDAD:** LARGA ESTANCIA 2 “A”

La Escala de Registro Conductual (Barragán 2010) explora 4 áreas:

- **Hábitos Higiénicos:** Todo lo relacionado a su higiene personal.
- **Área Social:** Cómo se relaciona con los demás
- **Hábitos Alimenticios:** Su comportamiento dentro del comedor.
- **Colaboración:** Todo aquello relacionado con la enfermería. (Toma de signos vitales).

A continuación se dará una breve descripción y comparación de los avances obtenidos

TEST	POSTEST
<p>De acuerdo a la escala de registro conductual al inicio del programa el usuario PEDRO mostraba dificultades en todas las áreas:</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Hábitos Higiénicos: No llegaba al baño solo.❖ Área Social: No mantenía conversaciones con otras personas.❖ Hábitos Alimenticios: No se lavaba las manos después de comer.❖ Colaboración: No iba a la toma de signos vitales	<p>A la fecha como resultado de su participación en el programa se ve una mejoría en 3 de las 4 áreas:</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Hábitos Higiénicos: Ya va al baño solo.❖ Área Social: Sigue teniendo una dificultad, aunque esta va mejorando.❖ Hábitos Alimenticios: Termina sus alimentos y lleva su charola a su lugar.❖ Colaboración: Se descubre el brazo para la toma de signos vitales.

La escala de **BARTHEL** indica las actividades básicas de la vida diaria y explora 10 áreas:

- | | | | | |
|--------------------------|-----------------|----------------|---------------|------|
| 1.-Comer
Deposiciones | 2.-Lavarse | 3.-Vestirse | 4.-Arreglarse | 5.- |
| 6.-Micción
Escalones | 7.-Usar retrete | 8.-Trasladarse | 9.-Deambular | 10.- |

TEST	POSTEST
<p>De acuerdo a la escala de BARTHEL al inicio del programa el usuario PEDRO mostraba dificultades en todas las áreas teniendo una Dependencia moderada.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ COMER: El usuario necesita ayuda para cortar carne. ❖ LAVARSE: El usuario requiere ayuda para ir al baño. ❖ ARREGLARSE: El usuario requiere ayuda para lavarse la cara. ❖ VESTIRSE: El usuario requiere ayuda para vestirse. 	<p>A la fecha como resultado de su participación en el programa se ve una mejoría en todas las áreas, creando en el usuario una Dependencia Leve.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ COMER: El usuario corta su carne. ❖ LAVARSE: El usuario va al baño. ❖ ARREGLARSE: El usuario se lava solo. ❖ VESTIRSE: El usuario se viste por sí mismo.

El Índice De **LAWTON** indica Las Actividades Instrumentales De La Vida Diaria Y Explora 8 Áreas:

- 1.-Capacidad para usar el teléfono
- 2.-Ir de compras
- 3.-Preparación de la comida
- 4.-Cuidar la casa
- 5.-Lavado de ropa
- 6.-Medio de transporte
- 7.-capacidad para usar dinero
- 8.Responsabilidad sobre la medicación

TEST	POSTEST
<p>De acuerdo a la escala de LAWTON al inicio del programa el usuario PEDRO mostraba dificultades en todas las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Preparación de la comida: necesita que se le prepare la comida. ❖ Ir de compras: necesita compañía para realizar cualquier compra. ❖ Lavado de ropa: necesita que otro se ocupe de todo el lavado. ❖ Capacidad para usar dinero: no puede manejar el dinero. 	<p>A la fecha como resultado de su participación en el programa se ve una mejoría en todas las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Preparación de la comida: se sirve sin ayuda. ❖ Ir de compras: realiza las compras sin ayuda. ❖ Lavado de ropa: lava la ropa sin ayuda. ❖ Capacidad para usar dinero: maneja el dinero que se le proporciona con un poco de ayuda.

El cuestionario y escalas de valoración en salud mental **KATZ** indican las actividades directas del usuario y explora 6 áreas:

- | | | |
|-----------------|-----------------|-------------------|
| 1.- Bañarse | 2.- Vestirse | 3.-Ir al servicio |
| 4.- desplazarse | 5.- Continencia | 6.- alimentarse |

TEST	POSTEST
<p>De acuerdo a la escala de KATZ al inicio del programa el usuario PEDRO mostraba dificultades en todas las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Bañarse: Recibe asistencia para lavar partes de su cuerpo. ❖ Vestirse: recibe asistencia al vestirse. ❖ Desplazarse: cuando se levanta en ocasiones recibe asistencia. 	<p>A la fecha como resultado de su participación en el programa se ve una mejoría en todas las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Bañarse: No Recibe asistencia para el baño. ❖ Vestirse: Se viste solo. ❖ Desplazarse: Se levanta por sí solo.

NOMBRE: SERGIO M. N. **UNIDAD:** LARGA ESTANCIA 1 “A”

La Escala de Registro Conductual (Barragán 2010) explora 4 áreas:

- **Hábitos Higiénicos:** Todo lo relacionado a su higiene personal.
- **Área Social:** Cómo se relaciona con los demás
- **Hábitos Alimenticios:** Su comportamiento dentro del comedor.
- **Colaboración:** Todo aquello relacionado con la enfermería. (Toma de signos vitales).

A continuación se dará una breve descripción y comparación de los avances obtenidos

TEST	POSTEST
<p>De acuerdo a la escala de registro conductual al inicio del programa el usuario SERGIO mostraba dificultades en todas las áreas:</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Hábitos Higiénicos: No llegaba al baño solo.❖ Área Social: No mantenía conversaciones con otras personas.❖ Hábitos Alimenticios: No se lavaba las manos después de comer.❖ Colaboración: No iba a la toma de signos vitales	<p>A la fecha como resultado de su participación en el programa se ve una mejoría en 3 de las 4 áreas:</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Hábitos Higiénicos: Ya va al baño solo.❖ Área Social: Sigue teniendo una dificultad, aunque esta va mejorando.❖ Hábitos Alimenticios: Termina sus alimentos y lleva su charola a su lugar.❖ Colaboración: Se descubre el brazo para la toma de signos vitales.

La escala de **BARTHEL** indica las actividades básicas de la vida diaria y explora 10 áreas:

- | | | | | |
|--------------------------|-----------------|----------------|---------------|------|
| 1.-Comer
Deposiciones | 2.-Lavarse | 3.-Vestirse | 4.-Arreglarse | 5.- |
| 6.-Micción
Escalones | 7.-Usar retrete | 8.-Trasladarse | 9.-Deambular | 10.- |

TEST	POSTEST
<p>De acuerdo a la escala de BARTHEL al inicio del programa el usuario SERGIO mostraba dificultades en todas las áreas teniendo una dependencia moderada.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ COMER: El usuario necesita ayuda para cortar carne. ❖ LAVARSE: El usuario requiere ayuda para ir al baño. ❖ ARREGLARSE: El usuario requiere ayuda para lavarse la cara. ❖ VESTIRSE: El usuario requiere ayuda para vestirse. 	<p>A la fecha como resultado de su participación en el programa se ve una mejoría en todas las áreas, creando en el usuario una Dependencia Leve.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ COMER: El usuario corta su carne. ❖ LAVARSE: El usuario va al baño. ❖ ARREGLARSE: El usuario se lava solo. ❖ VESTIRSE: El usuario se viste por sí mismo.

El Índice De **LAWTON** indica Las Actividades Instrumentales De La Vida Diaria Y Explora 8 Áreas:

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|
| 1.-Capacidad para usar el teléfono | 2.-Ir de compras | 3.-Preparación de la comida |
| 4.-Cuidar la casa | 5.-Lavado de ropa | 6.-Medio de transporte |
| 7.-capacidad para usar dinero | 8.Responsabilidad sobre la medicación | |

TEST	POSTEST
<p>De acuerdo a la escala de LAWTON al inicio del programa el usuario SERGIO mostraba dificultades en todas las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Preparación de la comida: necesita que se le prepare la comida. ❖ Ir de compras: necesita compañía para realizar cualquier compra. ❖ Lavado de ropa: necesita que otro se ocupe de todo el lavado. ❖ Capacidad para usar dinero: no puede manejar el dinero. 	<p>A la fecha como resultado de su participación en el programa se ve una mejoría en todas las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Preparación de la comida: se sirve sin ayuda. ❖ Ir de compras: realiza las compras sin ayuda. ❖ Lavado de ropa: lava la ropa sin ayuda. ❖ Capacidad para usar dinero: maneja el dinero que se le proporciona con un poco de ayuda.

El cuestionario y escalas de valoración en salud mental **KATZ** indican las actividades directas del usuario y explora 6 áreas:

- | | | |
|-----------------|-----------------|-------------------|
| 1.- Bañarse | 2.- Vestirse | 3.-Ir al servicio |
| 4.- desplazarse | 5.- Continencia | 6.- alimentarse |

TEST	POSTEST
<p>De acuerdo a la escala de KATZ al inicio del programa el usuario SERGIO mostraba dificultades en todas las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Bañarse: Recibe asistencia para lavar partes de su cuerpo. ❖ Vestirse: recibe asistencia al vestirse. ❖ Desplazarse: cuando se levanta en ocasiones recibe asistencia. 	<p>A la fecha como resultado de su participación en el programa se ve una mejoría en todas las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Bañarse: No Recibe asistencia para el baño. ❖ Vestirse: Se viste solo. ❖ Desplazarse: Se levanta por sí solo.

La escala sobre el perfil de habilidades de la vida cotidiana **LSP** indica las actividades directas del usuario y explora 5 áreas.

1.-Autocuidado
Vida cotidiana

2.-Comunicación- contacto social

3.-

4.-Comportamiento social interpersonal
no personal

5.-Comportamiento asocial

TEST	POSTEST
<p>De acuerdo a la escala de LSP al inicio del programa el usuario SERGIO mostraba dificultades en todas las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Autocuidado: El usuario presenta un olor ofensivo. ❖ Comportamiento social interpersonal: El usuario se comporta de manera ofensiva. ❖ Comunicación-contacto social: El usuario se muestra aislado. ❖ Comportamiento asocial no personal: El usuario pierde sus propiedades personales ❖ Vida cotidiana: El usuario casi no participa en las actividades. 	<p>A la fecha como resultado de su participación en el programa se ve una mejoría en todas las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Autocuidado: Raramente el usuario presenta mal olor. ❖ Comportamiento social interpersonal: El usuario presenta un buen comportamiento. ❖ Comunicación-contacto social: El usuario es ligeramente aislado ❖ Comportamiento asocial no personal: El usuario rara vez pierde sus propiedades personales. ❖ Vida cotidiana: El usuario tiene una participación considerable en las actividades.

La Escala de Registro Conductual (Barragán 2010) explora 4 áreas:

- **Hábitos Higiénicos:** Todo lo relacionado a su higiene personal.
- **Área Social:** Cómo se relaciona con los demás
- **Hábitos Alimenticios:** Su comportamiento dentro del comedor.
- **Colaboración:** Todo aquello relacionado con la enfermería. (Toma de signos vitales).

A continuación se dará una breve descripción y comparación de los avances obtenidos

TEST	POSTEST
<p>De acuerdo a la escala de registro conductual al inicio del programa el usuario ROBERTO mostraba dificultades en todas las áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Hábitos Higiénicos: No llegaba al baño solo. ❖ Área Social: No mantenía conversaciones con otras personas. ❖ Hábitos Alimenticios: No se lavaba las manos después de comer. ❖ Colaboración: No iba a la toma de signos vitales 	<p>A la fecha como resultado de su participación en el programa se ve una mejoría en 3 de las 4 áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Hábitos Higiénicos: Ya va al baño solo. ❖ Área Social: Sigue teniendo una dificultad, aunque esta va mejorando. ❖ Hábitos Alimenticios: Termina sus alimentos y lleva su charola a su lugar. ❖ Colaboración: Se descubre el brazo para la toma de signos vitales.

La escala de **BARTHEL** indica las actividades básicas de la vida diaria y explora 10 áreas:

- | | | | | |
|--------------------------|-----------------|----------------|---------------|------|
| 1.-Comer
Deposiciones | 2.-Lavarse | 3.-Vestirse | 4.-Arreglarse | 5.- |
| 6.-Micción
Escalones | 7.-Usar retrete | 8.-Trasladarse | 9.-Deambular | 10.- |

TEST	POSTEST
<p>De acuerdo a la escala de BARTHEL al inicio del programa el usuario Roberto mostraba dificultades en todas las áreas teniendo una dependencia moderada.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ COMER: El usuario necesita ayuda para cortar carne. ❖ LAVARSE: El usuario requiere ayuda para ir al baño. ❖ ARREGLARSE: El usuario requiere ayuda para lavarse la cara. ❖ VESTIRSE: El usuario requiere ayuda para vestirse. 	<p>A la fecha como resultado de su participación en el programa se ve una mejoría en todas las áreas, creando en el usuario una Dependencia Leve.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ COMER: El usuario corta su carne. ❖ LAVARSE: El usuario va al baño. ❖ ARREGLARSE: El usuario se lava solo. ❖ VESTIRSE: El usuario se viste por sí mismo.

El Índice De **LAWTON** indica Las Actividades Instrumentales De La Vida Diaria Y Explora 8 Áreas:

- 1.-Capacidad para usar el teléfono
- 2.-Ir de compras
- 3.-Preparación de la comida
- 4.-Cuidar la casa
- 5.-Lavado de ropa
- 6.-Medio de transporte
- 7.-capacidad para usar dinero
- 8.Responsabilidad sobre la medicación

TEST	POSTEST
<p>De acuerdo a la escala de LAWTON al inicio del programa el usuario Roberto mostraba dificultades en todas las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Preparación de la comida: necesita que se le prepare la comida. ❖ Ir de compras: necesita compañía para realizar cualquier compra. ❖ Lavado de ropa: necesita que otro se ocupe de todo el lavado. ❖ Capacidad para usar dinero: no puede manejar el dinero. 	<p>A la fecha como resultado de su participación en el programa se ve una mejoría en todas las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Preparación de la comida: se sirve sin ayuda. ❖ Ir de compras: realiza las compras sin ayuda. ❖ Lavado de ropa: lava la ropa sin ayuda. ❖ Capacidad para usar dinero: maneja el dinero que se le proporciona con un poco de ayuda.

El cuestionario y escalas de valoración en salud mental **KATZ** indican las actividades directas del usuario y explora 6 áreas:

- | | | |
|-----------------|-----------------|--------------------|
| 1.- Bañarse | 2.- Vestirse | 3.- Ir al servicio |
| 4.- desplazarse | 5.- Continencia | 6.- alimentarse |

TEST	POSTEST
<p>De acuerdo a la escala de KATZ al inicio del programa el usuario Roberto mostraba dificultades en todas las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Bañarse: Recibe asistencia para lavar partes de su cuerpo. ❖ Vestirse: recibe asistencia al vestirse. ❖ Desplazarse: cuando se levanta en ocasiones recibe asistencia. 	<p>A la fecha como resultado de su participación en el programa se ve una mejoría en todas las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Bañarse: No Recibe asistencia para el baño. ❖ Vestirse: Se viste solo. ❖ Desplazarse: Se levanta por sí solo.

La escala sobre el perfil de habilidades de la vida cotidiana **LSP** indica las actividades directas del usuario y explora 5 áreas.

1.-Autocuidado
Vida cotidiana

2.-Comunicación- contacto social

3.-

4.-Comportamiento social interpersonal
no personal

5.-Comportamiento asocial

TEST	POSTEST
<p>De acuerdo a la escala de LSP al inicio del programa el usuario Roberto mostraba dificultades en todas las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Autocuidado: El usuario presenta un olor ofensivo. ❖ Comportamiento social interpersonal: El usuario se comporta de manera ofensiva. ❖ Comunicación-contacto social: El usuario se muestra aislado. ❖ Comportamiento asocial no personal: El usuario pierde sus propiedades personales ❖ Vida cotidiana: El usuario casi no participa en las actividades. 	<p>A la fecha como resultado de su participación en el programa se ve una mejoría en todas las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Autocuidado: Raramente el usuario presenta mal olor. ❖ Comportamiento social interpersonal: El usuario presenta un buen comportamiento. ❖ Comunicación-contacto social: El usuario es ligeramente aislado ❖ Comportamiento asocial no personal: El usuario rara vez pierde sus propiedades personales. ❖ Vida cotidiana: El usuario tiene una participación considerable en las actividades.

NOMBRE: PABLO L. F.

UNIDAD: LARGA ESTANCIA 2 “A”

La Escala de Registro Conductual (Barragán 2010) explora 4 áreas:

- **Hábitos Higiénicos:** Todo lo relacionado a su higiene personal.
- **Área Social:** Cómo se relaciona con los demás
- **Hábitos Alimenticios:** Su comportamiento dentro del comedor.
- **Colaboración:** Todo aquello relacionado con la enfermería. (Toma de signos vitales).

A continuación se dará una breve descripción y comparación de los avances obtenidos

TEST	POSTEST
<p>De acuerdo a la escala de registro conductual al inicio del programa el usuario PABLO mostraba dificultades en todas las áreas:</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Hábitos Higiénicos: No llegaba al baño solo.❖ Área Social: No mantenía conversaciones con otras personas.❖ Hábitos Alimenticios: No se lavaba las manos después de comer.❖ Colaboración: No iba a la toma de signos vitales	<p>A la fecha como resultado de su participación en el programa se ve una mejoría en 3 de las 4 áreas:</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Hábitos Higiénicos: Ya va al baño solo.❖ Área Social: Sigue teniendo una dificultad, aunque esta va mejorando.❖ Hábitos Alimenticios: Termina sus alimentos y lleva su charola a su lugar.❖ Colaboración: Se descubre el brazo para la toma de signos vitales.

La escala de **BARTHEL** indica las actividades básicas de la vida diaria y explora 10 áreas:

- | | | | | |
|--------------------------|-----------------|----------------|---------------|------|
| 1.-Comer
Deposiciones | 2.-Lavarse | 3.-Vestirse | 4.-Arreglarse | 5.- |
| 6.-Micción
Escalones | 7.-Usar retrete | 8.-Trasladarse | 9.-Deambular | 10.- |

TEST	POSTEST
<p>De acuerdo a la escala de BARTHEL al inicio del programa el usuario PABLO mostraba dificultades en todas las áreas teniendo una dependencia moderada.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ COMER: El usuario necesita ayuda para cortar carne. ❖ LAVARSE: El usuario requiere ayuda para ir al baño. ❖ ARREGLARSE: El usuario requiere ayuda para lavarse la cara. ❖ VESTIRSE: El usuario requiere ayuda para vestirse. 	<p>A la fecha como resultado de su participación en el programa se ve una mejoría en todas las áreas, creando en el usuario una Dependencia Leve.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ COMER: El usuario corta su carne. ❖ LAVARSE: El usuario va al baño. ❖ ARREGLARSE: El usuario se lava solo. ❖ VESTIRSE: El usuario se viste por sí mismo.

El Índice De **LAWTON** indica Las Actividades Instrumentales De La Vida Diaria Y Explora 8 Áreas:

- 1.-Capacidad para usar el teléfono 2.-Ir de compras 3.-Preparación de la comida
- 4.-Cuidar la casa 5.-Lavado de ropa 6.-Medio de transporte
- 7.-capacidad para usar dinero 8.Responsabilidad sobre la medicación

TEST	POSTEST
<p>De acuerdo a la escala de LAWTON al inicio del programa el usuario PABLO mostraba dificultades en todas las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Preparación de la comida: necesita que se le prepare la comida. ❖ Ir de compras: necesita compañía para realizar cualquier compra. ❖ Lavado de ropa: necesita que otro se ocupe de todo el lavado. ❖ Capacidad para usar dinero: no puede manejar el dinero. 	<p>A la fecha como resultado de su participación en el programa se ve una mejoría en todas las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Preparación de la comida: se sirve sin ayuda. ❖ Ir de compras: realiza las compras sin ayuda. ❖ Lavado de ropa: lava la ropa sin ayuda. ❖ Capacidad para usar dinero: maneja el dinero que se le proporciona con un poco de ayuda.

El cuestionario y escalas de valoración en salud mental **KATZ** indican las actividades directas del usuario y explora 6 áreas:

- | | | |
|-----------------|-----------------|-------------------|
| 1.- Bañarse | 2.- Vestirse | 3.-Ir al servicio |
| 4.- desplazarse | 5.- Continencia | 6.- alimentarse |

TEST	POSTEST
<p>De acuerdo a la escala de KATZ al inicio del programa el usuario PABLO mostraba dificultades en todas las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Bañarse: Recibe asistencia para lavar partes de su cuerpo. ❖ Vestirse: recibe asistencia al vestirse. ❖ Desplazarse: cuando se levanta en ocasiones recibe asistencia. 	<p>A la fecha como resultado de su participación en el programa se ve una mejoría en todas las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Bañarse: No Recibe asistencia para el baño. ❖ Vestirse: Se viste solo. ❖ Desplazarse: Se levanta por sí solo.

La escala sobre el perfil de habilidades de la vida cotidiana **LSP** indica las actividades directas del usuario y explora 5 áreas.

1.-Autocuidado
Vida cotidiana

2.-Comunicación- contacto social

3.-

4.-Comportamiento social interpersonal
no personal

5.-Comportamiento asocial

TEST	POSTEST
<p>De acuerdo a la escala de LSP al inicio del programa el usuario PABLO mostraba dificultades en todas las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Autocuidado: El usuario presenta un olor ofensivo. ❖ Comportamiento social interpersonal: El usuario se comporta de manera ofensiva. ❖ Comunicación-contacto social: El usuario se muestra aislado. ❖ Comportamiento asocial no personal: El usuario pierde sus propiedades personales ❖ Vida cotidiana: El usuario casi no participa en las actividades. 	<p>A la fecha como resultado de su participación en el programa se ve una mejoría en todas las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Autocuidado: Raramente el usuario presenta mal olor. ❖ Comportamiento social interpersonal: El usuario presenta un buen comportamiento. ❖ Comunicación-contacto social: El usuario es ligeramente aislado ❖ Comportamiento asocial no personal: El usuario rara vez pierde sus propiedades personales. ❖ Vida cotidiana: El usuario tiene una participación considerable en las actividades.

NOMBRE: ALEJANDRO M. R. **UNIDAD:** LARGA ESTANCIA 2 “A”

La Escala de Registro Conductual (Barragán 2010) explora 4 áreas:

- **Hábitos Higiénicos:** Todo lo relacionado a su higiene personal.
- **Área Social:** Cómo se relaciona con los demás
- **Hábitos Alimenticios:** Su comportamiento dentro del comedor.
- **Colaboración:** Todo aquello relacionado con la enfermería. (Toma de signos vitales).

A continuación se dará una breve descripción y comparación de los avances obtenidos

TEST	POSTEST
<p>De acuerdo a la escala de registro conductual al inicio del programa el usuario ALEJANDRO mostraba dificultades en todas las áreas:</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Hábitos Higiénicos: No llegaba al baño solo.❖ Área Social: No mantenía conversaciones con otras personas.❖ Hábitos Alimenticios: No se lavaba las manos después de comer.❖ Colaboración: No iba a la toma de signos vitales	<p>A la fecha como resultado de su participación en el programa se ve una mejoría en 3 de las 4 áreas:</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Hábitos Higiénicos: Ya va al baño solo.❖ Área Social: Sigue teniendo una dificultad, aunque esta va mejorando.❖ Hábitos Alimenticios: Termina sus alimentos y lleva su charola a su lugar.❖ Colaboración: Se descubre el brazo para la toma de signos vitales.

La escala de **BARTHEL** indica las actividades básicas de la vida diaria y explora 10 áreas:

- | | | | |
|-----------------|-----------------|----------------|---------------|
| 1.-Comer | 2.-Lavarse | 3.-Vestirse | 4.-Arreglarse |
| 5.-Deposiciones | | | |
| 6.-Micción | 7.-Usar retrete | 8.-Trasladarse | 9.-Deambular |
| 10.-Escalones | | | |

TEST	POSTEST
<p>De acuerdo a la escala de BARTHEL al inicio del programa el usuario ALEJANDRO mostraba dificultades en todas las áreas teniendo una Dependencia moderada.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ COMER: El usuario necesita ayuda para cortar carne. ❖ LAVARSE: El usuario requiere ayuda para ir al baño. ❖ ARREGLARSE: El usuario requiere ayuda para lavarse la cara. ❖ VESTIRSE: El usuario requiere ayuda para vestirse. 	<p>A la fecha como resultado de su participación en el programa se ve una mejoría en todas las áreas, creando en el usuario una Dependencia Leve.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ COMER: El usuario corta su carne. ❖ LAVARSE: El usuario va al baño. ❖ ARREGLARSE: El usuario se lava solo. ❖ VESTIRSE: El usuario se viste por sí mismo.

El Índice De **LAWTON** indica Las Actividades Instrumentales De La Vida Diaria Y Explora 8 Áreas:

- 1.-Capacidad para usar el teléfono
- 2.-Ir de compras
- 3.-Preparación de la comida
- 4.-Cuidar la casa
- 5.-Lavado de ropa
- 6.-Medio de transporte
- 7.-capacidad para usar dinero
- 8.Responsabilidad sobre la medicación

TEST	POSTEST
<p>De acuerdo a la escala de LAWTON al inicio del programa el usuario ALEJANDRO mostraba dificultades en todas las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Preparación de la comida: necesita que se le prepare la comida. ❖ Ir de compras: necesita compañía para realizar cualquier compra. ❖ Lavado de ropa: necesita que otro se ocupe de todo el lavado. ❖ Capacidad para usar dinero: no puede manejar el dinero. 	<p>A la fecha como resultado de su participación en el programa se ve una mejoría en todas las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Preparación de la comida: se sirve sin ayuda. ❖ Ir de compras: realiza las compras sin ayuda. ❖ Lavado de ropa: lava la ropa sin ayuda. ❖ Capacidad para usar dinero: maneja el dinero que se le proporciona con un poco de ayuda.

El cuestionario y escalas de valoración en salud mental **KATZ** indican las actividades directas del usuario y explora 6 áreas:

- | | | |
|-----------------|-----------------|--------------------|
| 1.- Bañarse | 2.- Vestirse | 3.- Ir al servicio |
| 4.- desplazarse | 5.- Continencia | 6.- alimentarse |

TEST	POSTEST
<p>De acuerdo a la escala de KATZ al inicio del programa el usuario ALEJANDRO mostraba dificultades en todas las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Bañarse: Recibe asistencia para lavar partes de su cuerpo. ❖ Vestirse: recibe asistencia al vestirse. ❖ Desplazarse: cuando se levanta en ocasiones recibe asistencia. 	<p>A la fecha como resultado de su participación en el programa se ve una mejoría en todas las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Bañarse: No Recibe asistencia para el baño. ❖ Vestirse: Se viste solo. ❖ Desplazarse: Se levanta por sí solo.

La escala sobre el perfil de habilidades de la vida cotidiana **LSP** indica las actividades directas del usuario y explora 5 áreas.

1.-Autocuidado
Vida cotidiana

2.-Comunicación- contacto social

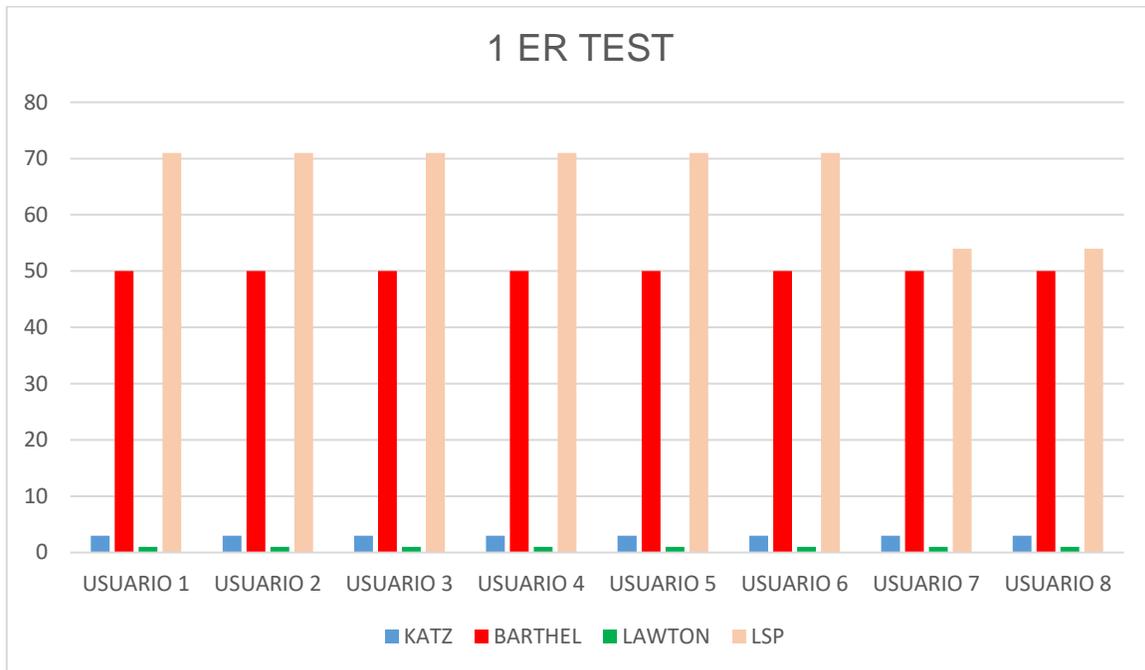
3.-

4.-Comportamiento social interpersonal
no personal

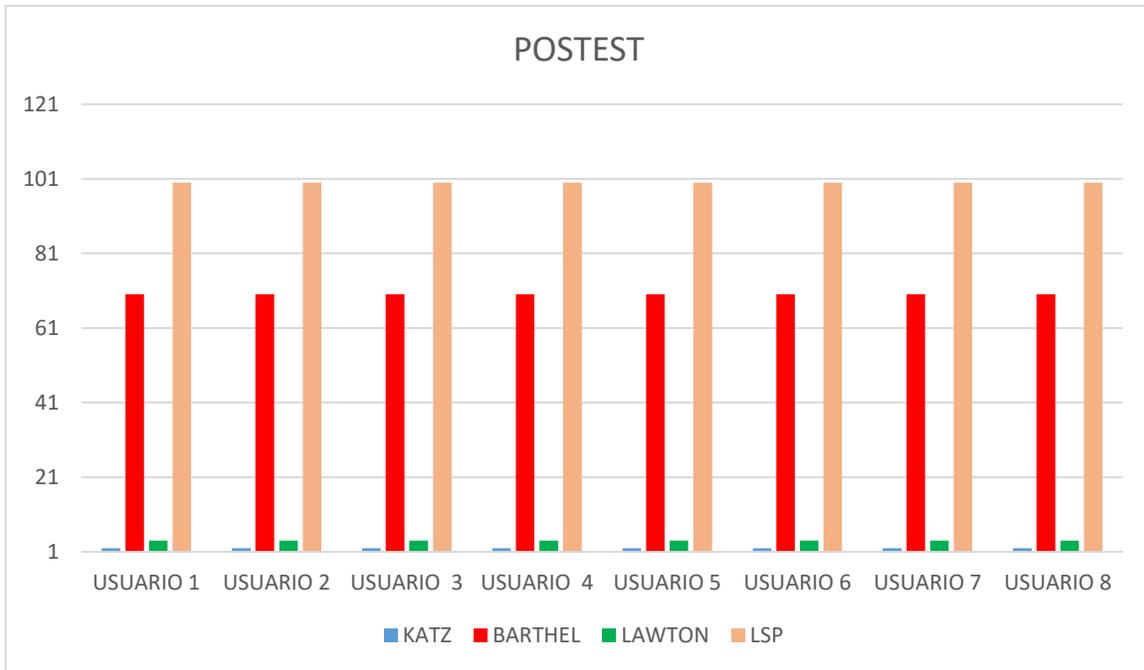
5.-Comportamiento asocial

TEST	POSTEST
<p>De acuerdo a la escala de LSP al inicio del programa el usuario ALEJANDRO mostraba dificultades en todas las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Autocuidado: El usuario presenta un olor ofensivo. ❖ Comportamiento social interpersonal: El usuario se comporta de manera ofensiva. ❖ Comunicación-contacto social: El usuario se muestra aislado. ❖ Comportamiento asocial no personal: El usuario pierde sus propiedades personales ❖ Vida cotidiana: El usuario casi no participa en las actividades. 	<p>A la fecha como resultado de su participación en el programa se ve una mejoría en todas las áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Autocuidado: Raramente el usuario presenta mal olor. ❖ Comportamiento social interpersonal: El usuario presenta un buen comportamiento. ❖ Comunicación-contacto social: El usuario es ligeramente aislado ❖ Comportamiento asocial no personal: El usuario rara vez pierde sus propiedades personales. ❖ Vida cotidiana: El usuario tiene una participación considerable en las actividades.

ANEXO 2 GRAFICAS

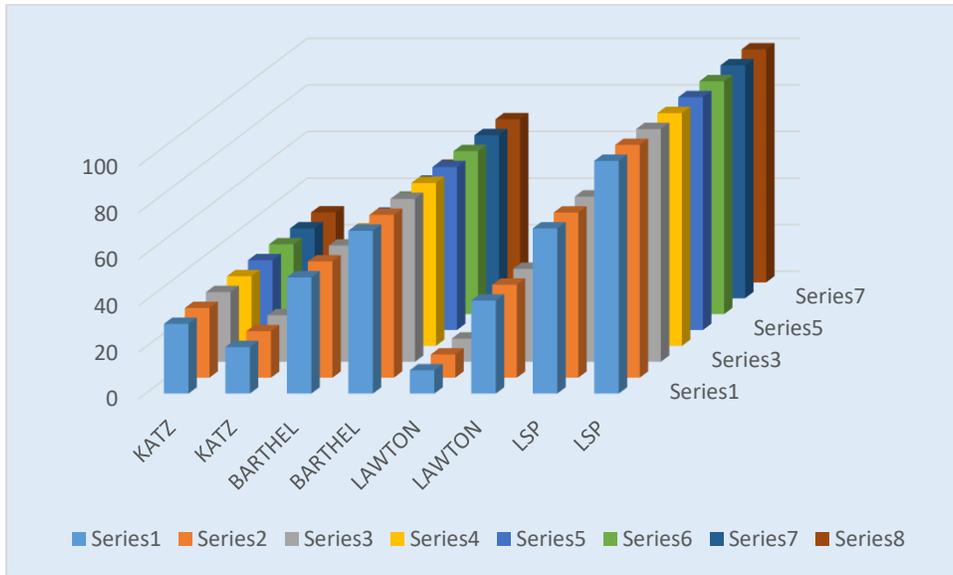


	KATZ	BARTHEL	LAWTON	LSP
USUARIO 1	3	50	1	71
USUARIO 2	3	50	1	71
USUARIO 3	3	50	1	71
USUARIO 4	3	50	1	71
USUARIO 5	3	50	1	71
USUARIO 6	3	50	1	71
USUARIO 7	3	50	1	54
USUARIO 8	3	50	1	54



	KATZ	BARTHEL	LAWTON	LSP
USUARIO 1	2	70	4	100
USUARIO 2	2	70	4	100
USUARIO 3	2	70	4	100
USUARIO 4	2	70	4	100
USUARIO 5	2	70	4	100
USUARIO 6	2	70	4	100
USUARIO 7	2	70	4	100
USUARIO 8	2	70	4	100

Comparativo TEST –POSTEST



USUARIO	TEST	POSTEST	TEST	POSTEST	TEST	POSTEST	TEST	POSTEST
	KATZ	KATZ	BARTHEL	BARTHEL	LAWTON	LAWTON	LSP	LSP
1	30	20	50	70	10	40	71	100
2	30	20	50	70	10	40	71	100
3	30	20	50	70	10	40	71	100
4	30	20	50	70	10	40	71	100
5	30	20	50	70	10	40	71	100
6	30	20	50	70	10	40	71	100
7	30	20	50	70	10	40	71	100
8	30	20	50	70	10	40	71	100

ANEXO 3

POA (PERSONA-OCUPACION-AMBIENTE)

PERSONA	OCUPACION	AMBIENTE
<p>FÍSICO: Edad: entre 40 a 60 años DX Esquizofrenia Discapacidad Intelectual Buena coordinación en la marcha.</p> <p>COGNITIVO: son anomalías en el proceso de aprendizaje entendidas como la adquisición lenta e incompleta de las habilidades cognitivas durante el desarrollo humano que conduce finalmente a limitaciones sustanciales en él afectadas por el padecimiento actual.</p> <p>EMOCIONAL: Se irritan con facilidad, no expresan con facilidad sus sentimientos.</p> <p>SOCIAL: están hospitalizados</p>	<p>Se dedica algunos a asistir a las diferentes actividades que se tiene en el hospital toma de signos, medicamento y otros se la pasan durmiendo o deambulando por la unidad</p> <p>RECREACIÓN Algunos les gusta la música y ver la televisión</p> <p>TRABAJO Al ser un padecimiento que se presenta a temprana edad y otros por diferentes accidentes los usuarios no realizan o están limitados a ejercer oficios o trabajo, fuera del hospital, aunque en la capilla pinta y lijan alfarería y reciben un simbólico pago.</p>	<p>Tienen la mayoría un promedio de 30 a 40 años de hospitalización El Hospital es muy amplio, cuenta con todos los servicios.</p> <p>SOCIAL La gran mayoría están en abandono de su familia</p> <p>INSTITUCIONAL Cuentan con las atenciones Cuidados médicos, alimentación, vestido, atención psicológica, rehabilitación</p> <p>CULTURAL: Viven en zona urbana y se está buscando que vuelvan a salir del hospital, para una mejor calidad de vida.</p>

ESPIRITUALIDAD

A pesar de que no hay una declaración directa de su religión. Los rituales como Navidad, y cuando hay misas suelen integrarse y participar. Entre ellos se observan valores de solidaridad respeto, complicidad y compañerismo.

ANEXO 4 FORMATOS DE EVALUACION.

ESCALA DE REGISTRO CONDUCTUAL
BARRAGÁN, V.C. Y COLS
HOSPITAL PSIQUIATRICO "DR. SAMUEL RAMÍREZ MORENO" S.S.A
CALIFICACIÓN

No	SUBESCALA	Nunca (1)	Algunas veces (2)	La mayoría de las veces (3)	Todas las veces (4)	Puntaje obtenido	Puntaje esperado	Porcentaje de ejecución	Clasificación
	AUTOCUIDADO								
1	El paciente llega al baño solo	1	2	3	4				
2	Abre y cierra las llaves de la regadera	1	2	3	4				
3	Ingresa a la regadera sin ropa	1	2	3	4				
4	Se enjabona todo el cuerpo	1	2	3	4				
5	Se talla todo el cuerpo	1	2	3	4				
6	Se enjuaga todo el cuerpo	1	2	3	4				
7	Se seca todo el cuerpo	1	2	3	4				
8	Al terminar de bañarse sale del baño solo	1	2	3	4				
9	Se viste solo	1	2	3	4				
10	Se pone el pantalón de manera correcta	1	2	3	4				
11	Se pone la sudadera de manera correcta	1	2	3	4		72		
12	Se pone los zapatos o sandalias de manera correcta	1	2	3	4				
13	Conoce que es el cepillo de dientes	1	2	3	4				
14	Sabe cuáles son los utensilios del cepillado	1	2	3	4				
15	Realiza correctamente el cepillado de dientes	1	2	3	4				
16	Lo realiza solo o con ayuda	1	2	3	4				
17	Se enjuaga correctamente la boca	1	2	3	4				
18	Para realizar el enjuague requiere ayuda	1	2	3	4				
	HABITOS ALIMENTICIOS								
19	Llega solo al área del comedor	1	2	3	4				
20	Ocupa el lugar asignado para comer	1	2	3	4				
21	Permanece en su lugar mientras come	1	2	3	4				
22	Come por si mismo	1	2	3	4		40		
23	Utiliza la cuchara para comer	1	2	3	4				
24	Consumo todo el alimento	1	2	3	4				

25	Derrama alimentos	1	2	3	4				
26	Roba alimentos	1	2	3	4				
27	Al terminar sus alimentos lleva la charola al lugar correspondiente	1	2	3	4				
28	Usa la servilleta cuando está comiendo	1	2	3	4				
No	SUBESCALA	Nunca (0)	Algunas veces (1)	La mayoría de las veces (2)	Todas las veces (3)	Puntaje obtenido	Puntaje esperado	Porcentaje de ejecución	Clasificación
	PERMANENCIA Y COLABORACIÓN								
29	Llega solo a la toma de signos vitales	1	2	3	4		24		
30	Se sienta en el lugar asignado para la toma de signos vitales	1	2	3	4				
31	Se retira del área cuando se le indica que ha finalizado al toma de signos	1	2	3	4				
32	Entra a la sala correspondiente	1	2	3	4				
33	Se sienta en la butaca	1	2	3	4				
34	Permanece dentro de la sala durante la práctica	1	2	3	4				
No	SUBESCALA	Nunca (0)	Algunas veces (1)	La mayoría de las veces (2)	Todas las veces (3)	Puntaje obtenido	Puntaje esperado	Porcentaje de ejecución	Clasificación
	AREA SOCIAL								
35	Platica con otras personas y con otros usuarios	1	2	3	4		28		
36	Su comunicación es clara y comprensible	1	2	3	4				
37	Permanece cerca de la persona durante la conversación	1	2	3	4				
38	Interrumpe la conversación	1	2	3	4				
39	Se distrae cuando habla el interlocutor	1	2	3	4				
40	Se enoja cuando está platicando (grita, golpea, avienta, etc.)	1	2	3	4				
41	Concluye la conversación	1	2	3	4				

Identificación Fecha

Valore cada una de las actividades por anamnesis directa del paciente o si su estado mental no lo permite a través de un familiar o cuidador considerando su capacidad en los últimos 7 días.

BAÑARSE – (con esponja, en bañera o ducha).

- No recibe asistencia (entra y sale de la bañera por sí mismo si la bañera es el medio de limpieza habitual).
- Recibe asistencia al lavar únicamente una parte del cuerpo (espalda o una pierna).
- Recibe asistencia al lavar más de una parte del cuerpo (o no se lava).

VESTIRSE – (saca la ropa de los armarios y los cajones – incluyendo la ropa interior, la ropa exterior y el manejo de botones, incluyendo bragueros, si los lleva).

- Saca la ropa y se viste completamente sin asistencia.
- Saca la ropa y se viste sin asistencia excepto al anudarse los zapatos.
- Recibe asistencia al sacar la ropa o al vestirse, o queda parcial o completamente desvestido.

IR AL SERVICIO – (ir al servicio para eliminar orina y heces; lavarse a sí mismo tras la eliminación y arreglarse la ropa).

- Va al servicio, se lava, se arregla la ropa sin asistencia (puede usar un objeto de apoyo como un bastón o una silla de ruedas y puede manejar la cuña o la silla retrete, vaciándolas por la mañana).
- Recibe asistencia para ir al servicio o al lavarse o arreglarse la ropa tras la eliminación o al usar la cuña o la silla retrete.
- No va a la habitación denominada “servicio” para el proceso de eliminación.

DESPLAZARSE

- Se acuesta y se levanta de la cama así como de la silla sin ayuda (puede usar un objeto de apoyo como un bastón).
- Se acuesta y se levanta de la cama o silla con asistencia.
- No se levanta de la cama.

CONTINENCIA

- Controla la micción y la defecación por sí mismo.
- Sufre accidentes “ocasionalmente”.
- La supervisión le ayuda a mantener el control vesical y anal; usa una sonda o es incontinente.

ALIMENTARSE

- Se alimenta sin asistencia
- Se alimenta solo excepto al requerir asistencia para cortar la carne o untar el pan.
- Recibe asistencia al alimentarse o es alimentado parcial o completamente mediante sondas o líquidos endovenosos.

CATEGORÍA:

ÍNDICE DE BARTHEL- Escala de Actividades Básicas de la Vida Diaria

Indicación: Valoración de las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Codificación proceso: 1.1.1.2.2.1.2.1. Actividad de la vida diaria (CIPE-α)

Administración: Las preguntas se realizan agrupando las actividades en tres grupos. Primero las actividades de movilidad: ¿es capaz de subir escaleras, caminar de forma independiente y trasladarse de la silla a la cama sin ayuda?, ¿se le escapa la orina o las heces?, ¿se baña, viste, asea, va al retrete o come sin ayuda?. Si en alguna actividad contesta que es incapaz entonces se profundiza sobre ella. Posteriormente se calcula los puntos que no realiza y se resta de 100.

Interpretación:

Máxima puntuación: 100 puntos (90 en el caso de ir con silla de ruedas)

Dependencia Total: <20 **Dependiente Grave:** 20 – 35

Dependiente Moderado: 40 - 55 **Dependiente Leve:** >60

Reevaluación: Valoración con carácter anual o cuando las condiciones del paciente cambien.

Propiedades psicométricas: Validado en español. Fiabilidad interobservador: 0,84 – 0.97 ;

Consistencia interna: 0.86 – 0.92.

Escala de Actividades Básicas de la Vida Diaria		Ptos
Lavarse	▪ Independiente. Entra y sale solo al baño	5
	▪ Dependiente	0
Baño	▪ Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, etc.	5
	▪ Dependiente	0
Arreglarse	▪ Independiente. Se pone y quita la ropa. Se ata los zapatos. Se abotona.	10
	▪ Necesita ayuda	5
Vestirse	▪ Dependiente	0
	▪ Totalmente independiente	10
Comer	▪ Necesita ayuda para cortar la carne, el pan, etc.	5
	▪ Dependiente	0
	▪ Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa	10
Usar el retrete	▪ Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo	5
	▪ Dependiente	0
	▪ Independiente para ir del sillón a la cama	15
Trasladarse	▪ Mínima ayuda física o supervisión	10
	▪ Gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	5
	▪ Dependiente	0
	▪ Independiente, camina solo 50 m.	15
Deambular	▪ Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 m.	10
	▪ Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	▪ Dependiente	0
	▪ Independiente para subir y bajar escaleras	10
Escalones	▪ Necesita ayuda física o supervisión	5
	▪ Dependiente	0
	▪ Continente o es capaz de cuidarse de la sonda	10
Micción	▪ Ocasionalmente, tiene un episodio de incontinencia cada 24 horas como máx., o precisa ayuda para la sonda	5
	▪ Incontinente	0
	▪ Continente	10
Deposiciones	▪ Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o precisa de ayuda para lavativas	5
	▪ Incontinente	0
	TOTAL	

ÍNDICE DE LAWTON DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

Capacidad para usar el teléfono

- 1 Utiliza el teléfono por iniciativa propia y sin ayuda
- 1 Marca números bien conocidos.
- 1 Contesta al teléfono pero no marca.
- 0 No usa el teléfono en absoluto.

Ir de compras

- 1 Realiza todas las compras necesarias sin ayuda.
- 0 Compra pequeñas cosas.
- 0 Necesita compañía para realizar cualquier compra.
- 0 Es incapaz de ir de compras.

Preparación de la comida

- 1 Planea, prepara y sirve sin ayuda las comidas adecuadas.
- 0 Prepara las comidas si le proporcionan los ingredientes.
- 0 Prepara la comida, pero no mantiene una dieta adecuada.
- 0 Necesita que se le prepare la comida.

Cuidar la casa

- 1 Cuida la casa sin ayuda o ésta es ocasional.
- 1 Realiza tareas domésticas ligeras.
- 1 Realiza tareas domésticas pero no mantiene un nivel de limpieza aceptable.
- 0 Necesita ayuda en todas las tareas de la casa.
- 0 No participa en ninguna tarea doméstica.

Lavado de la ropa

- 1 Lo realiza sin ayuda.
- 1 Lava o aclara algunas prendas.
- 0 Necesita que otro se ocupe de todo el lavado.

Medio de transporte

- 1 Viaja de forma independiente.
- 1 No usa transporte público, salvo taxis.
- 1 Viaja en transporte público si le acompaña otra persona.
- 0 Viaja en taxi o automóvil solamente con la ayuda de otros.
- 0 No viaja en absoluto.

Responsabilidad sobre la medicación

- 1 No precisa ayuda para tomar correctamente la medicación.
- 0 Necesita que le sean preparadas las dosis o las pastillas con antelación.
- 0 No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación.

Capacidad para utilizar dinero

- 1 No precisa ayuda para manejar dinero ni llevar cuentas.
- 1 Necesita ayuda para ir al banco, para grandes gastos...
- 0 Incapaz de manejar dinero.

Nombre
Unidad/Centro

Fecha
Nº Historia

ESCALA SOBRE EL PERFIL DE HABILIDADES DE LA VIDA COTIDIANA -LIFE SKILL PROFILE “LSP”-

Población diana: Personas con trastorno psiquiátrico. Se trata de una escala **heteroadministrada** para personas con enfermedades mentales crónicas, que no se encuentran en un momento de crisis. Debe tenerse en cuenta los tres meses pasados de forma global.

Cada ítem responde a una escala tipo Likert de mayor (4 puntos) a menor funcionalidad (1 punto). El LSP se compone de cinco subescalas. Una puntuación alta en cada escala o para el total del LSP indicaría un nivel de funcionamiento alto. Las puntuaciones de las subescalas vienen de la suma de las puntuaciones de los ítems de la siguiente forma:

- Autocuidado: 10, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 27 y 30. (A)
- Comportamiento social interpersonal: 2, 5, 6, 9, 11, 25, 29, 34, 36 y 37.(CSI)
- Comunicación – contacto social: 1, 3, 4, 7, 8 y 39.(C)
- Comportamiento social no personal: 28, 31, 32, 33, 35 y 38.(CSNP)
- Vida autónoma: 15, 20, 21, 22, 23, 24 y 26. (VA)

SUBESCALAS	PUNTOS
Autocuidado	
Comportamiento social interpersonal	
Comunicación – contacto social	
Comportamiento social no personal	
Vida autónoma	
PUNTUACIÓN TOTAL	

Bibliografía

- ┘ Rosen A, Hadzi-Pavlovic D & Parker G. The Life Skills Profile: a measure assessing functional and disability in Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 15: 325-337.
- Bulbena Vilarrasa A, Fernández de Larrinoa Palacios P & Dominguez Panchón AI. Adaptación castellana de la Escala LSP (Life Skills Profile) Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana. Actas Luso - Españolas de Neurología y Psiquiatría. 1992. 20(2): 51-60.



Questionario de Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana

1. ¿Tiene alguna dificultad en iniciar y responder en una conversación? (C)	8. ¿Resulta normalmente difícil entender a esta persona por la forma en que habla (por ejemplo, confusa, alterado o desordenadamente)?(C)
Ninguna dificultad.	Ninguna dificultad
Ligera dificultad	Ligeramente difícil
Moderada dificultad	Moderadamente difícil
Extrema dificultad	Extremadamente difícil
2. ¿Suele meterse o interrumpir en las conversaciones de otros (por ejemplo, le interrumpe cuando está usted hablando)? (CSI)	9. ¿Suele hablar sobre temas raros o extraños?(CSI)
No interrumpe en absoluto	En absoluto
Ligeramente intrusivo	Ligeramente
Moderadamente intrusivo	Moderadamente
Extremadamente intrusivo	Extremadamente
3. ¿Está generalmente aislado de contacto social?(C)	10. ¿Suele estar generalmente bien presentado (por ejemplo, vestido limpio, pelo peinado)?(A)
No se aísla en absoluto	Bien presentado
Ligeramente aislado	Moderadamente bien presentado.
Moderadamente aislado	Pobremente presentado
Totalmente (o casi) aislado	Muy pobremente presentado
4. ¿Suele mostrarse afectuoso con los demás?(C)	11. ¿Suele ser su apariencia personal (aspecto facial, gestos) apropiada para el ambiente en que se mueve?(CSI)
Considerablemente cordial	Intachable o apropiada
Moderadamente cordial	Ligeramente inapropiada
Ligeramente cordial	Moderadamente inapropiada
Nada cordial en absoluto	Extremadamente inapropiada
5. ¿Suele estar normalmente enfadado o ser puntilloso con otras personas?(CSI)	12. ¿Suele lavarse esta persona sin tener que recordárselo?(A)
En absoluto	Generalmente
Moderadamente	Ocasionalmente
Ligeramente	Raramente
Extremadamente	Nunca
6. ¿Suele ofenderse fácilmente?(CSI)	13. ¿Suele tener un olor ofensivo (por ejemplo, en el cuerpo, aliento o ropas)?(A)
No se ofende	En absoluto
Algo rápido en enfadarse	Moderadamente
Bastante presto a enfadarse	Ligeramente
Extremadamente presto a enfadarse.	Mucho
7. ¿Suele mirar a las personas cuando habla con ellos?(C)	14. ¿Suele vestir ropas limpias normalmente o se asegura de que se limpiarán si están sucias?(A)
Contacto visual adecuado	Mantiene limpieza de la ropa
Ligeramente reducido	Moderada limpieza
Moderadamente reducido	Pobre limpieza de la ropa
Extremadamente reducido	Muy escasa limpieza de la ropa



15. ¿Suele ser negligente con su salud física?(VA)	22. Asiste a alguna organización social (por ejemplo, iglesia, club o grupo de interés, excluyendo los grupos de terapia psiquiátrica)?(VA)
En absoluto	<input type="checkbox"/> Frecuentemente
Ligeramente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente
Moderadamente	<input type="checkbox"/> Raramente
Extremadamente	<input type="checkbox"/> Nunca
16. ¿Mantiene normalmente una dieta adecuada? (A)	23. ¿Puede esta persona preparar normalmente (si lo necesita) su propia comida?(VA)
Sin problemas	<input type="checkbox"/> Bastante capaz de prepararse comida
Ligeros problemas	<input type="checkbox"/> Ligeras limitaciones
Moderados problemas	<input type="checkbox"/> Moderadas limitaciones
Graves problemas	<input type="checkbox"/> Incapaz de prepararse comida
17. ¿Suele estar normalmente atento o tomar personalmente su propia medicación prescrita (o hacerse poner las inyecciones prescritas al momento) sin que se le recuerde?(A)	24. ¿Puede esta persona irse a vivir por sí mismo?(VA)
Muy confiable	<input type="checkbox"/> Bastante capaz de hacerlo
Ligeramente no confiable	<input type="checkbox"/> Ligeras limitaciones
Moderadamente no confiable	<input type="checkbox"/> Moderadas limitaciones
No confiable	<input type="checkbox"/> Incapaz totalmente
18. ¿Está dispuesto a tomar la medicación psiquiátrica cuando se la prescribe el médico?(A)	25. ¿Tiene problemas (por ejemplo fricciones, huidas, etc.) viviendo con otros en la familia?(CSI)
Siempre	<input type="checkbox"/> Sin problemas
Normalmente	<input type="checkbox"/> Ligeros problemas
Raramente	<input type="checkbox"/> Moderados problemas
Nunca	<input type="checkbox"/> Graves problemas
19. Cooperar esta persona con los servicios de salud (por ejemplo, médicos y/u otros profesionales de la salud)?(A)	26. ¿Qué tipo de trabajo sería capaz de hacer (incluso aunque esté desempleado, retirado o haciendo trabajos domésticos no remunerados)?(VA)
Siempre	<input type="checkbox"/> Capaz de hacer un trabajo a tiempo total.
Normalmente	<input type="checkbox"/> Capaz de trabajo a tiempo parcial
Raramente	<input type="checkbox"/> Capaz solamente de trabajos protegidos
Nunca	<input type="checkbox"/> Incapaz de trabajar
20. ¿Está normalmente inactivo (por ejemplo, gastando mucho de su tiempo sentado o de pie alrededor sin hacer nada)?(VA)	27. ¿Se comporta de manera arriesgada (por ejemplo, ignorando el tráfico cuando cruza la calle)?(A)
Apropiadamente activo	<input type="checkbox"/> En absoluto
Ligeramente inactivo	<input type="checkbox"/> Raramente
Moderadamente inactivo	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente
Extremadamente inactivo	<input type="checkbox"/> A menudo



21. ¿Tiene intereses definidos (por ejemplo hobbies, deportes, actividades) en los cuales participa regularmente?(VA)	28. ¿Destruye esta persona propiedades?(CSNP)
<input type="checkbox"/> Participación considerable.	<input type="checkbox"/> En absoluto
<input type="checkbox"/> Moderada participación	<input type="checkbox"/> Raramente
<input type="checkbox"/> Alguna participación	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente
<input type="checkbox"/> No participa en absoluto	<input type="checkbox"/> A menudo
29. ¿Se comporta de forma ofensiva (incluida la conducta sexual)?(CSI)	35. ¿Se autolesiona?(CSNP)
<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En absoluto
<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Raramente
<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente
<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> A menudo
30. ¿Tiene esta persona hábitos o conductas que la mayoría de la gente encuentra antisociales (por ejemplo, escupir, dejar colillas de cigarrillos encendidos alrededor, ser desordenado en el baño, comer de una manera desordenada?(A)	36. ¿Se mete en problemas con la policía?(CSI)
<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En absoluto
<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Raramente
<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente
<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> A menudo
31. ¿Suele perder propiedades personales?(CSNP)	37. ¿Abusa del alcohol o de otras drogas?(CSI)
<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En absoluto
<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Raramente
<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente
<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> A menudo
32. ¿Invade el espacio de otras personas (habitaciones, posesiones personales)?(CSNP)	38. ¿Se comporta irresponsablemente?(CSNP)
<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En absoluto
<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Raramente
<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente
<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> A menudo
33. ¿Suele coger cosas que no son suyas?(CSNP)	39. ¿Hace o mantiene normalmente amistades?(C)
<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> Capaz de hacer amistades fácilmente
<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Lo hace con cierta dificultad
<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Lo hace con dificultad considerable
<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Incapaz hacer o mantener amistades
34. ¿Es violento con otros?(CSI)	
<input type="checkbox"/> En absoluto	
<input type="checkbox"/> Raramente	
<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	
<input type="checkbox"/> A menudo	



FECHA: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO I

CON FUNDAMENTO EN LOS ARTÍCULOS 80, 81, 82 Y 83 DEL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MEDICA, EL QUE SUSCRIBE

_____ AUTORIZA A LOS MÉDICOS DEL HOSPITAL
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE

PARA QUE REALICEN LOS PROCEDIMIENTOS _____
MÉDICOS O QUIRÚRGICOS

CONSISTENTES EN _____ POR SER NECESARIOS PARA
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO

_____ UNA VEZ QUE SE ME HA
DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO O REHABILITACIÓN

PROPORCIONADO INFORMACIÓN SUFICIENTE PARA DICHOS PROCEDIMIENTOS Y LAS POSIBLES COMPLICACIONES, SECUELAS O RIESGOS QUE PUEDAN RESULTAR DE SU APLICACIÓN.

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA

NOMBRE Y FIRMA DEL PRIMER TESTIGO

NOMBRE Y FIRMA DEL SEGUNDO TESTIGO

ARTÍCULO 80.- En todo hospital y siempre que el estado del paciente lo permita, deberá recabarse a su ingreso autorización escrita y firmada para practicarle, con fines de diagnóstico o terapéuticos, los procedimientos médicos o quirúrgicos necesarios de acuerdo al padecimiento de que se trate, debiendo informarle claramente el tipo de documento que se le presenta para su firma.

Esta autorización inicial no excluye la necesidad de recabar después la correspondiente a cada procedimiento que extrañe un alto riesgo para el paciente.

ARTÍCULO 81.- En caso de Urgencia o cuando el paciente se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, el documento a que se refiere el artículo anterior, será suscrito por el familiar más cercano en vínculo que lo acompañe o en caso, por su tutor o representante legal, una vez informado del carácter de la autorización.

Cuando sea posible obtener la autorización por la incapacidad del paciente y ausencia de las personas a que se refiere el párrafo que antecede, los médicos autorizados del hospital de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera dejando constancia por escrito en el expediente clínico.

ARTÍCULO 82.- El documento en el que conste la autorización a que se refieren los ARTÍCULOS 80 Y 81 de este reglamento, deberá contener:

- I.- Nombre de la Institución a la que pertenezca el Hospital.
- II.- Nombre, razón y denominación social del hospital.
- III.- Título del documento.
- IV.- Lugar y fecha.
- V.- Nombre y firma de la persona que otorgue la autorización y
- VI.- Nombre y firma de los testigos.

ARTÍCULO 83.- En caso de que deba realizarse alguna amputación, mutilación o extirpación orgánica que produzca modificación física permanente en el paciente o en la condición fisiológica o mental del mismo, el documento a que se refiere el artículo anterior deberá ser suscrito además por dos testigos idóneos designados por el interesado o por la persona que suscribirá.

Estas autorizaciones se ajustan a los modelos que señalen las normas técnicas.

ANEXO 5 FOTOGRAFIAS



























