

“IMPACTO DE UN PROGRAMA DE DANZA MOVIMIENTO TERAPIA SOBRE EL
SUBSISTEMA VOLITIVO Y CAPACIDAD DE DESEMPEÑO EN PERSONAS CON
ESQUIZOFRENIA EN CONDICIÓN DE INIMPUTABILIDAD”

YINA YICELA PASTÁS JÁCOME

MARYAN SATIZÁBAL FLÓREZ

ZORAIDA VALLEJO KUECONAMUY

MARÍA FERNANDA VÁSQUEZ MOSQUERA

Trabajo De Grado Para Optar A Título De Terapia Ocupacional

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE REHABILITACIÓN HUMANA
PROGRAMA ACADÉMICO DE TERAPIA OCUPACIONAL
SANTIAGO DE CALI-VALLE DEL CAUCA
2013

“IMPACTO DE UN PROGRAMA DE DANZA MOVIMIENTO TERAPIA SOBRE EL
SUBSISTEMA VOLITIVO Y CAPACIDAD DE DESEMPEÑO EN PERSONAS CON
ESQUIZOFRENIA EN CONDICIÓN DE INIMPUTABILIDAD”

YINA YICELA PASTÁS JÁCOME

MARYAN SATIZÁBAL FLÓREZ

ZORAIDA VALLEJO KUECONAMUY

MARÍA FERNANDA VÁSQUEZ MOSQUERA

Trabajo De Grado Para Optar A Título De Terapia Ocupacional

YUDY SALAZAR TORRES

Directora Trabajo De Grado

Terapeuta Ocupacional

Universidad del Valle

Maestría/Magister en Neuropsicología

Universidad De San Buenaventura

SARA RUIZ ÁLVAREZ

Asesora externa

Terapeuta Ocupacional

Universidad del Valle

Máster en Terapia a través del

Movimiento y la Danza

Universitat de Barcelona, España

UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE SALUD

ESCUELA DE REHABILITACIÓN HUMANA

PROGRAMA ACADÉMICO DE TERAPIA OCUPACIONAL

SANTIAGO DE CALI-VALLE DEL CAUCA

2013

AGRADECIMIENTOS

YINA YICELA PASTÁS JÁCOME agradece a:

A Dios y mi familia por su apoyo incondicional
A nuestra directora Yudy Salazar por su acompañamiento y orientación
A nuestra asesora externa Sara Ruiz por su valiosa guía en el largo trabajo
A las personas del Hospital psiquiátrico Universitario del Valle que participaron
acogiendo el programa

MARÍA FERNANDA VÁSQUEZ MOSQUERA agradece a:

Inicialmente a Dios por brindarme la fortaleza necesaria, a mi familia por su apoyo
incondicional a lo largo de mi carrera, a mis amigos por su acompañamiento y
finalmente agradezco la confianza, apoyo, dedicación y entrega por parte de Yudy
Salazar, Sara Ruiz y José Gilberto Peña que apoyaron a que este proyecto hoy
fuera un hecho.

MARIAN SATIZABAL FLOREZ agradece a:

Dios por ser un guía y apoyo espiritual desde siempre, a mis padres, hermanas y
novio por su comprensión, amor y paciencia durante este camino, a mis abuelas
en especial Beatriz Calderón por su colaboración y cariño, a Yudy Salazar, José
Gilberto Peña por su apoyo y por último a nuestra asesora externa Sara Ruiz por
su entrega, paciencia y creencia en nosotras para alcanzar este gran logro

ZORAIDA VALLEJO KUECONAMUY agradece a:

A Dios, a mis padres y seres queridos por ser el apoyo y la guía en la construcción
de mi meta profesional.
A Yudy Salazar y Sara Ruiz por el conocimiento brindado y el acompañamiento
continuo en las etapas del proyecto.
A las personas participantes del programa porque me permitieron conocer y
aprender de cada uno, y afianzarme como persona y profesional.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como propósito describir el impacto de la Danza Movimiento Terapia sobre el desempeño ocupacional, retomando la volición y capacidad de desempeño en personas con esquizofrenia en condición de inimputabilidad de un hospital psiquiátrico del suroccidente colombiano. Por ello se creó un programa para la intervención de la población mediante la metodología pre test-pos test usando instrumentos validados y aplicados desde Terapia Ocupacional. Dicho programa arrojó información relevante indicando que este forjó ganancias sobre el desempeño ocupacional al mejorar y fortalecer aspectos asociados a la volición y capacidad de desempeño subjetivo dimensionado en la participación de la población en formas ocupacionales. Así mismo se dio a conocer que esta línea metodológica permitió establecer un paralelo entre la posición inicial y final, generando evidencia basada en la práctica de Terapia Ocupacional en la intervención con técnicas psicoterapéuticas, y ofreciendo beneficios de contribución social, académica e institucional.

ABSTRAC

This study aimed to describe the impact of the Dance Movement Therapy on occupational performance, returning volition and performance capacity in people with schizophrenia in condition of insanity from a psychiatric hospital in southwestern Colombia.

We therefore created a program for the intervention of the population using the methodology pre test-post test using validated instruments and applied from Occupational Therapy. This program had relevant information indicating that this forged occupational performance gains by improving and strengthening aspects associated with volition and subjective performance capacity dimensioning in the participation of the population in occupational forms. It also this methodological approach allowed us to establish a parallel between the initial and final position, generating evidence based practice in occupational therapy intervention with psychotherapeutic techniques and contribute social, academic and institutional.

PALABRAS CLAVES: Capacidad de desempeño, Danza Movimiento Terapia, Esquizofrenia, inimputable, Volición.

TABLA DE CONTENIDO

pág.

INTRODUCCIÓN	9
JUSTIFICACIÓN	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
OBJETIVOS	19
1. MARCO CONTEXTUAL	20
1.1. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE	20
1.1.1. SALA 9	21
1.1.1.1. POBLACIÓN DE LA SALA 9	23
2. MARCO TEÓRICO	25
2.1. INSTITUCIONALIZACIÓN	25
2.1.1. INIMPUTABILIDAD	27
2.1.1.1. ESQUIZOFRENIA E INIMPUTABILIDAD	30
2.2. DESEMPEÑO OCUPACIONAL	34
2.2.1. MODELO DE LA OCUPACIÓN HUMANA	36
2.2.1.1. SUBSISTEMA VOLITIVO	37
2.2.1.2. CAPACIDAD DE DESEMPEÑO	40
2.3. DANZA MOVIMIENTO TERAPIA	42
3. METODOLOGÍA	48
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	48

3.2. POBLACIÓN	48
3.2.1. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA	49
3.3. FASES DE INTERVENCIÓN	50
4. RESULTADOS DE LA INFORMACIÓN	61
4.1. REJILLA DE CARACTERIZACIÓN	61
4.2. HABILIDADES DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN (ACIS)	64
4.3. CUESTIONARIO VOLICIONAL (VQ).....	67
4.4. BITÁCORAS	71
4.5. CUESTIONARIO PARA EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR.....	76
5. ANÁLISIS	83
5.1. EJE TEMATICO VOLICIÓN.....	83
5.2. EJE TEMÁTICO: CAPACIDAD DE DESEMPEÑO	88
5.3. ANÁLISIS DEL CUESTIONARIO AL EQUIPO INTERDISCIPLINAR	91
6. CONCLUSIONES	94
7. RECOMENDACIONES.....	98
8. LIMITACIONES.....	99
BIBLIOGRAFÍA	100

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A : Rejilla de caracterización de la persona	107
ANEXO B: Evaluación de las habilidades de comunicación e interacción.....	109
ANEXO C: Ítems de la evaluación de las habilidades de comunicación e interacción categorizado según la matriz de análisis.....	110
ANEXO D: Cuestionario volicional.....	113
ANEXO E: Ítems del cuestionario volicional categorizado según la matriz de análisis.....	114
ANEXO F: Cuestionario para el equipo interdisciplinar.....	116
ANEXO G: Ítems del cuestionario para el equipo interdisciplinar categorizado según la matriz de análisis.....	119
ANEXO H: Aprobación del comité de ética humana.....	121
ANEXO I: Aval de entrega de trabajo de grado.....	123

LISTA DE GRÁFICAS

Pág.

GRÁFICA A: Año de ingreso de la población a la institución.....	124
GRÁFICA B: Tiempo de institucionalización que lleva la población en el hospital psiquiátrico	124
GRÁFICA C: ACIS - Total global pre test.....	125
GRÁFICA D: ACIS- Total global pos test.....	125
GRÁFICA E: VQ- Promedio del desempeño total Pre test-Pos test.....	126

INTRODUCCIÓN

La presente investigación describe el impacto de la Danza Movimiento Terapia sobre el desempeño ocupacional, retomando la volición y capacidad de desempeño en personas diagnosticadas con esquizofrenia en condición de inimputabilidad de un hospital psiquiátrico del suroccidente colombiano.

Para reconocer el impacto del programa de Danza Movimiento Terapia se crearon seis fases de intervención que permitieron guiar el proceso de investigación. La primera fase consistió en la recolección de información para determinar la línea de intervención a seguir. En la segunda fase se formuló el problema teniendo en cuenta los principios filosóficos de Terapia Ocupacional y la técnica de Danza Movimiento Terapia. La tercera fase pretendió comprobar la hipótesis bajo la línea metodológica pretest– posttest, para ello se recolectó información de la historia clínica de la población seleccionada, se aplicaron evaluaciones estandarizadas y no estandarizadas tanto a la población como al equipo interdisciplinar que la interviene. La cuarta fase consistió en la ejecución de las sesiones creadas para el programa. Las dos últimas fases permitieron recolectar la información de la población tras finalizar el programa que posibilitó la comparación entre los resultados iniciales y finales, y posteriormente realizar su tabulación y análisis.

Con esta investigación se abordó el tema a través de un enfoque subjetivo en el cual la persona “encarna su cuerpo” para desempeñarse en el contexto que lo acoge. Es por ello que esta investigación generó evidencia en la intervención de Terapia Ocupacional en el área psicosocial a través de la aplicación de la técnica Danza Movimiento Terapia. De esta forma, la propuesta de Terapia Ocupacional con la estrategia de intervención que involucra no sólo el cuerpo físico sino también las emociones, pensamientos y sentido de eficiencia personal, es válida en la medida que la finalidad es determinar el desempeño de la persona en su contexto habitual.

El desarrollo de esta investigación se concentró en la población inimputable por trastorno mental, para ello se hizo necesaria una revisión teórica en la forma en la como la condición judicial y psiquiátrica impacta sobre el desempeño ocupacional.

Dicha condición lleva consigo pérdida de roles, hábitos, rutinas y exclusión de la persona en su medio, lo que interfiere directamente en el desempeño ocupacional particularmente en los aspectos volitivos y capacidad de desempeño, debido a los factores contextuales que no benefician el proceso de experimentar, interpretar y anticipar elecciones de actividades y ocupaciones.

Para esta investigación se consideró el concepto de la Asociación Americana De Danza Movimiento Terapia (ADTA) con respecto a la Danza Movimiento Terapia “como el uso del movimiento en un proceso terapéutico que promueve la integración emocional, cognitiva, física y social del individuo”¹. Históricamente el movimiento ha sido utilizado como el medio de comunicación por excelencia, permitiendo expresar conflictos internos y sentimientos que las palabras, tal vez aún desconocidas, no podrían describir. Todo ello facilita la exteriorización de emociones y sensaciones del hacer a través del cuerpo que facilitan la organización o modificación del comportamiento e identidad social gracias a la unidad cuerpo-mente. Lo cual contribuye a mejorar la calidad de vida de la persona y evitar recaídas.

Es así como se consideró una temática relevante para el estudio, que permitiera generar evidencia basada en la práctica. Al mismo tiempo, que impacte sobre la calidad de vida de las personas y al ofrecimiento de mejores servicios en el área psicosocial en relación a las necesidades de la población.

¹ADTA. American Dance Therapy Association. Traducción libre.

JUSTIFICACIÓN

Dada la prevalencia de los trastornos en salud mental a nivel mundial y el impacto económico que generan, estos representan una carga individual, familiar y social, configurándose como un problema de salud pública que va más allá de las cifras estadísticas sociosanitarias. En el caso de la esquizofrenia, esta desencadena en impactos socioculturales tales como imaginarios sociales, exclusión, estigmatización y discriminación. Paralelo a esto se generan fenómenos personales como la disminución de la calidad de vida, limitación en el funcionamiento social, interpersonal, familiar (divorcio, disfunción familiar, soltería) y laboral (riesgo de subempleo y desempleo).

El impacto económico desencadenado por la esquizofrenia está directamente relacionado con pérdidas personales que interfieren en la creencia del deterioro de habilidades y causalidad personal. La OMS considera que este hecho modifica las concepciones de las competencias y habilidades asociándose con la depresión, el abuso de alcohol y el suicidio².

Los efectos de este impacto económico están representados tanto en gastos directos como indirectos. En el estudio de la Carga Mundial de Morbilidad (GBD, 2004)³, la esquizofrenia es la responsable del 1.1% del total de años de vida ajustados según la discapacidad (AVAD)⁴. Se considera la esquizofrenia como el primer problema de salud pública mundial en costos económicos y de personal sanitario⁵. El tratamiento en América Latina sigue siendo abrumador, debido a que las tasas subestiman el número de personas sin atención en relación a los cambios en la composición. Todo ello demuestra la insuficiencia de los servicios

²Organización Mundial de la Salud. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental. 2008. Pág. 32

³World Health organization. The Global Burden of Disease. 2004. ISBN 978 92 4 156371 0

⁴Indicador de salud compuestos. Propuesto por Sullivan en 1971, donde las pérdidas de salud a través de la mortalidad y mortalidad son combinadas; y entre los cuales se incluye los años de vida ajustados según la discapacidad. Años de vida ajustados según discapacidad (AVAD): algunas consideraciones sobre su estimación y aplicación en Cuba. Miguel Ángel Lazo Álvarez, CM. Edilberto González Ochoa y Dayamí Díaz Garrido. MEDISAN 2003; 7(1):45

⁵Rössler W, Salize HJ, van Os J, Riecher-Rössler A. Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. Eur Neuropsychopharmacol. 2005;15(4):399-409

de salud mental e incluso, se suma la interrelación de la esquizofrenia con el estrato socioeconómico de la persona⁶.

Por su parte Colombia es el segundo país en Latinoamérica con mayor número de personas que tiene dificultades en la salud mental, siendo el 30% de la población que padece de algún tipo de trastorno psiquiátrico. Con base en esta patología, la prevalencia de la esquizofrenia en Colombia es del 1.0% de la población⁷. En el Municipio de Cali según el Plan Territorial de Salud⁸, el porcentaje de consultas por esquizofrenia fueron del 12%. En este marco, Colombia ha empezado a reconocer la necesidad de integrar la intervención de salud mental en la asistencia sanitaria primaria en salud.

Además de las cargas económicas y sociosanitarias que se han enumerado, se generan cargas judiciales, porque las crisis sintomatológicas o brotes psicóticos incrementan la posibilidad de cometer un acto punible. Esta carga judicial y al mismo tiempo emocional de las familias hace que se rompan vínculos familiares donde a la persona inimputable se le restringe de su contexto natural y de actividades ocupacionales.

Estudios mexicanos demuestran la prevalencia de la esquizofrenia en los sistemas penitenciarios con una incidencia del 10 %. De esta manera, la esquizofrenia se considera como uno de los principales diagnósticos asociados a la inimputabilidad con una gran carga social, judicial y política que limita la participación en formas ocupacionales⁹. La interacción de ambas condiciones, la de enfermedad y la de inimputabilidad, implica que estas personas experimenten pérdida de roles, hábitos y rutinas, porque el proceso de reclusión afecta la interacción social con el exterior y sus familias. Además de esto limita la participación en elecciones

⁶ Organización mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Catalogación por la Biblioteca de la OMS.

⁷ Salud Mental en Colombia parte I. Equipo Investigativo del Programa de Salud y Seguridad Social de la Defensoría del Pueblo. Agosto de 2008.

⁸ Plan Territorial de Salud de Santiago de Cali 2008- 2011, Alcaldía Santiago de Cali, Secretaria de Salud Pública, Comité Técnico de la Secretaria de Salud Pública Municipal de Cali.

⁹ Ana Fresán, Josune Tejero, Rogelio Apiquian, Cristina Loyzaga, María García-Anaya, Humberto Nicolini, Aspectos Penales Y Características Clínicas de la Criminalidad en la esquizofrenia. Salud Mental, Vol. 25, No. 5, octubre 2002.

ocupacionales, de actividad y el disfrute de estas. Generando así restricciones en el desempeño ocupacional por las limitadas actividades que el contexto le ofrece.

Todo ello conlleva a que la persona no logre exteriorizar pensamientos y sentimientos generando decremento en patrones volitivos por la incapacidad para experimentar, interpretar, anticipar y elegir ocupaciones. Dicho lo anterior las perspectivas biomédicas y judiciales que representa la esquizofrenia e inimputabilidad, implica que el componente volitivo se encuentre afectado.

Estudios pilotos realizados en Estados Unidos (Gussak, 2004)¹⁰ han empezado a acercar las terapias artísticas a las instituciones penitenciarias y con ello a reclusos con trastorno psiquiátrico como la esquizofrenia. De esta experiencia se concluye que las dificultades de verbalizar para los reclusos, restringe que se hable y atienda los problemas, emocionales y/o físicos que experimentan (Gussak, 1997a). Las terapias artísticas posibilitan la sublimación de los impulsos libidinales y agresivos (Dissanayake, 1992 ;Kramer, 1993 y Rank, 1932) y se ofrece como un medio de contención. Gussak plantea en su hallazgo que esta metodología de intervención puede indicar una mejora de la actitud y el aumento de la aceptación de unos a otros y el medio ambiente.

Mientras tanto, las investigaciones regionales del caso, realizadas en Santiago de Cali (Valle del Cauca) dan cuenta de la proximidad que estas estrategias psicoterapéuticas aportan al problema. Un ejemplo de ello fue la experiencia investigativa por León y Rodríguez (2003)¹¹ realizada con pacientes con esquizofrenia vinculados a un programa de hospital día. Este estudio planteó objetivos terapéuticos como el incremento en la expresión de sentimientos, experiencia corporal, y rangos de contacto entre el grupo. De este modo en el resultado se encontró que la evaluación de psiquiatría respaldó al arte dramático, siendo el arte más elaborado y usado como recurso terapéutico que permitió

¹⁰David Gussak PhD, ATR-BC, La Terapia del arte con los presos: un estudio piloto. La Universidad del Estado de Florida, MCH 126, Tallahassee, FL 64480 3230, EE.UU. Disponible en línea el 19 de Agosto de 2004.

¹¹León, Ángela. Rodríguez, Javier. Experiencia artística con pacientes esquizofrénicos del programa Hospital Día. Escuela Arte Dramático, Facultad de Artes Integradas. Universidad del Valle. Santiago de Cali. 2003

ganar autoestima, capacidad comunicativa, expresividad, logrando que los pacientes se identificaran emocionalmente.

Por tanto, el interés de Terapia Ocupacional por el desempeño ocupacional proporciona una posición clave para enfrentarse a las limitaciones políticas con consecuencias directas en la ocupación. Este fenómeno denominado “apartheid ocupacional”¹², generador de privación ocupacional, injusticia ocupacional y marginación, son asuntos de interés global. Dicho lo anterior es necesario desarrollar estrategias políticas que permitan mitigar esta condición.

Es así que esta investigación trabajó desde un enfoque centrado en la persona, como lo propone el Modelo de la Ocupación Humana. Para ello fue necesario brindar elementos relacionados con los agentes involucrados, abogar por incluir una perspectiva volitiva en los programas de rehabilitación. De esta forma se atribuyó importancia a trabajar sobre el sentido de ser, hacer y querer hacer. Es decir se enfatiza en el modo que las personas piensan y sienten identificando la efectividad en su ejecución y la importancia de su participación. Este modelo asegura un impacto en los subsistemas habituacional y capacidad de desempeño debido a que se le otorga un valor jerárquico a la volición en el comportamiento ocupacional permitiendo que la persona elija una actividad y finalmente una ocupación.

Ahora bien, la intervención de Terapia Ocupacional desde el Modelo de la Ocupación Humana comparte principios filosóficos con Danza Movimiento Terapia para favorecer el desempeño ocupacional que faciliten aspectos como identificación con roles, comunicación verbal y no verbal, componentes adaptativos y cognitivos. Es así como la Danza Movimiento Terapia es catalogada como un tipo de psicoterapia, que ha generado transcendencia por los principios que la guían. Esta técnica puede ser usada con personas de diferente edad, sexo, cultura, de forma individual o grupal. Orientada a personas con dificultades médicas, físicas, mentales y psicológicas cuyo fin último según la Asociación Americana De Danza Movimiento Terapia (ADTA) “es usar el movimiento en un

¹² Frank, KRONOBERG, Salvador, SALGADO, Nock, POLLARD. Terapia Ocupacional Sin Fronteras: Aprendiendo Del Espíritu De Supervivientes. Primera edición. Traducido por editorial médica Panamericana 2005. ISBN 2005. 849835-008-5. Pág. 65

proceso que promueve la integración emocional, social, cognitiva y física de la persona” (ADTA, s.f., citado por Murow&Unikel, 1998).

Varios estudios (Unikel, Tiburcio y Rascón (1998), Salas (2007), Martínez (2009), entre otros.) han demostrado los beneficios de la Danza Movimiento Terapia para las personas con esquizofrenia desde su mismo origen¹³ hasta la actualidad. Las investigaciones determinaron que el aporte de la Danza Movimiento Terapia con pacientes con esquizofrenia, se ve reflejado en dos áreas características de la sintomatología de esta enfermedad: en la volición y afecto. El impacto que se genera en los componentes volitivos modifica las actitudes hacia la autonomía, eficiencia y con ello se propicia que la población se enfrente a su entorno con mayor independencia y seguridad. Con ello se demuestra cómo se desencadenan aportes alrededor del abordaje de la volición. El impacto desde la volición está dado en rescatar el valor de los hechos importantes, de reconocer la eficiencia y capacidad personal para enfrentar la realidad¹⁴.

A esto se añade que la inversión realizada en investigación en casos particulares como la inimputabilidad y esquizofrenia es menor que lo usado en la investigación de otras enfermedades importantes¹⁵. Sin embargo, la investigación científica que se ha hecho alrededor de este tema se ha limitado a documentar temáticas relacionadas con la medicina, componentes de procesamiento y de la capacidad de desempeño objetivo. Por ende, se desvaloriza el impacto del contexto en la población inimputable, y la intervención desde el subsistema volitivo como parte de la rehabilitación de esta población. Si se dispone de mayor información de este fenómeno, se hará más factible interceder por los intereses de las personas que necesitan atención, adoptar políticas más eficaces, formular programas de intervención innovadores y adjudicar recursos en conformidad con las necesidades observadas.

¹³ Avances en Salud Mental Relacional / Advances in relational mental health Vol. 8, núm. 2 – Julio 2009. Órgano Oficial de expresión de la Fundación OMIE Revista Internacional On-Line / An International On-Line Journal.

¹⁴ GARY Kielfhofner, Drph, OTR, FAOTA. Terapia Ocupacional Modelo de la Ocupación Humana Teoría y Aplicación 3ª Edición. 2004. edición Panamericana.

¹⁵ BC Schizophrenia Society 2003 www.bcscs.org

Tal necesidad fue emprendida por los Objetivos del Milenio establecidos desde el año 2000¹⁶, donde se propone una visión a largo plazo para resolver los problemas de salud pública considerados como prioridad; los objetivos que aplican para que la población inimputable supere el apartheid ocupacional, son la reducción de la pobreza y fomentar alianzas mundiales para el desarrollo; al presentarse los antecedentes judiciales, con una reclusión prolongada, y con escaso apoyo familiar se reduce las probabilidades de mejorar la calidad de vida de esta población. Es por ello que crear y participar de estas “alianzas” promoverá el desarrollo económico mundial y personal. Además de esto permitirá contribuir a que se consigan los resultados esperados para el 2015.

La presente investigación, permite obtener beneficios sanitarios para el mayor número posible de personas. Además el enfoque sistémico hacia la participación e inclusión social de la población descrita aporta a la validación de procesos de intervención para optimizar su calidad de vida. Entre otros aportes también permite subsanar necesidades ocupacionales individuales y colectivas. Esto a su vez impacta a corto, mediano y largo plazo en los tratamientos con empoderamiento hacia los usuarios¹⁷ como parte de la rehabilitación. Por otro lado los beneficios que se derivan de esta investigación están ligados al incremento de conocimiento de procesos relevantes para que los profesionales de la salud ofrezcan un mejor servicio.

¹⁶ Objetivos de Desarrollo del Milenio, informe 2012. Organización Mundial de la Salud.

¹⁷ Morrison, Rodolfo, Olivares Daniela, Vidal Diego, De la filosofía, la Ciencia y la Terapia, a la Ocupación: propuesta epistemológica para la práctica contemporánea. Jornadas de Práctica Clínica en Terapia Ocupacional, 29 y 30 abril de 2011. Talavera de la Reina. España.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La esquizofrenia es una enfermedad mental de carácter crónico que tiene como característica principal el cambio de conducta en la persona, causando una percepción distorsionada de la realidad y por ende, las alteraciones sobre la conducta limitan el desempeño en actividades ocupacionales. Sin embargo, cuando además de la patología coexiste una condición de inimputabilidad, las personas deben aprender a vivir con la enfermedad y asumir la privación de la libertad en una institución de salud mental que les provea intervenciones de carácter psiquiátrico, psicológico y ocupacional.

Es así que, en el marco de la inimputabilidad, el hecho de haber cometido un crimen en medio de una crisis o brote psicótico la persona no puede discernir sobre aquello que está haciendo, a quién y por qué lo hace, de esta manera estas personas deben asumir tanto la condición que encierra la esquizofrenia, como las consecuencias del acto punible, los imaginarios sociales alrededor de ello, la pérdida de valores internos, familiares y culturales.

Al asociarse ambas condiciones, la de enfermedad mental y la de inimputabilidad, estas personas experimentan pérdida de habilidades básicas, roles, hábitos y rutinas, ya que el proceso de reclusión afecta no sólo la interacción social con el exterior y sus familias, sino el devenir de su propia cotidianidad, puesto que impacta en la posibilidad de desenvolverse satisfactoriamente, incrementando el tiempo de permanencia en la institución. Esta población además, es objeto de injusticia ocupacional entendida como el desequilibrio en la ejecución de las actividades porque su entorno no le ofrece condiciones y oportunidades para participar en ocupaciones de acuerdo a intereses propios de su ciclo vital, provocando inestabilidad emocional y comportamental durante el proceso de tratamiento.

Por tanto, se quiere indagar en el desempeño ocupacional y la adaptación social de la persona en condición de inimputabilidad, a partir de una intervención definida por medio de la técnica de Danza Movimiento Terapia que permita el mantenimiento del comportamiento ocupacional y contribuya al bienestar personal y social de las personas involucradas en el estudio. Es así, que el abordaje a partir

de las premisas del Modelo de la Ocupación Humana y los principios epistemológicos de la Danza Movimiento Terapia, median con la persona a través de su singularidad, unión cuerpo-mente, motivación y continuo desarrollo, que lo mantiene en constante interacción llegando así a la concepción que el cuerpo es un medio de comunicación no verbal permitiendo la conexión entre lo corporal y mental.

Por consiguiente, Terapia Ocupacional pretende utilizar la técnica de Danza Movimiento Terapia como estrategia terapéutica y forma ocupacional significativa para la persona, preservando las relaciones sociales en su medio habitual y en espacios terapéuticos definidos. De acuerdo a lo descrito anteriormente, en la investigación se plantea la siguiente pregunta:

¿Qué impacto sobre el desempeño ocupacional tiene el uso de Danza Movimiento Terapia como técnica de intervención de Terapia Ocupacional, sobre los aspectos volitivos y capacidad de desempeño de personas con esquizofrenia en condición de inimputabilidad?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir el impacto de la Danza Movimiento Terapia sobre el desempeño ocupacional, en personas diagnosticadas con esquizofrenia en condición de inimputabilidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Explicar las relaciones entre la experiencia de participación en un programa de Danza Movimiento Terapia y los aspectos del desempeño ocupacional direccionados al componente volitivo y la capacidad de desempeño en personas diagnosticadas con esquizofrenia en condición de inimputabilidad.
- Describir la percepción de los profesionales de la salud que intervienen con las personas con esquizofrenia en condición de inimputabilidad, sobre el comportamiento ocupacional culminada su participación en el programa de Danza movimiento Terapia.

1. MARCO CONTEXTUAL

1.1. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE

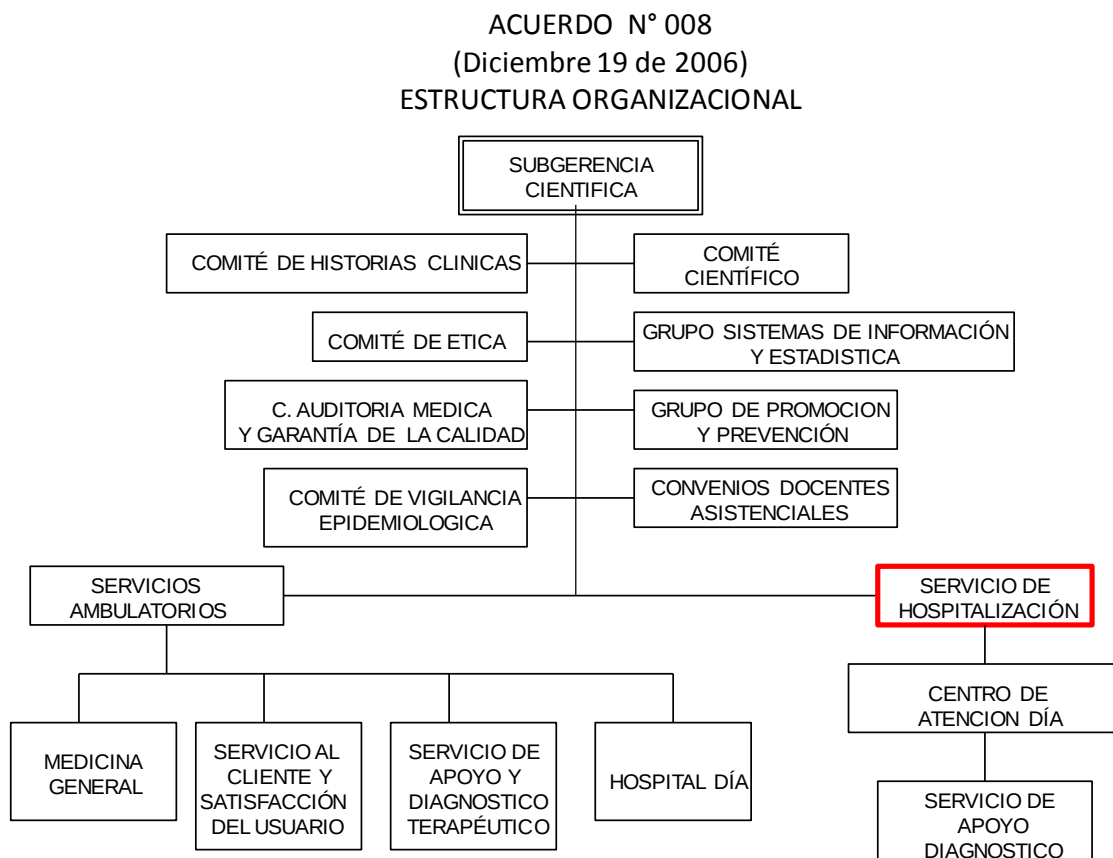
Institución especializada en la intervención de los aspectos relacionados con la salud mental, catalogada en tercer nivel de atención, de carácter público y el centro de mayor complejidad psiquiátrica del suroccidente del país. La institución tiene como misión brindar a la comunidad servicios de salud mental integral, con respeto, calidad y seguridad, a medida que contribuye en la formación académica e investigativa en disciplinas afines a la salud mental¹⁸.

El hospital es líder en intervenciones acordes con las investigaciones científicas del momento, con protocolos ceñidos al rigor académico. Al mismo tiempo es centro de educación universitaria de los pregrados de medicina, enfermería, psicología y otras disciplinas afines de cinco universidades y los posgrados de psiquiatría, psicología clínica con énfasis en investigación y salud mental para enfermería, de la Universidad del Valle.

Se ha creado la unidad de atención del usuario, para garantizar el cumplimiento de las necesidades del paciente, un sistema de información, que ha permitido documentar la pertinencia de programas especiales más aun una contribución a la inversión social para la población vallecaucana y del sur occidente de Colombia. Igualmente se viene haciendo énfasis en la garantía de la seguridad del paciente, siendo este aspecto de primer orden en el trabajo diario. Para llevar a buen término todo lo anterior, hay una gestión administrativa dirigida a mantener la institución en un adecuado cumplimiento de los indicadores financieros.

¹⁸ Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle. "historia". [En línea]. [3 de agosto 2012]. Disponible en la web: www.hospitalpsiquiatricocali.com/hdpuv1/

Figura 1: Organigrama¹⁹



1.1.1. SALA 9

Corresponde al servicio de hospitalización prolongada del hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, brinda atención a personas que han cometido un delito y no es posible judicializarla de forma regular por su condición de salud mental (inimputable). De ésta forma, se cumple con la responsabilidad civil recibiendo un tratamiento acorde a la situación. El propósito de esta sala es ofrecer una atención integral al paciente con enfermedad mental con un equipo

¹⁹ Estructura Organizacional: Acuerdo 008 del 19 de Diciembre de 2006. Gestión Documental. Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.

multidisciplinario, minimizando los riesgos asociados a la atención para lograr una mejoría clínica, garantizar un diagnóstico y conducta definida²⁰.

Esta sala fue creada hace 11 años aproximadamente y tiene la capacidad de recibir hasta 35 usuarios. Está compuesta por 8 habitaciones, de las cuales 1 es la habitación de aislamiento o para usuarios nuevos, estación de enfermería, zona verde para descanso y patio de ropas para realizar las actividades de la vida diaria. Según hechos históricos, hay mujeres consideradas como inimputables, pero que debido a la reglamentación del hospital psiquiátrico se encuentran en otras salas destinadas para mujeres. Toda la población, sean hombres o mujeres, son personas que cometieron un delito y a esto se añade, la presencia de conductas atípicas tales como síndrome cerebral orgánico, esquizofrenia y retardo mental. Por ende son considerados inimputables.

La sala 9, no solo cuenta con horarios establecidos para la realización de actividades básicas de la vida diaria como alimentación y baño, sino también, actividades de orden terapéutico y lúdico. Se suma a ello, la amplia cobertura para recibir usuarios de los municipios del Valle del Cauca y otros departamentos del país.

El proceso de ingreso a la sala 9 del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle se realiza siguiendo el protocolo de manejo constituido por tres fases que se describe a continuación. En primer lugar, el Ministerio de Protección Social se dirige al hospital psiquiátrico anticipando la llegada de la persona. Este documento es revisado por el representante terapéutico de la sala quien trabaja en el servicio. Él verifica la disponibilidad de cupos para que pueda ingresar al servicio rigiéndose por la norma institucional que estipula un cupo no mayor a 35 personas.

El siguiente paso hace referencia a dar a conocer el tiempo de condena junto con el personal del Instituto Nacional Penitenciario Y Carcelario (INPEC), y posteriormente se realiza el ingreso. Se valora por el médico psiquiatra, se identifica su diagnóstico, se abre Historia clínica si no la tiene, de lo contrario se

²⁰<http://www.hospitalpsiquiatricocali.com/hdpuv1/index.php/service/hospitalizacion>

hace revisión de la ya existente. El tercer y último paso, la institución determina si la persona tiene un comportamiento inestable. Siendo el caso se procede a plan de sedación, de lo contrario se ingresa al servicio de forma administrativa y médica. Momento desde el cual empieza su tratamiento con los diferentes profesionales de la salud.

El servicio de sala 9 cuenta con un amplio personal profesional compuesto por Psiquiatría, Psicología, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, Medicina General, Nutrición, Enfermería, Auxiliares de Enfermería y practicantes del área de salud (Fonoaudiología, Psicología, Psiquiatría, Terapia Ocupacional, Medicina General, Enfermería y Auxiliares de Terapia Ocupacional) de diferentes universidades, que apoyan los procesos de rehabilitación e inclusión llevados a cabo en la institución.

1.1.1.1. POBLACIÓN DE LA SALA 9

La población que hace parte de la sala 9 corresponde en un 97% al género masculino y el 3% al género femenino, que oscilan entre los 18 y 75 años de edad, provenientes de diferentes lugares del país, especialmente del suroccidente colombiano, lo cual se debe, a que es el único hospital psiquiátrico público de tercer nivel de complejidad que cuenta con un programa de atención para dicha población. Así el 90% de la población de la sala 9 es oriunda de departamentos como Nariño, Chocó, Cauca, Huila y Atlántico y el 10% son vallecaucanos.

En cuanto a los diagnósticos se encuentran el 62,5% con esquizofrenia, de este porcentaje el 34,5% no posee ningún diagnóstico concomitante. Mientras que el resto si lo tiene. El 12% síndrome cerebral orgánico, el 6,2% trastorno esquizo afectivo, el 3,1% trastorno afectivo bipolar, el 3,1% trastorno de la personalidad y control de los impulsos, y el 12% retraso mental²¹.

²¹BASE DE DATOS USUARIOS ENERO-DICIEMBRE DE 2013, SALA 9. Terapia Ocupacional. Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle. 2013.

Las actividades ocupacionales desempeñadas por esta población antes de la hospitalización prolongada, fueron trabajos informales como: agricultor, comercio de celulares, construcción y pintura. Cabe señalar que parte de la población se desempeñaba en actividades de tipo formal como docente y estudiantes.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. INSTITUCIONALIZACIÓN

Goffman²² define la institucionalización como una institución total que hace referencia a un lugar, en el cual un grupo de personas en igualdad de situaciones se encuentran aisladas de la sociedad por un periodo prolongado de tiempo, y en el cual, comparten además del encierro, una rutina diaria impuesta por la institución.

Las instituciones pueden clasificarse en cinco grupos. En primer lugar, se tienen las instituciones destinadas al cuidado de personas inofensivas para la sociedad y con restricciones en la participación, como lo son los hogares para personas con discapacidad, adultos mayores y niños huérfanos. En segundo lugar, se encuentran las personas con limitación para cuidar de sí mismas y además representan una amenaza involuntaria para la sociedad, dentro de los cuales se encuentran los hospitales psiquiátricos y para personas con enfermedades infectocontagiosas. En tercer lugar, están las instituciones destinadas a proteger a la sociedad de las personas que representan intencionalmente un riesgo para la población, el ejemplo más significativo de ello son las cárceles. En cuarto lugar, están las instituciones encaminadas a mejorar el rendimiento y cumplimiento laboral de la persona, por ejemplo los cuarteles, barcos y escuelas de internos. Por último, se tienen los establecimientos concebidos como refugios del mundo usados para la formación de religiosos en el caso de los monasterios y conventos.

La institucionalización o institución total crea un mundo interno paralelo al externo en el cual todos los aspectos de la vida diaria, se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad, contando con la compañía de otros que realizan las mismas actividades, que como consecuencia reciben un trato semejante. Es así, que todas las actividades cotidianas están previamente programadas y encaminadas a cumplir los objetivos institucionales.

²² GOFFMAN ERVING, Internados, ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales, Amorrortu editores, Buenos Aires – Argentina, 2001. Pág. 17 – 20.

Un ejemplo que combina dos tipos de institucionalización, son los hospitales psiquiátricos penitenciarios -ubicados en Alicante y Sevilla-España-, los cuales son recursos alternativos para personas diagnosticadas con enfermedad mental y sentencias de internamiento, sin imposición de pena. Dichas instituciones tienen como función la custodia y prestación de servicios asistenciales para el tratamiento y rehabilitación de la persona no imputable por enfermedad mental.

La institucionalización o institución total genera en la persona instituida una mayor desestructuración del “yo”, de la que ya ha generado la enfermedad mental, debido a la pérdida de libertad a través de la ruptura con el mundo externo que imposibilita el mantenimiento de la identidad, puesto que no hay un espacio mínimo vital debido a que las zonas y objetos dispuestos son compartidos. También, se genera decremento en la independencia para la ejecución de hábitos y rutinas porque todas las actividades son planeadas por el personal de la institución. Es más, se restringe la exploración del espacio en cualquier tiempo. Además son delimitados las decisiones y el comportamiento a asumir en su estancia, aunque este también es un criterio que tampoco es definido por los internos²³.

Por último, se evidencia transformación en los roles asumidos por la persona debido al cambio contextual y las relaciones establecidas que dicho cambio implica. Se eliminan así los roles pasados y los futuros, y el único rol asumido es un rol pasivo que marcará gran parte de su identidad.

La hospitalización prolongada implica una institucionalización extensa por la complejidad de las enfermedades mentales. La institución absorbe parte del tiempo e interés de sus miembros proporcionándoles un mundo propio, lo que supone un deterioro de los usos normativos de convivencia básica y de la capacidad de tomar decisiones, obstaculizando la interacción social con el exterior. Además produce separaciones entre los ámbitos fundamentales de la vida: dormir, trabajar y recrearse, separando radicalmente el mundo de los pacientes del mundo del personal tratante. Así debilita progresivamente los lazos

²³RODRÍGUEZ, RICARD. El burque mercante y su análisis sociológico.1998. pág. 15-30. Editorial UPC.

del paciente con su familia o red social natural y supone una privación que deteriora el proceso de comunicación²⁴.

2.1.1. INIMPUTABILIDAD

La inimputabilidad es una condición penal especial donde se judicializa una conducta punible bajo parámetros judiciales exclusivos a los generales, para decretar una sentencia a la persona que por diversas variables no logra reconocer la gravedad del delito. Estos casos se regulan dependiendo del marco jurídico que cada estado haya construido alrededor de éste. Sin embargo, es importante aclarar que esta terminología varía entre estados. Por su parte, Colombia a través del Código Penal Colombiano designa inimputable a:

Quien en el momento de ejecutar la conducta típica y antijurídica no tuviere la capacidad de comprender su ilicitud o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, por inmadurez psicológica, trastorno mental, diversidad sociocultural o estados similares²⁵.

No obstante, el Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental (2006) amplía esta mirada al especificar los componentes cognitivos que debe afectar este trastorno mental, tales como: el razonamiento, la comprensión o el autocontrol al momento de comisión del hecho delictivo. Ante esto, la Asociación Colombiana de Psiquiatría (2006) refiere que “esa inmadurez psicológica o trastorno mental debe coexistir temporalmente con el delito (concomitante)”²⁶, para así, poder fijar la medida de seguridad correspondiente. Otro aspecto importante a considerar es el aspecto volitivo, puesto que la incapacidad de regular su conducta se encuentra subyugada a los instintos²⁷.

²⁴PASTAS YINA, SATIZABAL MARIAN, VÁSQUEZ MARÍA FERNANDA. Proyecto de Profundización: “Programa De Técnicas Corporales Expresivas Dirigido A Personas En Hospitalización Prolongada Que Faciliten La Intervención Del Subsistema Habitacional En Una Institución Psiquiátrica”. Santiago de Cali. 2013.

²⁵ Código penal colombiano. Ley 599 del 2000. Título III. Capítulo único, página 93.

²⁶ Filicidio: una revisión. Artículo de la Revista Colombiana de Psiquiatría. Volumen 35. Enero-marzo 2006. Bogotá.

²⁷TIRADO, María. Trastorno Mental Transitorio como Causal de Inimputabilidad Penal. Disponible en: www.enj.org.

La OMS reclama igual trato tanto para personas declaradas en inimputabilidad penal, como cualquier otra persona con trastornos mentales que no ha sido acusada de un delito, porque ambas tienen derecho a la revisión regular y periódica de su detención, y el derecho a recibir tratamiento y atención adecuada en un ambiente terapéutico. Por lo tanto, esta condición penal, en Colombia conlleva a una medida de seguridad tal como lo establece el Código Penal Colombiano: “Al inimputable por trastorno mental permanente, se le impondrá medida de internación en establecimiento psiquiátrico, clínica o institución adecuada de carácter oficial o privado, en donde se le prestará la atención especializada que requiera”²⁸. Tal medida de seguridad, conlleva a un proceso de rehabilitación y es tomado como medida preventiva y protectora para con la sociedad, debido a que se controla un hecho que puede repetirse, porque no hay una conciencia de realidad de la persona (Socha 2003). Al mismo tiempo, se limita la libertad personal, puesto que la sentencia es privativa y ordena su cumplimiento en una institución de salud mental, sometiéndose a una hospitalización prolongada y con una rutina institucionalmente impuesta.

Cabe mencionar que la reglamentación jurídica indica al mismo tiempo que la condición de inimputabilidad desaparece cuando se cumplen los fines de la penalización. En este sentido Cuevas (2006) menciona: “pareciera que desde el comienzo del tratamiento estos pacientes judiciales inimputables deben portar y sostener estos significantes, aunque no sean introducidos por ellos, más bien son inoculados desde el discurso jurídico, pudiendo pensarse esto como la debilidad de las funciones yoicas en sujetos que necesitan que sea otro quien las supla por ellos”²⁹. Ahora bien, desde las concepciones analíticas, el fenómeno elemental³⁰ que surge de ello repercute en las concepciones del mismo sujeto (Nominé, B. 2001).

Históricamente la condición de inimputabilidad se ha transformado a imaginarios que van desde “pecadores” y “enfermos”, y con ello el encierro de la población en

²⁸ Ley 559 de 2000. Código Penal Colombiano, Libro I, Título IV, Capítulo IV. De las medidas de seguridad, artículo 70. Internación para Inimputable por Trastorno Mental Permanente.

²⁹ CUEVAS, M. G. (s/d) Algunas consideraciones sobre inimputabilidad y peligrosidad: El duelo y el acto. Retrieved from: <http://psicologiajuridica.org/psj154.html>.

³⁰ Nominé, B. Jornadas de Psicoanálisis. Neurosis y Psicosis en la clínica lacaniana. Córdoba. (2001).

manicomios y prisiones³¹. Sin embargo, la carga de inimputabilidad no sólo es acarreada por la persona que comete el acto punible, sino también por las víctimas. Los actos violentos o los crímenes cometidos por los pacientes “por lo general se dirigen hacia algún miembro del entorno familiar, lo cual podría ser una de las razones por las que estas conductas no aparecen en registros oficiales ni dan origen a que el paciente ingrese a un medio penitenciario”³².

Según la OMS (2006) y la OPS, esta situación ha dispuesto que los derechos de esta población se vulneren, y en concordancia con el Ministerio de Protección Social de Colombia, esta idea los agrupa en una población en condición de vulnerabilidad. Por esta vía se cuentan las personas declaradas jurídicamente inimputables por trastornos mentales e inmadurez psicológica, grupos étnicos, población con discapacidad, población desplazada por la violencia, niños y jóvenes en condiciones de riesgo y adultos mayores, es decir que se concibe bajo los términos del apartheid ocupacional.

El apartheid ocupacional es definido por Kronenberg (2005) como “el resultado de las limitaciones políticas que pueden extenderse afectando los aspectos de la vida cotidiana y a la ocupación humana por medio de restricciones jurídicas económicas, sociales y religiosas y que pueden encontrar como consecuencia la pobreza crónica y la desigualdad en muchos países del globo”³³. Como se mencionó, esta población está sometida a diferentes tipos de privaciones (ocupacionales, jurídicas y sociales), en términos de restricción para la ocupación. Las personas en condición de inimputabilidad, también se someten a una injusticia ocupacional. Desde esta perspectiva se incluye este concepto dentro del apartheid ocupacional. El aislamiento en “prisión”, con un rango limitado de actividades, sin relación con el mundo real, expuestos a efectos depresivos y fragilidad física, les impide participar en diferentes actividades, y por consiguiente

³¹ GARCIA, RAMÍREZ Sergio. Temas de Derecho. Instituto de Investigaciones Jurídicas. Serie Doctrina Jurídica número 128. Seminario de cultura Mexicana. Universidad Autónoma del Estado de México. Universidad Nacional del Estado de México. 2002.

³² FRESÁN, Ana. TEJERO, Josune. APIQUIAN, Rogelio. LOYZAGA, Cristina. GARCÍA, María. NICOLINI, Humberto. Aspectos Penales y Características Clínicas de la Criminalidad en la Esquizofrenia. Salud Mental. Vol. 25 numero 005. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Distrito Federal de México. 2002.

³³ FRANK KRONENBERG, SALVADOR. SIMO SALGADO, NOCK POLLARD. Terapia Ocupacional Sin Fronteras: Aprendiendo del Espíritu de Supervivientes. Primera edición. Traducido por editorial médica Panamericana 2005. ISBN 2005. 849835-008-5. Pág. 65.

se impide desempeñarse satisfactoriamente en actividades significativas, debido a que dependen de normas establecidas por la institución en la cual se encuentran.

2.1.1.1. ESQUIZOFRENIA E INIMPUTABILIDAD

La esquizofrenia ha sido definida desde el DSM-IV³⁴ y el CIE-10³⁵ como una enfermedad mental caracterizada por la presencia de sintomatología psicótica. La Guía Práctica para el Tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental” la define como “un trastorno psicótico grave. Sus manifestaciones básicas consisten en una mezcla de signos y síntomas característicos. Los síntomas afectan a múltiples procesos psicológicos, como la percepción (alucinaciones), ideación, comprobación de la realidad (delirios), procesos de pensamiento (asociaciones laxas), sentimientos (afecto plano, afecto inapropiado), atención, concentración, motivación y juicio”³⁶.

Es importante identificar las diferencias de cada uno de los tipos de esquizofrenia: “la esquizofrenia paranoide se caracteriza por el predominio de ideas delirantes y alucinaciones, sobre todo auditivas. En la esquizofrenia hebefrénica, las personas suelen tener comportamientos extraños, como reír sin motivo aparente y realizar muecas. La esquizofrenia residual en este caso debe haber habido, por lo menos, un episodio de esquizofrenia anteriormente, pero en el momento actual no hay síntomas psicóticos importantes. Por último en la esquizofrenia indiferenciada no predomina un síntoma concreto para el diagnóstico, es como la mezcla de las anteriores”³⁷.

Los síntomas psicóticos, pueden contextualizarse desde la problemática intrapsíquica ulterior, causando pérdida de contacto con la realidad y los límites de sí mismo. El conflicto esquizofrénico, implica una regresión a etapas pre verbales

³⁴ American Psychiatric Association. Abreviatura de Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV, 1995. MASSON, Barcelona.

³⁵ Abreviatura de la Clasificación Internacional de Enfermedades, decima revisión, CIE-10.

³⁶ La Guía Práctica para el Tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental, Junio de 2009. España.

³⁷ MORENO CIDONCHA, Esther. Esquizofrenia [Online] en Psicología on line: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/esther/esquizofrenia1/>

del desarrollo en las que los límites entre el Yo y los otros no se encuentran definidos claramente, y este hecho entorpece la comunicación verbal y no verbal³⁸. Dicho diagnóstico en ocasiones trae consigo una condición penal, debida que la sintomatología positiva impide a la persona responsabilizarse del delito o acto punible cometido.

La Clasificación Internacional de Funcionamiento y Discapacidad (CIF)³⁹ permite ver a la persona con esquizofrenia en condición de inimputabilidad, desde la participación en diversas actividades y en un ambiente determinado. Estos criterios requieren un proceso de experiencia, interpretación y anticipación, que son necesarios para la elección de actividad y/o ocupación. De esta manera, la CIF tiene en cuenta el funcionamiento y la discapacidad asociado con las condiciones de salud, en las categorías de actividad y participación, relacionándose con las restricciones en la participación y la injusticia ocupacional, que además, actúa de acuerdo con los valores económicos y sociales en los cuales está presente la separación, la prohibición, el impedimento del desarrollo, la marginación o la devaluación de cualquier forma de participación.

La pérdida de contacto con la realidad desfavorece la organización, planificación de ideas y actos acordes al contexto físico, social, político y cultural en relación a lo que se espera de la persona en ese momento. Es por ello, que las técnicas psicoterapéuticas usan estrategias de comunicación, como lo es el movimiento y la gestualidad que permiten expresar sentimientos, pensamientos y emociones a través de la corporalidad. Sin embargo, la carga de la patología no es solamente un reflejo de la prevalencia de estados psicopatológicos caracterizados por síntomas positivos y negativos, sino que es el resultado de un conjunto de estados y problemas en los cuales el contexto desempeña un papel preponderante.

Todo ello dificulta la contribución a la salud y el empoderamiento de la misma en favor de la calidad de vida de las personas. Por consiguiente, el abordaje y tratamiento de la enfermedad se asocia con un modelo bio-psico-social,

³⁸SALAS, CALDERÓNSASKIA. Psicoterapia del movimiento: herramienta terapéutica con pacientes esquizofrénicos, Instituto de Investigaciones Psicológicas. Universidad de Costa Rica. Actualidades en Psicología, Vol. 21, Núm. 108, 2007, pp. 97-115.

³⁹ Abreviatura Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud CIF. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. ISBN 92 4 154544 5. 2001. editorial IMSERSO.

concibiendo a la patología como una alteración del funcionamiento que afecta de manera considerable la realización de actividades, ocupaciones, relaciones de pareja en su componente sexual y familiar, es decir en el funcionamiento psicosocial total. Además, amplía el concepto para describir las experiencias positivas y enfocarse al objetivo de la salud. Es así como se prevé que la salud no solo es la consecuencia de enfermedad, sino que trata de ir más allá del enfoque médico-sanitario.

Asimismo, apoyado en los tratamientos del ámbito comunitario e integración social -procedentes de los cambios sociales y del tratamiento farmacológico- la rehabilitación socio-laboral, las psicoterapias y el apoyo familiar, puede afrontar los efectos de la enfermedad en la vida social, familiar y profesional. A través de programas de rehabilitación, terapias conductuales, de comportamiento social y psicoeducación, la persona con esquizofrenia puede llevar una vida normalizada social y familiar con un pronóstico positivo.

Como se planteó anteriormente esta población es objeto de apartheid ocupacional, a tal punto que son consideradas personas con un valor segregado, debido a las influencias políticas del entorno social y económico. Estos contextos influyen sobre la vida cotidiana y la ocupación, evidenciándose restricción para la participación en actividades económicas, sociales y religiosas, lo cual pone en riesgo la salud bio-psico-social de la persona y el desempeño ocupacional de la misma. Por tanto, este sistema tiene implicaciones en el desempeño ocupacional de la persona. Trujillo (2002) define este último concepto como el “actuar ocupacional de la persona en ambientes específicos”. Es un proceso durante el cual la persona se motiva, inicia y completa distintas ocupaciones. El desempeño ocupacional está compuesto por cualidades físicas, mentales, sociales y espirituales que experimenta la persona cuando se involucra en actividades de la vida diaria⁴⁰.

De esta manera, la persona diagnosticada con esquizofrenia en condición de inimputabilidad no sólo posee limitaciones en el desempeño ocupacional, elección, participación y realización para asumir hábitos, roles y ocupaciones, sino que también, dificultades en la comunicación e interrelación con otros, partiendo desde el mismo conocimiento que estos tienen sobre la enfermedad mental, su

⁴⁰TRUJILLO, ALICIA. Terapia Ocupacional: Conocimiento y Práctica en Colombia. Pág. 38. 2002.

sintomatología y la condición judicial, especial y parcial que conlleva el poseer una enfermedad mental y cometer un acto punible. Es por ello que son estigmatizados por parte de la sociedad.

La estigmatización parte desde la sociedad que se encarga de rotular a la persona como diferente, con un valor inferior generando sufrimiento, desventaja social, aislamiento social, desmoralización, desesperanza, baja adhesión al tratamiento terapéutico y farmacológico. Con ello, los estados y entidades gubernamentales, han generado diferentes estrategias para prevenir el estigma social, es así, que la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) lanzó en 1999, el programa “Open the Doors”. Este se creó con el objetivo de desarrollar estrategias para la reducción del estigma y la discriminación, que permita a las personas el acceso al tratamiento de calidad, la inclusión social, la recuperación de la ciudadanía y el derecho a una vida digna⁴¹.

Debido a las implicaciones en el desempeño ocupacional que posee la persona con esquizofrenia y en condición de inimputabilidad, se han buscado diferentes estrategias de intervención, en las cuales la persona pueda usar el movimiento y la gestualidad para expresar sentimientos, pensamientos y emociones a través de la corporalidad, y que de alguna manera logre elegir y realizar actividades significativas que generen un goce personal, para mejorar la calidad de vida y la participación en los diferentes entornos que se moviliza.

Es por ello, que el proceso de rehabilitación e inclusión social debe fundamentarse en los sentimientos y pensamientos generados en la persona al momento de actuar, los cuales deben verse influenciados por el sentimiento de competencia de la persona, el agrado y el nivel de satisfacción ante la realización de una actividad.

⁴¹ CRUZ VILLARES, CECILIA. ¿Es Posible Disminuir el Estigma Asociado a la Esquizofrenia? UNIFESP São Paulo – Brasil. Vía web. 1999.

2.2. DESEMPEÑO OCUPACIONAL

El desempeño ocupacional es el objeto de estudio de Terapia ocupacional la cual tiene como propósito conservar, promover, restaurar o compensar la calidad del desempeño ocupacional autónomo, productivo y gratificante de personas o grupos a lo largo de la vida⁴².

Según Kielhofner el desempeño ocupacional hace referencia al “hacer” formas ocupacionales, las cuales están permeados por hábitos, roles y rutinas que cambian acorde a la etapa del ciclo vital. Es decir se refiere a la capacidad para ejecutar aquellas tareas que hacen posible desarrollar roles ocupacionales de una manera que sea satisfactoria y apropiada en relación a la edad del individuo, la cultura y el entorno⁴³.

El desempeño ocupacional es el resultado tríadico compuesto por el medio ambiente, ocupación y persona. En primer lugar el contexto es un determinante para el desempeño ocupacional que facilita o restringe la participación de la persona en formas ocupacionales influenciado por patrones temporales y socioculturales en los que suceden las ocupaciones. En segundo lugar la persona es un ser singular y flexible, que se adapta a los roles ocupacionales, que posee características únicas (físicas, emocionales, cognitivas), y es por medio de estas que se permite tener nuevos aprendizajes y experiencias en diferentes áreas, roles y ocupaciones. Mientras que la ocupación es parte de la actividad humana y es por esta que las personas modifican su contexto a la vez que son moldeados por él⁴⁴.

No es posible entender el comportamiento ocupacional de una persona sino se valora su ambiente, porque el desempeño ocupacional además de ser un proceso de naturaleza dinámica, cambiante y único que la persona experimenta, es

⁴² TRUJILLO, ALICIA. Terapia Ocupacional: Conocimiento y Práctica en Colombia. Universidad Nacional de Colombia. , Primera Edición 2002.

⁴³ BEGOÑA, Polonio, DURANTE, Pilar, NOYA, Blanca. Fundamentos Conceptuales de Terapia Ocupacional. Editorial Panamericana. Argentina. 2003.

⁴⁴ Ibid. 43

producto de la transformación del ambiente como de la adaptación a este, es decir que el contexto puede estimular o inhibir patrones de comportamiento⁴⁵.

Por ejemplo, el caso de una madre portadora de una enfermedad mental, que puede rechazar la búsqueda de apoyo por temor a perder la custodia de su hijo debido a los estigmas sociales que se tiene de dicha condición mental. En esta situación el contexto social y las características personales significan un obstáculo para el desempeño de la madre; el primero representa los imaginarios sociales que se tiene sobre las capacidades y limitaciones de estas personas con enfermedad mental, mientras que el segundo hace referencia a las implicaciones psicológicas, cognitivas, afectivas que la enfermedad conlleva.

Trujillo (2002) incluye a la definición de Kielhofner, sobre el desempeño ocupacional, como un proceso durante el cual la persona se motiva para iniciar, desarrollar y finalizar formas ocupacionales. Además considera este proceso como una trayectoria individual en el que intervienen capacidades personales, exigencias ocupacionales y demandas del medio ambiente atribuyó mayor credibilidad al componente espiritual, definido como “la sensibilidad de las personas por las fuentes esenciales de motivación y búsqueda de propósito en la vida”⁴⁶.

Trujillo concuerda con Kielhofner (1975) al seleccionar la motivación como pilar para la ejecución de las actividades ocupacionales. En este desempeño intervienen capacidades personales, exigencias de las ocupaciones y demandas del medio ambiente. Por tanto el desempeño ocupacional es el resultado de una relación dinámica y cambiante que se da por medio de la persona, la ocupación y los ambientes en los que vive, donde puede ejecutar de manera funcional y satisfactoria actividades con propósito.

⁴⁵ Ibíd. 23

⁴⁶ Ibíd. pág. 38

2.2.1. MODELO DE LA OCUPACIÓN HUMANA

El modelo de la Ocupación Humana fue desarrollado por Kielhofner, quién considera al ser humano, como un ser abierto, dinámico y en constante desarrollo. Es necesario partir desde la concepción de ocupación humana, como referencia al “hacer” de las actividades de la vida diaria, trabajo y juego, inmersas en un contexto temporal y físico. Dichas actividades son necesarias para el auto mantenimiento, proporcionando comodidad a sí mismos y a otros, ya sean remuneradas o no. Además, permiten la ejecución de actividades por gusto, orientados a la diversión y el disfrute de la persona.

En 1980 se publica el texto Modelo de la Ocupación Humana (MOHO), que contempla el comportamiento ocupacional en la ocupación como medio y método, comprendida como el hacer que ocurre en contextos temporales, espaciales, sociales y culturales, e influidos por las características físicas, espirituales y sociales que comparten la naturaleza ocupacional o rutinas en el diario vivir. Adicional a ello, el modelo postula tres componentes, los cuales se encuentran interrelacionados y ordenados en forma jerárquica: volición, habituación y Capacidad de desempeño. La volición, describe la motivación del ser humano que le permite decidir, elegir y realizar actividades, el cual es denominado como ciclo volicional donde la persona de acuerdo a experiencias pasadas vivencia ocupaciones, interpreta experiencias y hace elecciones puestas desde la anticipación de sucesos previos. El segundo aspecto, hace referencia a patrones realizados diariamente y que son coherentes con el rol social asumido por cada persona. Los hábitos, hacen parte de la vida diaria y permiten la ejecución de las actividades de forma automática. Este concepto va ligado al concepto de los roles, y la función social de una persona y las expectativas que genera. El último subsistema, demanda la participación y comunicación de la persona, para lo cual requiere de habilidades que favorezcan el desempeño ocupacional.

2.2.1.1. SUBSISTEMA VOLITIVO

Kielhofner da a la volición el valor más importante en el comportamiento humano, porque a partir de ésta, da inicio a la ocupación, la cual se comprende en acciones involucradas en actividades con propósito, significado y sentido para la persona. La volición es un proceso abierto y continuo que perdura en el tiempo, siendo cambiante de acuerdo al ciclo vital. Pero al mismo tiempo, es dinámico en el ambiente con el que interactúa la persona, es decir, se modifica por los entornos, contextos y ambientes.

La volición se construye a través de un ciclo volitivo el cual es dinámico y continuo y que Kielhofner lo ha conceptualizado en cuatro fases: anticipación, elección, experiencia, e interpretación.

El ciclo volitivo inicia con la anticipación, donde se visualiza la persona en un futuro inmediato o distante permitiendo reaccionar frente a las expectativas, influenciadas por los sentimientos y pensamientos de autoeficacia y causalidad personal. Esto da paso a la elección que permite iniciar, desarrollar y finalizar formas ocupacionales validadas por los sentimientos de eficacia e interés posibilitando hacer elecciones ocupacionales y de actividad que influyen en el curso de la vida. Seguidamente, la experiencia es el modo en que se vivencia el hacer en su forma singular sea positiva o negativa. Finalmente la persona logra interpretar su realidad, reflexionando en ella y construyendo un significado que se origina desde lo íntimo del desempeño y en respuesta al desempeño.

Sin embargo, en personas con esquizofrenia y como lo menciona Sabaté (2011)⁴⁷ hay una declinación de la volición de acuerdo a las elecciones que hacen estas personas, las cuales tienden a evitar participar en ocupaciones. De esta manera, las elecciones de actividad se dan a corto plazo y con limitadas deliberaciones que reflejan la volición y el alcance que tienen estas personas

⁴⁷ SABATÉ, BEATRIZ, Intervención En Las Áreas De Ocupación En Personas Con Esquizofrenia Desde El Modelo De Ocupación Humana, Universidad de Zaragoza Escuela de Ciencias de la Salud, 2011.

El patrón de pensamientos y sentimientos volitivos incluyen: la causalidad personal, los valores e intereses, que para esta investigación se estimarán como categorías. La primera incluye el sentido de capacidad y auto eficiencia, el segundo abarca los valores, y la tercera los intereses.

La primera categoría, causalidad personal es definida por Kielhofner (2004) como el sentido de competencia y eficacia. Desde el nacimiento las personas son conscientes de su poder para crear efectos sobre el contexto y el ambiente en el que se encuentran.

La causalidad personal tiene dos dimensiones, la primera es el sentido de capacidad personal, siendo la creencia de las habilidades y capacidades físicas, sociales e intelectuales que se tienen para lograr, no sólo una acción determinada, sino la vida que las personas desean vivir. Esta creencia en las habilidades, es la convicción personal, creando al mismo tiempo expectativas de éxito o de fracaso, realizar una anticipación de futuros esfuerzos y si los logros serán o no exitosos. No obstante, la capacidad personal es influida por la cultura, y a medida que transcurre el tiempo, cada persona adquiere nuevas experiencias creando percepciones en las habilidades y capacidades que se han logrado. Bajo estos parámetros, las personas con esquizofrenia y en condición de inimputabilidad, además de concebirse por la sociedad y cultura como personas incapaces de tomar decisiones y cuidarse de sí mismos, crean imaginarios de sí mismos, y pierden el interés por experimentar situaciones, habilidades y de explorar su contexto.

La segunda dimensión es la autoeficacia, que se refiere a la convicción y la percepción que tienen las personas sobre las capacidades personales para lograr los resultados que se desean en la vida, además, de saber que se posee la capacidad de realizar una tarea. Para esto “es importante controlar y utilizar esa capacidad hacia los resultados deseados, e incluye la percepción del autocontrol y ser capaz de lograr lo que se desea”⁴⁸. La mayoría de las personas con esquizofrenia en condición de inimputabilidad, al encontrarse en un ciclo vital productivo, evidencian restricción en la participación para actividades como: acceso a un empleo, formación profesional, estructuración de una familia, etc.

⁴⁸ KIELFHOFNER, GARY. Terapia Ocupacional. Modelo de la Ocupación Humana Teoría y Aplicación 3ª Edición. Panamericana. Pág. 54.

Esto genera imaginarios sociales que distorsionan las capacidades y habilidades de esta población.

El autocontrol es parte de la autoeficacia, siendo la capacidad de dar forma o contener las emociones y sentimientos, ejerciendo control sobre las propias acciones. En este sentido, las personas con esquizofrenia en condición de inimputabilidad debido a la sintomatología, carga farmacológica y por las condiciones judiciales, generan dificultades en la persona para tomar decisiones de acuerdo al entorno.

Para hablar de los valores como segunda categoría es necesario considerar que las personas viven y actúan en un medio social y cultural, que transmiten imágenes de lo que es bueno, correcto e importante. “Los valores implican un compromiso para actuar de manera socialmente aceptada que permiten experimentar un sentido de pertenencia a un grupo. Los valores determinan el sentido e importancia de las ocupaciones que se realizan y determinan el grado de satisfacción que se deriva de desempeñarlas”⁴⁹. Los mensajes que se reciben por los diferentes medios hacen que las personas actúen para tener objetivos y aspiraciones.

Los valores pertenecen a una opinión coherente de la cultura. Kielhofner retoma en el libro del Modelo de la Ocupación Humana a Bruner (1990)⁵⁰ señalando que “los valores son inherentes al compromiso con “formas de vida” y las formas de vida en su interacción compleja constituyen una cultura.” Bruner menciona que los valores son el producto de reflexión, elección según la situación. Todo esto es consecuencia de las relaciones que tienen las personas con una comunidad cultural. Por tanto, los valores influyen en el momento de hacer ciertas cosas, en la importancia que se le dan a ciertas actividades que se realizan, a los objetivos y al compromiso para ejecutarlas de una manera moral, eficiente, excelente u otras formas socialmente aceptables.

⁴⁹NAVARRÓN CUEVAS, Emilia L.VALDIVIESO, ORTEGA Azucena. Rehabilitación Psicosocial: Una Perspectiva desde el Modelo de Ocupación Humana. Internet (www.terapia-ocupacional.com/articulos/Rehab_PsicoS_Emi_Navarron.shtml).

⁵⁰BRUNER, J. (1990). Acts of meaning. Cambridge, MA; Harvard University Press.

La última categoría hace referencia a los intereses como disposiciones para encontrar ocupaciones placenteras, que representan el gozo y se ponen en manifiesto, aquellos aspectos en los que las elecciones se producen de manera más libre. Además, provienen del disfrute, siendo sentimientos de placer o satisfacción, de hacer desde las cosas más pequeñas y simples de la vida cotidiana, a las acciones o pasiones complejas que se persiguen. Las personas que padecen de esquizofrenia en condición de inimputabilidad no poseen la libertad de elegir las actividades que realizan cotidianamente, ya que éstas, son de carácter obligatorio por ser parte del proceso de rehabilitación, disminuyendo el interés en la participación de dichas actividades. Con esta condición de aislamiento, se restringe aún más la elección de ocupación puesto que se someten a roles pasivos impuestos institucionalmente.

2.2.1.2. CAPACIDAD DE DESEMPEÑO

El tercer subsistema de la Ocupación Humana es la capacidad de desempeño, la cual retoma la forma de poder hacer las cosas provistas por los componentes objetivos físicos y mentales de la persona, que se complementa con el cuerpo vivido o la experiencia subjetiva de ser y conocer el mundo a través de un cuerpo en particular. De esta manera, se genera el vínculo de correspondencia para la ejecución de actividades, dada por el estado de los componentes subyacentes mentales, físicos y su experiencia subjetiva. Sí estos componentes se ven afectados, generan una distorsión en el límite corporal, la cual impide experimentar la sensación del hacer a través del cuerpo.

De acuerdo a lo descrito sobre el modelo de la Ocupación Humana, se puede pensar entonces, que la esquizofrenia compromete las estructuras y funciones de la persona en su totalidad, planteadas desde los tres subsistemas, siendo evidentes trastornos en el desempeño ocupacional a través de la expresión de los síntomas y la evolución de la enfermedad. Por consecuencia, hay alteración en los sentimientos, significados, roles y propósitos en el desempeño ocupacional, patrones de comportamiento organizados, y esperados dentro de un sistema social.

El cuerpo vivido hace parte del componente subjetivo de la capacidad de desempeño. Ésta es concebida como la capacidad de hacer cosas provistas por el estado de los componentes físicos y mentales, que conllevan experiencias objetivas y subjetivas.

Mientras que el componente objetivo está conformado por los sistemas musculo esquelético, neurológico, cardiopulmonar y otros, el componente subjetivo o cuerpo vivido, hace referencia a la forma de vivir a través del cuerpo, el cual es un aspecto fundamental para el conocimiento de la percepción, cognición y acción humana.

Ponty (1962)⁵¹ reconoce al ser humano como una unidad con dos facetas, el cuerpo-vivo u organismo y el cuerpo-vivido o subjetividad del cuerpo. El primero, hace referencia a la forma objetiva como un organismo puede ser observado, descrito y médicamente intervenido; y el cuerpo-vivido, es el centro de actividad del sujeto, desde y con el cual existe en el mundo y se proyecta hacia sus posibilidades y limitaciones.

Leder (1990)⁵², recoge la concepción de Ponty y lo redefine “cuerpo vivido”, como la experiencia del ser y conocer a través del cuerpo. La experiencia del cuerpo vivido, crea una memoria sensorial, perceptual y del contexto real que permiten a la persona interactuar con el entorno generándole mayor satisfacción.

Las personas con esquizofrenia en condición de inimputabilidad al encontrarse recluidas en una institución psiquiátrica, están impedidas para establecer relaciones con entornos acordes a los intereses y necesidades. Así mismo se dificulta la experiencia del cuerpo y con este se restringe la participación y promoción del aprendizaje aplicable a la elección de actividades y ocupaciones.

⁵¹MERLEAU- PONTY. (1962). Phenomenology of perception. (C. Smith, Trans). London: Routledge&Kegan Paul. orig work published 1945.

⁵²LEDER, D. (1990). Medicine's paradigm of embodiment. Journal of Medical Philosophy, 9, 9-43.

2.3. DANZA MOVIMIENTO TERAPIA

Actualmente existen distintas corrientes terapéuticas que utilizan recursos del arte, y del movimiento, para lograr el acercamiento y la posterior resolución de los conflictos de la persona, convirtiéndose en una alternativa viable en el proceso psicoterapéutico. Entre ellas se encuentra la Danza Movimiento Terapia (DMT)⁵³, que surge espontáneamente como una práctica realizada por docentes de danza contemporánea, con orientación expresionista en ámbitos relacionados con la salud mental y centrada en el cuerpo.

La DMT tiene sus raíces en el trabajo de Wilhelm Reich, quien fue el primero en reconocer que no sólo era importante lo que decía el paciente, sino cómo lo decía (Hendricks, 1986). En el campo práctico, a partir de 1930 el personal de las instituciones psiquiátricas comenzó a reconocer que las clases de danza moderna impartidas a sus pacientes enfermos mentales graves y crónicos altamente no-verbales, tenían efectos terapéuticos. Alrededor de una década después, en los años 40, aparece de manera formal la DMT, principalmente con el trabajo pionero de Marian Chace en el Hospital Federal St. Elizabeth en Washington D.C. Chace, bailarina moderna, comenzó a trabajar con pacientes con esquizofrenia y junto a J.L. Moreno, indagaron en la conexión mente-cuerpo, apoyándose en las aportaciones de H.S. Sullivan.

La DMT es definida por la Asociación Estadounidense de Danza Terapia (ADTA por sus siglas en inglés, 1998)⁵⁴ como “el uso terapéutico del movimiento como un proceso que impulsa la integración emocional, cognitiva, social y física del individuo”. Se fundamenta en el uso de la danza y el movimiento como herramienta terapéutica basada en el vínculo indisoluble del cuerpo y la mente. Una premisa básica, es considerar que el movimiento corporal refleja estados emocionales internos y que en la gama de posibilidades del movimiento conlleva a cambios en las actitudes psíquicas, promoviendo la salud y desarrollo (Schmais, 1985). La terapia a través de la danza y el movimiento utiliza una de las formas básicas de comunicación, ofreciendo al individuo un medio para relacionarse

⁵³ A partir de este momento se usaran la sigla DMT para abreviar la técnica Danza Movimiento Terapia.

⁵⁴ADTA, s.f., citado por Murow&Unikel, 1998

consigo mismo y con su entorno, porque pone en acción la capacidad de la persona y la expresión de sus emociones.

Chace (1950-1966) propone cuatro conceptos como base sobre la cual se construye la teoría de la DMT: la primera es la acción corporal, la cual es la forma y función en que las personas manejan el cuerpo. La segunda es el simbolismo, donde las personas manifiestan sus emociones en forma de símbolos de movimiento donde se atribuyen significantes a estos. La tercera es la relación terapéutica en el movimiento, que recuerda la importancia de establecer confianza, llevando a las personas a comunicar ideas y sentimientos reprimidos y a arriesgarse a nuevas experiencias y relaciones. Finalmente la cuarta, actividades rítmicas en grupo, representadas en el hablar, caminar y jugar; pero también, que permiten organizar la conducta individual y crear sentimientos de solidaridad entre las personas.

Así, se propone tres formulaciones teóricas u objetivos valiosos para la muestra de cualquier intervención en usuarios con enfermedad mental. Primero, el movimiento como indicador del nivel de desarrollo del paciente; segundo, el movimiento como reflejo del conflicto; y tercero, el movimiento como encarnación de todas aquellas vicisitudes y reacciones de la vida pasada y presente. Por ello facilita el movimiento, promoviendo la creación de asociaciones, imágenes, símbolos y recuerdos del paciente se asiste para la reestructuración de la personalidad⁵⁵.

Para establecer una conexión entre la estrategia de intervención y la población con esquizofrenia en condición de inimputabilidad, se parte del cuerpo como medio para actuar en el mundo, siendo a través de él donde toda la experiencia y las vivencias tienen una implicación corporal. No obstante, en el caso de una persona en condición de inimputabilidad, sus emociones y sentimientos se limitan, debido a las condiciones de restricción en su libertad para desenvolverse libremente en su contexto inmediato y esto a su vez, impacta sobre su cuerpo, en la experiencia corporal. Frie (2003) dice que el ser humano posee un cuerpo, pero es además un cuerpo que le permite expresarse. Por tanto, solo en el cuerpo se es

⁵⁵ Pallaro, Patrizia, Fischlein- Rupp, Angela. The usa body psychotherapy journal: dance/movement Therapy in psychiatric Rehabilitative day treatment Setting. Volumen 1, Núm. 2, 2002.

capaz de vivenciar y sentir a través de lo que se experimenta. La persona en condición de inimputabilidad atraviesa una enfermedad mental como la esquizofrenia, también experimenta la vivencia del mundo y su cuerpo de una forma personal y particular, donde la percepción de sí mismo seguramente es distorsionada.

Así, la DMT emerge esencialmente a partir de las sensaciones corporales particulares concretas, que implícitamente involucran intenciones, valoraciones y sentidos que son corporalmente vivenciados. Tal es el caso de las personas en condición de inimputabilidad, que tienen una vivencia de encierro a nivel de una experiencia corporal. Estas vivencias no existen por sí mismas, sino que son encarnadas y expresadas a través de la dimensión corporal⁵⁶. Feldenkrais (1977) refiere una relación directa entre el escaso espacio para explorar, como es el que ofrece una institución psiquiátrica, y los desplazamientos limitados, que conllevan a un manejo deficiente del cuerpo y son el resultado de una gama limitada de movimientos y el empleo reducido del espacio.

La DMT emplea el movimiento como un medio para conectar las emociones y ayudar a expresarlas cuando el canal de la verbalización se presenta como un reto alto y duro, tal como sucede en las personas con esquizofrenia, que muchas veces no pueden expresar sus sentimientos, comunicar sus intereses y deseos, incidiendo directamente sobre su socialización y su bienestar. Para facilitararlo, a través de su enfoque holístico, la DMT permite a la persona explorar sus capacidades, sentimientos, estados de ánimo y temores, mediante la expresión y corporalidad de la misma, haciendo posible la interacción y comunicación con las propias sensaciones corporales, en un proceso que facilitará el desarrollo de nuevas formas adaptativas de vivir. Todo ello a partir de la capacidad innata de sentirse a sí mismo en interacción.

Heber (1993) describe de manera similar los efectos de la DMT para adultos en un establecimiento psiquiátrico, identificando en tres niveles sus beneficios: relajación a nivel físico, sentirse más feliz en un nivel emocional, y sentirse más vivo a nivel global⁵⁷. Emocionalmente, la ansiedad aparece como un sentimiento de

⁵⁶ CASTRO Alberto, GÓMEZ, Angélica María. Corporalidad en el Contexto de la Psicoterapia. Universidad del Norte. Nº 27: 223-252, 2011.

⁵⁷Ibíd., p. 223-252.

incapacidad para enfrentarse a la situación de encierro que experimentan estas personas, ya que el entorno genera demandas psicosociales altas. Esta experiencia volitiva, de las personas en institucionalización por trastorno psiquiátrico, debe ser tomada en cuenta, puesto que reflejan una forma de vida impuesta institucionalmente, además de la modificación de los valores que sufren por este contexto.

Con estas percepciones se han establecido tres objetivos básicos de la DMT en pacientes psiquiátricos en hospitalización parcial: modificar o integrar las representaciones y las experiencias del mismo cuerpo (Pallaro 1993,1996), mantener o aumentar el nivel de relaciones interpersonales funcionales de los pacientes (Geller, 1974, Stanton Jones 1992) y liberar a los pacientes de sus procesos emocionales dentro de un contenedor seguro (Geller, 1974, Stanton Jones 1992). Si bien estos objetivos son pensados para las personas en hospitalización parcial, son fines que se esperan lograr a mayor escala en personas que están en una condición más vulnerable, estigmatizante, aislada y con limitaciones sociales y laborales, como lo es la institucionalización.

Lo anterior sustentado en estudios de España, México, Costa Rica y Colombia, que revelan que la DMT aporta al tratamiento de las personas con esquizofrenia, contribuyendo al 1% de la población que aún vive encerrada en sus propios temores⁵⁸. En México, Tiburcio y Rascon (1998) buscaron fomentar la rehabilitación en personas con esquizofrenia crónica a través de un programa de terapia de danza y movimiento, encontrándose en los resultados cambios en las personas en cuanto a la socialización, expectativas al futuro, capacidad creativa, expresión de emociones, participación, miedo a la crítica, y capacidad para disfrutar la actividad. Esto sitúa los resultados de la investigación como un impacto fundamental de la DMT sobre los trastornos de la volición y los del afecto, áreas características de la sintomatología de la esquizofrenia.

En Costa Rica, Salas (2007) explica que “aunque no se plantea la psicoterapia del movimiento como la solución a los problemas subyacentes a las deficiencias en la comunicación de los pacientes esquizofrénicos, al poner a prueba el modelo se

⁵⁸SALAS CALDERÓN, SASKIA. Psicoterapia del Movimiento: Herramienta Terapéutica con Pacientes Esquizofrénicos. Redalyc, Sistema de Información Científica. Actualidades en Psicología, Vol. 21, Núm. 108, 2007, pp. 97-115. Universidad de Costa Rica.

obtuvieron resultados alentadores en el sentido de que abren la posibilidad de ir más allá en el estudio de dicha problemática”⁵⁹. Así, se produjeron cambios a nivel comunicativo encontrándose que el movimiento corporal, logra ser un canal efectivo para la codificación de los mensajes, permitiendo una comunicación más eficaz entre el paciente y los otros. A través del cuerpo se evaden mecanismos de defensa que entorpecen la comunicación y las emociones, logrando ser expresadas con más facilidad. De esta forma las acciones de los pacientes dejan de ser simples movimientos para convertirse en un código que los mismos pacientes llegan a comprender. Por lo tanto, el temor al otro, característica central del trastorno esquizofrénico, disminuye porque el trabajo con el cuerpo, refuerza el imaginario corporal de los pacientes y los límites del Yo.

Ricart (2008), dice “a través de la Danza Movimiento Terapia los enfermos mentales se pueden conectar con la realidad, notándose más relajados, despejados, aliviados,... así dicen sentirse habitualmente los participantes cuando acaban su sesión semanal de danza movimiento terapia en el centro de día de la asociación Arapdis de Barcelona”⁶⁰. En la terapia se trabaja en pro de ayudar a estas personas a conectar con su cuerpo y con su realidad, para vencer la pasividad o un cierto ensimismamiento. Este ensimismamiento es semejante a la condición de encarcelamiento que sufren las personas inimputables porque se rompen hábitos, se asumen roles pasivos y se vive un proceso de re adaptación en donde la dicotomía mente –cuerpo se ve fragmentada. La DMT posibilita dar salida a los conflictos, que surgen de esta adaptación en la institución psiquiátrica como contexto inmediato.

En Colombia, Martínez (2009) dice “después de la vivencia y el análisis del caso, he comprobado la utilidad y éxito de la Danza Movimiento Terapia en la psicosis y las técnicas que nos permiten acercarnos a este tipo de pacientes. En la psicosis, la Danza Movimiento Terapia trabaja desde la raíz de la enfermedad, causas, estructura, consecuencias y fenómenos, donde los síntomas cambian o disminuyen, porque se desarrolla y fortalece la estructura psíquica. El objetivo es sostenerla mientras se logra un desarrollo que le permita adaptarse más eficiente e independientemente a la realidad y para tal fin necesita crear mecanismos de

⁵⁹ Psicoterapia del Movimiento: Herramienta Terapéutica con Pacientes Esquizofrénicos Actualidades en Psicología, Vol. 21, Núm. 108, 2007, pp. 97-115 Universidad de Costa Rica.

⁶⁰RICART MARTA. Tratamientos para una Mejor Salud Mental. El cuerpo, Espejo del Alma. Septiembre de 2008. Artículo de revista La Vanguardia, Barcelona España.

defensa adaptativos que en su devenir reducirán la aparición del síntoma psicótico”⁶¹. Aunque no desaparezca la condición psicótica se puede permitir al sujeto vivir mejor en su condición, expresar sus sentimientos, ser más autónomo, eficaz y feliz. Por tanto, los resultados se visualizan con éxito para la DMT, ya que ratifica su valor terapéutico en la existencia de la unión indisoluble entre cuerpo y mente, porque todo lo que afecta el cuerpo afecta la mente y viceversa.

⁶¹MARTÍNEZ MORA, Andrea Paola. Análisis de un Tratamiento Individual de Danza Movimiento Terapia en un Caso Crónico de Esquizofrenia Residual. Enero de 2009.

3. METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo experimental, porque el grupo investigador intervino sobre la población y la finalidad fue comprobar las hipótesis mediante la aplicación de un programa de Danza Movimiento Terapia como técnica de intervención en Terapia Ocupacional. La técnica que se empleó ha sido certificada a nivel mundial por la ADTA (American Dance Therapy Association), Asociación de Danza Movimiento Terapia del Reino Unido y la Red Europea de Danza/Movimiento Terapia.

El método de investigación fue cuali-cuantitativo o Mixto, porque permitió describir el desempeño ocupacional y el impacto de un programa de Danza Movimiento Terapia en una población con unas características específicas, como exponen los criterios de inclusión y exclusión, durante dieciocho sesiones a lo largo de tres meses consecutivos con una duración de 45 minutos cada una. Esta caracterización exigió el uso de herramientas de tipo observacional, descriptivo y cuestionarios que permitieran comprender las diferencias cualitativas del grupo, las experiencias y procesos subyacentes a los efectos de tratamiento. Adicionalmente se incorporó la recolección de datos cuantitativos con la aplicación de pruebas estandarizadas que permitieran clasificar la información de acuerdo a sus propiedades y entrevistas estructuradas para el equipo interdisciplinar conformado por Psicología, Terapia Ocupacional y Auxiliares de enfermería.

3.2. POBLACIÓN

Se seleccionó la población por conveniencia, debido a que se tuvo a la población cautiva, la cual hace parte del convenio docencia - servicio de la Universidad Del Valle y el Hospital Psiquiátrico Universitario Del Valle, además, hace parte de uno de los escenarios de la práctica de los estudiantes del programa académico de Terapia Ocupacional, lo cual facilitó el acceso a las instalaciones, información de los usuarios y contacto directo con la población.

Los criterios de inclusión considerados para el estudio fueron los siguientes:

- Persona con diagnóstico de esquizofrenia en condición de inimputabilidad e institucionalizada igual o mayor a dos años.
- Hombre o mujer desde 19 años hasta 65 años.

El único criterio de exclusión que se tuvo en cuenta en la investigación fue:

- Personas con diagnóstico de esquizofrenia en condición de inimputabilidad que posea patologías concomitantes tales como: retraso mental (moderado y grave), trastorno esquizoafectivo y psicosis orgánica cerebral, porque estos diagnósticos agudizan aún más el trastorno mental.

3.2.1. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

La población que participó en el “programa de Danza Movimiento Terapia” estuvo compuesta por once personas, que equivalen al 34.3% de la población total de la sala, que en su totalidad fueron hombres solteros, provenientes del sur occidente y centro del país. La población se encuentra institucionalizada en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle e incluida en el programa de inimputables con estrategia de hospitalización prolongada en sala 9, cuyo periodo de institucionalización oscila entre dos y quince años.

La población participante se encuentra en edades comprendidas entre 20 y 65 años, con base en la definición del ciclo vital humano y las ocho edades del hombre, según Erik Erickson, se estableció que 1 de los participantes se categoriza en la etapa de adulto temprano (abarca entre los 20-25 años), 9 personas se encuentran entre la madurez o adultez media (entre 25-60 años) y 1 persona se encuentra en adulto tardío (desde los 60 hasta la muerte) para un total de 11 personas.

En relación al aspecto familiar de los once participantes solo 5 personas tienen red de apoyo social primaria, entendiéndose como una forma de relación que provee beneficios y retribuciones centrándose en el afecto y estimulando la socialización y satisfacción de las necesidades básicas, de comunicación e intimidad. Esta red social involucra las relaciones personales, familiares y comunitarias⁶². Sin embargo 11 personas cuentan con red de apoyo social secundaria formal, asumida por el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, la cual se basa en una organización estructurada que considera objetivos específicos en ciertas áreas.

Según la escolaridad de las personas que participaron en el programa, se encuentra que el 46% posee media vocacional, el 18% sin ningún tipo de escolaridad y las categorías de primaria, primaria incompleta, media vocacional incompleta y universitaria son del 9% cada una. Esta información da cuenta que más de la mitad de la población que participó del programa puede escribir y leer o reconocer su nombre. (ver Gráfica 2)

Respecto al rol laboral se encontró que el desempleo ocupó el mayor porcentaje con un 37%, mientras que el 27% fueron trabajadores de servicios y ventas, seguidos por empleos de operarios y artesanos con un 18%, profesional 9%, al igual que agricultores 9%.

3.3. FASES DE INTERVENCIÓN

Para reconocer el impacto del programa de Danza Movimiento Terapia se definieron seis fases de intervención que permitieron guiar el proceso de investigación y se describen a continuación:

⁶²III Salud y acceso a servicios de salud. Primer informe de estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica [Online]. En: [Http://ccp.ucr.ac.cr/spam/descargas/Spam_cap5web.pdf](http://ccp.ucr.ac.cr/spam/descargas/Spam_cap5web.pdf)

A. FASE 1: RECOLECCIÓN Y EXPLORACIÓN DE LA INFORMACIÓN

La investigación partió de una discusión e indagación inicial entre las integrantes del grupo, acerca del problema de investigación a resolver. Se decidió contactar a la Terapeuta Ocupacional idónea en el tema de Danza Movimiento Terapia, para explorar teóricamente la temática e investigar literatura pertinente al trabajo sobre la comunicación, el cuerpo y el movimiento, especialmente en los temas de inimputabilidad, esquizofrenia y los beneficios alcanzados con el abordaje de Danza Movimiento Terapia. Consecutivamente, se creó un cronograma para debatir junto con la terapeuta, investigaciones y/o dudas acerca de este tema. De esta forma las estudiantes se prepararon en la técnica de Danza Movimiento Terapia durante un año previo a la ejecución de las intervenciones. El entrenamiento abarcó metodología teórico práctico con un seguimiento constante de los avances y habilidades ganadas en el área.

Paralelamente, se gestionó la posibilidad de realizar el trabajo de grado con los usuarios en condición de inimputabilidad del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle y asimismo la selección de la directora del trabajo de grado.

Inicialmente, se elaboró un primer documento de anteproyecto que define el contenido general del trabajo de la siguiente forma: marco contextual, marco teórico, objetivos, aproximación a la población objeto de estudio, metodología y cronograma de trabajo. Este documento fue continuamente revisado por la directora de trabajo de grado y la asesora externa, para ultimar las correcciones del mismo.

B. FASE 2: FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Se dio paso al planteamiento del problema precisando en el tema y pregunta de investigación, para estructurar y responder al mismo. Bajo esta perspectiva y expectativa, se dio respuesta al interrogante central en que se orienta el trabajo de investigación: ¿Qué impacto sobre el desempeño ocupacional tiene el uso de Danza Movimiento Terapia como estrategia de intervención de Terapia

Ocupacional, sobre los aspectos volitivos y capacidad de desempeño de personas con esquizofrenia en condición de inimputabilidad?

El enunciado de la pregunta intentó dar respuesta a las relaciones entre Terapia Ocupacional (disciplina) y su objeto de estudio (desempeño ocupacional) con base a los principios de la Danza Movimiento Terapia aplicados en las personas en condición de inimputabilidad (que padecen esquizofrenia), en pro del mejoramiento del desempeño ocupacional. De esta forma, la investigación reflejó una necesidad intrínseca de la persona en condición de inimputabilidad, pero sentida desde una mirada sociocultural, debido a que existe una falta de conocimiento en el tema y por tanto, se pretendió generar una nueva problemática.

C. FASE 3: APLICACIÓN DEL PRETEST

Para la recolección de información, se aplicaron a la muestra evaluaciones y cuestionarios estandarizados y no estandarizados, bajo la modalidad de un pretest (inicio) y postest (finalización), para dar cuenta del impacto del programa de Danza Movimiento Terapia. Los instrumentos validados desde Terapia Ocupacional, que se aplicaron fueron:

- **Rejilla de Identificación y Caracterización del Usuario:** la información de la muestra, se complementó con la utilización/aplicación de una rejilla, creada y diligenciada por las investigadoras. Dicha información fue proporcionada por el usuario, la historia clínica, el kardex y el Terapeuta Ocupacional del servicio. Esta rejilla consta de 4 ítems que son: datos de identificación, datos clínicos, relaciones interpersonales y subsistema de volición. Para la validación se aplicaron 20 pruebas piloto de forma aleatoria, donde la edad de la población osciló entre 20 y 60 años. Con esta información se modificó la rejilla de caracterización del usuario (Ver anexo A).
- **Evaluación de Habilidades de Comunicación e Interacción (ACIS):** Esta prueba fue creada en 1989 por Forsyth y Col. y validada por Simón (1989), Salamy (1993) y Forsyth (1996). Este instrumento se ha centrado en las

personas con deterioro psiquiátricos para medir el desempeño en una forma ocupacional dentro de un grupo social. El ACIS contiene una única escala que consiste en 20 ítems de habilidades divididas en tres dominios: dominio de comunicación e interacción, dominio físico e intercambio de información y relaciones (Ver anexo B). De estos ítems se tuvo en cuenta 17 ítems y se excluyeron: “articular”, “modular” y “hablar”, puesto que no arrojaba información significativa para la investigación.

En la aplicación del instrumento ACIS se evaluaron tres categorías corporalidad, información y relaciones; la categoría de Corporalidad, evaluó el uso del cuerpo como instrumento de comunicación e interacción durante el desempeño de tareas ocupacionales; la categoría de información, evaluó el intercambio de información a través del uso del lenguaje codificado en sonidos que permitiera expresar ideas y pensamientos coherentes en relación a las ocupaciones desempeñadas; la categoría de relaciones, evaluó la conexión o vínculo entre compañeros, de acuerdo al tono afectivo expresado en las acciones y la respuesta emocional hacia dichas acciones de los otros.

Este instrumento fue aplicado de acuerdo al Manual del usuario de Evaluación de las habilidades de comunicación e interacción (ACIS)⁶³, donde se puntuó 4 como competente, 3 dudoso, 2 ineficaz, y 1 déficit.

- Cuestionario Volicional (VQ): creado e investigado en 1996 por Chern, Kielhofner, de las Heras y Magalhaes; la fiabilidad fue complementada por Heras (1993). El objetivo de dicha evaluación fue permitir reunir información sobre la volición a partir de la observación. Se utiliza con personas que no pueden comunicar eficazmente su volición por deterioro funcional severo (ver anexo D).

La prueba organiza los 14 ítems según las etapas del continuo entre menos volición a mayor volición; el primer nivel se denomina exploración con 5

⁶³FORSYTH, Kirsty. [Online]. Manual Del Usuario Del Evaluación De Las Habilidades De Comunicación E Interacción (ACIS). College of Applied Health Sciences, University of Illinois at Chicago. [citado 20, Octubre 2012]. Disponible en: www.moho.uic.edu.

ítems, el segundo nivel es competencia con 5 ítems y finalmente la tercera etapa es el logro con 4 ítems. Para esta investigación se utilizan todos los ítems propuestos por el instrumento.

Para la aplicación del instrumento VQ, se eligieron tres actividades donde se observó la participación en alimentación, una dinámica grupal y una actividad corporal; la primera ocurrió durante el almuerzo la cual tuvo demandas de destrezas perceptuales (manejo del espacio), motora (uso de herramientas, integración viso motora), procesamiento sensorial (gustativo, táctil) y psicosociales (capacidad adaptativa, autocontrol). La segunda actividad fue una dinámica de presentación, la cual requirió de demandas cómo destreza perceptual (esquema corporal) motoras (praxis) y componentes cognitivos (tiempo de atención, memoria a corto plazo, secuenciación y concentración). La tercera actividad observada requirió de demandas perceptuales (orientación topográfica), motoras (praxis), componentes cognitivos (operaciones intelectuales en el espacio, orientación, memoria episódica), destrezas psicosociales (roles, iniciación y terminación de la tarea, expresión (espejeo corporal, gestualidad, comunicación no verbal).

Este instrumento fue aplicado de acuerdo al Manual del usuario del Cuestionario Volicional⁶⁴, donde se adaptó la escala cualitativa -que originalmente presenta el instrumento. (De esta forma se definió 1= pasivo, 2= dubitativo, 3 = involucrado, 4 = participa, y 5= espontaneo).

- Cuestionario para el Equipo Interdisciplinar: este cuestionario fue creado y diligenciado por las investigadoras; se aplicó al inicio y al final del programa de Danza Movimiento Terapia al equipo interdisciplinar a cargo de la población seleccionada. Este instrumento permitió indagar acerca de las percepciones de los profesionales, respecto al desempeño del grupo de participantes, acerca de su proceso, teniendo en cuenta el comportamiento, sentimientos y emociones. Se adaptó el cuestionario

⁶⁴DE LAS HERAS, Carmen Gloria. GEIST, Rebecca. KIELHOFNER, Gary. Li, Yanling. [Online]. Manual Del Usuario Del Cuestionario Volicional (Vq). College of Applied Health Sciences, University of Illinois at Chicago. [citado 20, octubre 2012]. Disponible en: www.moho.uic.edu.

creado y usado por la Terapeuta ocupacional Sara Ruiz (2010)⁶⁵ previamente en una investigación de naturaleza similar con pacientes con enfermedad de Parkinson, ya que se considera que logra abordar la percepción de los profesionales de salud que intervienen con el grupo y responden a las preguntas de acuerdo a su percepción acerca del desempeño ocupacional de cada uno de los usuarios. (Ver anexo F).

Este instrumento se aplicó al personal de enfermería, psicología y terapia ocupacional; para esta investigación se ignora el área de psiquiatría quien no participó por inconvenientes administrativos.

- Adicionalmente se llevó un registro de las sesiones que permitió transcribir los vídeos de cada sesión mediante un diario. Las transcripciones se realizaron a dos niveles: 1. La dimensión verbal se transcribió con cada declaración (incluyendo sí cantaban, susurraban, gritaban, etc.); 2. La dimensión no verbal de cada declaración se describió en términos de movimientos corporales, posturas, gestos y expresiones faciales, así como la forma en la cual los participantes y la terapeuta se dirigían a cada uno. El formato aportó un guión de las verbalizaciones ocurridas, así como una descripción de las situaciones de movimiento, expresiones y actitudes corporales, dinámica y clima grupal, a través de aspectos que informaban sobre la práctica en Danza Movimiento Terapia (volición y cuerpo vivido).

Esto aportó información sobre las distintas situaciones que se desarrollaron durante el proceso y permitió observar la forma cómo el grupo y los sujetos se comportaron y evolucionaron durante la intervención. Igualmente, permitió conectar información aportada en los instrumentos con actitudes y situaciones puntuales que desde la observación se consideraron representativas o que pudieron reflejar lo que el sujeto expresó a través de los instrumentos, enriqueciendo el marco de los datos obtenidos y analizados.

⁶⁵Ruiz, Álvarez Sara. Tesis “Danza Movimiento Terapia como recurso para el fortalecimiento del desempeño ocupacional en pacientes con enfermedad de Parkinson vinculados a un proceso terapéutico” (2010).

D. FASE 4. INTERVENCIÓN

Las sesiones de DMT fueron dirigidas por estudiantes de decimo (10) semestre de Terapia Ocupacional, organizadas en parejas de terapeuta y co-terapeuta. Durante el primer mes, se contó con una Terapeuta Ocupacional especializada en Danza Movimiento Terapia, quien posteriormente siguió haciendo sesiones de supervisión semanales con las estudiantes. Se realizaron 18 de 20 sesiones programadas inicialmente. Se acorta el número de sesiones por inconvenientes administrativos. Sin embargo, cada sesión se realizó con una duración de 1 hora, y con una frecuencia de dos veces por semana. La estructura de cada sesión se ejecutó en las siguientes fases: encuentro, calentamiento, núcleo, relajación y cierre, en las cuales se utilizaron técnicas como: espejeo sincronizador, juego simbólico, uso de objetos, técnicas de relajación, recurso verbal y escrito.

En el encuentro se proporcionaron las pautas generales para la sesión, favoreciendo el reconocimiento del grupo a través de estrategias corporales preparando a los participantes para la interacción y construcción grupal.

En la fase de calentamiento se trabajaron aspectos de conciencia corporal a partir del movimiento y el contacto como una predisposición para el movimiento, a través del reconocimiento del movimiento propio y la posibilidad de moverse con y como los otros.

En el núcleo se trabajaron actividades exploratorias del movimiento donde se usaron diferentes estrategias como improvisación, movimiento creativo, espejeo, juego de roles que se complementó con objetos propios de la técnica de DMT, que facilitaron las temáticas propuestas por la terapeuta y los emergentes del grupo respondiendo a los objetivos de cada perfil planteados inicialmente. Estos objetivos fueron:

- Favorecer la autorregulación
- Favorecer conciencia e imagen corporal
- Encontrar su lugar en el grupo
- Comprometerse con la actividad y el espacio terapéutico
- Favorecer la expresión verbal, corporal y gestual
- Ampliar la gama de movimientos
- Mejorar las capacidades comunicativas e interactivas
- Favorecer el uso del cuerpo a nivel comunicativo
- Verbalizar los sentimientos
- Establecer relación terapéutica

La relajación fue un espacio donde se disminuyó el ritmo de la sesión por medio de técnicas de relajación, respiración y masaje que permitieran volver al cuerpo y encontrarse consigo mismo. De esta forma se logra centrar a la persona generando conciencia corporal, de sí mismos, los otros y del contexto físico en el que se encuentra inmerso.

El cierre fue dirigido por la terapeuta para que este permitiera guiar la expresión verbal de las emociones, sensaciones, ideas generadas durante la sesión, lo cual dio cuenta del proceso individual y grupal. El tiempo de duración dependió de las necesidades de verbalización de cada persona.

Para estas sesiones se dividió al grupo en 2 subgrupos, teniendo en cuenta las características particulares de los usuarios como habilidades cognitivas, participación, conducta, e interacción que permitiera generar homogeneidad en los subgrupos. Cabe aclarar que estas intervenciones, no sustituyeron las sesiones de Fonoaudiología, Psicología y Terapia Ocupacional organizadas y programadas institucionalmente; por el contrario, se permitió que el usuario continuara participando de estos espacios para observar si el trabajo realizado desde DMT fortalecía el proceso terapéutico de los mismos, mediante los aportes al subsistema volitivo y capacidad de desempeño.

Para estas sesiones se recurrieron a diferentes materiales que facilitaron la simbolización, interacción, acciones los cuales permitieron darle

significación a esos movimientos; para ello se usaron telas, pelotas, cajas, pinturas, pinceles, globos, cuerdas, crayones, espuma, algodón, cinta aislante, palitos de balsa, lana, periódico, velcro, plástico burbuja, pelotas de arena y aros que facilitaran el cumplimiento de los objetivos planteados en cada una de las sesiones.

El 82% de la población asistió al 100% de las sesiones, mientras que el 18% restante, es decir 2 personas, no asistieron entre 1 y 2 sesiones argumentando como causa de inasistencia la visita de familiares, y/o participación en otras actividades terapéuticas respectivamente.

E. FASE 5. APLICACIÓN DEL POSTEST

Al terminar la intervención, hubo una segunda aplicación de instrumentos para contrastar los resultados obtenidos al inicio y reconocer el impacto en el grupo tras la participación en el programa de Danza Movimiento Terapia.

Los instrumentos que se aplicaron en esta fase fueron: Evaluación de Habilidades de Comunicación e Interacción (ACIS), Cuestionario Volitivo (VQ) y Cuestionario para el Equipo Interdisciplinar.

Las actividades observadas para el diligenciamiento del ACIS y VQ fueron las mismas actividades del diseño del pre test.

F. FASE 6. TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Para ordenar la información recolectada se realizó una tabulación manual para cada instrumento aplicado, debido a que el tamaño de la población fue limitada y esto facilitó utilizar este tipo de estrategia. Además, los instrumentos de evaluación aplicados en el pre test y post test, tuvieron un diligenciamiento manual y no se ha desarrollado ningún programa

informático para la puntuación clínica⁶⁶. La calificación cuantitativa se comparó para cada prueba, y el promedio del grupo, en el pre test y pos test con el fin de contrastar la información.

El cuestionario aplicado a los profesionales estuvo dirigido a identificar su percepción acerca de los participantes del grupo a intervenir y de la técnica a usada. Por tanto, se registraron y compararon los aportes que los profesionales expresaron del grupo participante. Además, el análisis detalló las referencias de cada pregunta y se analizó en este apartado el contraste y cambio u conservación de percepciones.

Finalmente, se realizó el análisis bajo los dos ejes temáticos: volición y capacidad de desempeño. Para ello, se creó una matriz de análisis que permitió abordar la información que los instrumentos de evaluación aportaron, bajo las temáticas y sub categorías de su organización, y asimismo responder a la pregunta de investigación.

MATRIZ DE ANÁLISIS

EJE TEMÁTICO	
VOLICIÓN	
CATEGORÍA DE ANÁLISIS	
CAUSALIDAD PERSONAL: Creencia en habilidades y capacidades de la persona para realizar diferentes ocupaciones.	ITEM: <i>Sentido de capacidad personal:</i> Para el análisis se contempla el criterio de: percepción sobre las habilidades que posee para desempeñarse en una actividad. <i>Auto eficacia:</i>

⁶⁶ GARY Kielfhofner, Drph, OTR, FAOTA. Terapia Ocupacional Modelo de la Ocupación Humana Teoría y Aplicación 3ª Edición. Panamericana. Pág. 54.

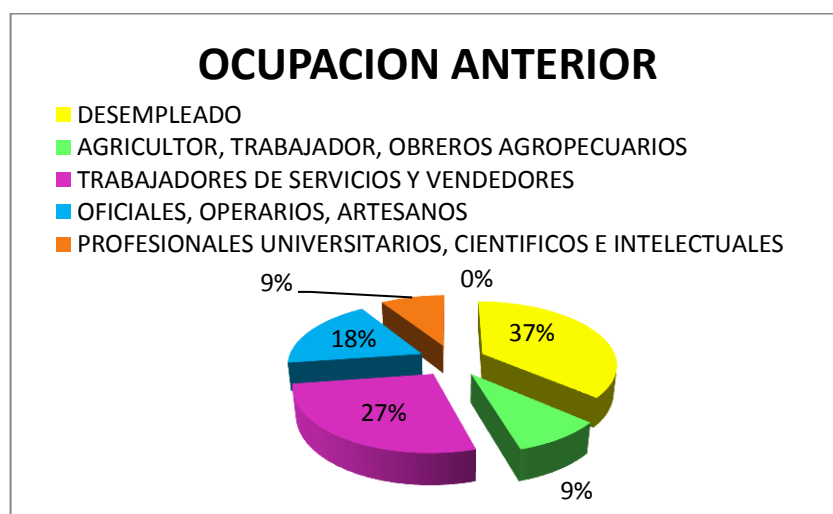
	Percepción de capacidad de cumplir el objetivo que se ha puesto.
VALORES: Sentido e importancia de las acciones que se realizan, la satisfacción y autoestima que se experimenta al ejecutarlas.	ITEM: <i>Convicción personal:</i> Para el análisis se contempla el criterio de: percepción sobre la importancia de las actividades que realiza.
INTERESES: Disposición que posee una persona para encontrar placer y satisfacción en las actividades y ocupaciones que realiza.	ITEM: <i>Disfrute:</i> Para el análisis se contempla el criterio de: Percepción de placer y disfrute de las actividades que realiza.

EJE TEMÁTICO	
CAPACIDAD DE DESEMPEÑO	
CATEGORÍA DE ANÁLISIS	
CUERPO VIVIDO Experiencia del ser y conocer el mundo a través del propio cuerpo.	ÍTEM: <i>Experiencia corporal</i> Para el análisis se contempla el criterio de: percepción del cuerpo en relación con su entorno y su relación con los demás.

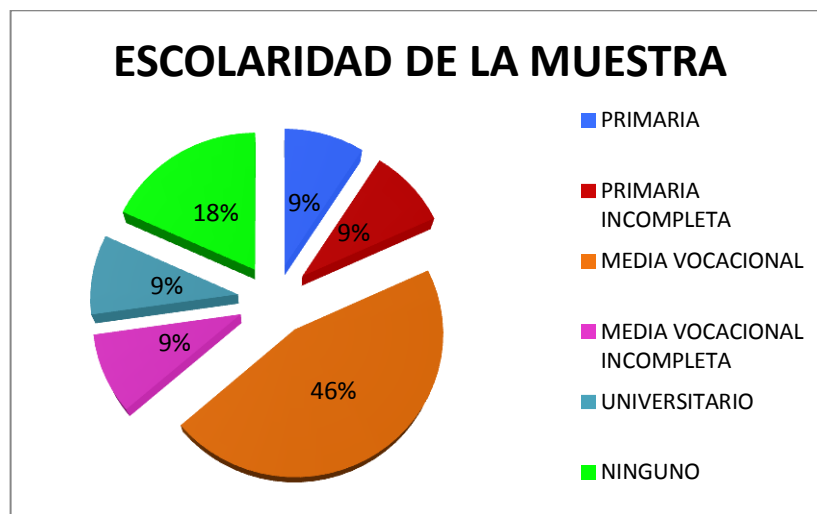
4. RESULTADOS DE LA INFORMACIÓN

A continuación se describen los hallazgos que cada instrumento arrojó de forma separada. Se presentaran los instrumentos según su momento de aplicación.

4.1. REJILLA DE CARACTERIZACIÓN

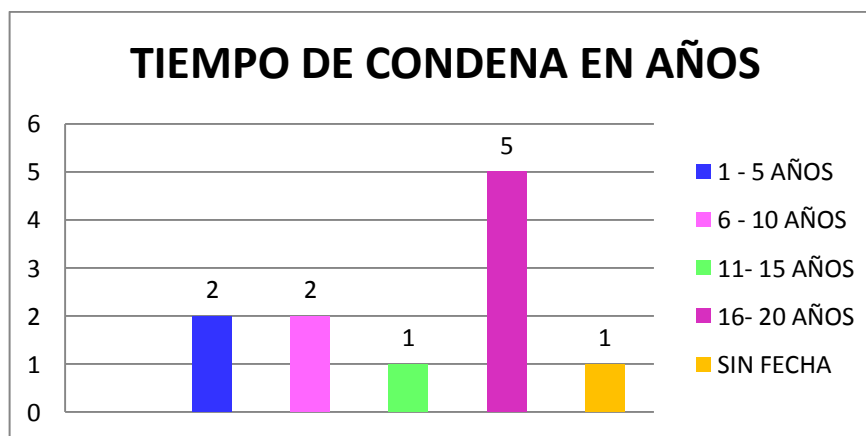


Grafica 1. Ocupación previa de la población seleccionada



Grafica 2. Escolaridad de la población seleccionada

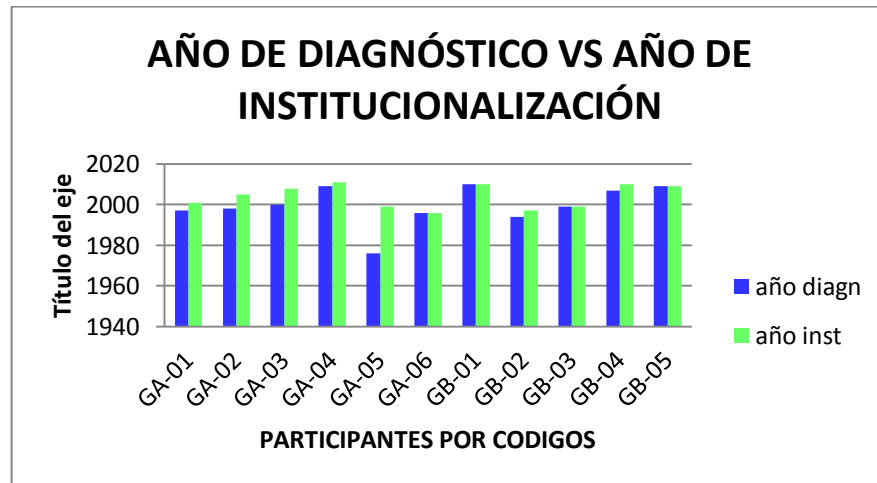
- Las dos graficas anteriores muestran que el 46% de la población ha tenido 9 años de escolaridad. Esta cifra es directamente proporcional con el tipo de empleo en el que se ha desempeñado esta población. Es decir que el 37% tiene como ocupación previa trabajos informales (vendedor y trabajadores de servicios).
- La segunda puntuación más alta en ocupación previa lo ocupa el desempleo; lo que indica la falta de experiencias laborales o en actividades productivas remuneradas. Por ende esta población desconoce las demandas de un rol laboral porque no han contado con un entrenamiento en habilidades laborales tales como: intelectuales, interpersonales, organizacionales, tecnológicas y empresariales⁶⁷.
- El nivel de escolaridad de las personas que participaron en el programa de Danza Movimiento Terapia con mayor porcentaje fue la media vocacional con un 46%, seguido por el 18% de escolaridad nula, el 9% ha alcanzado la primaria, primaria incompleta, media vocacional incompleta y vocacional. Esta información da cuenta que el 82% de la población que participó del programa pueden desempeñarse en actividades que demande la lectura, escritura y reconocimiento de su nombre, las cuales se utilizan en actividades cotidianas.



Gráfica 3. Tiempo de condena en años de la población seleccionada

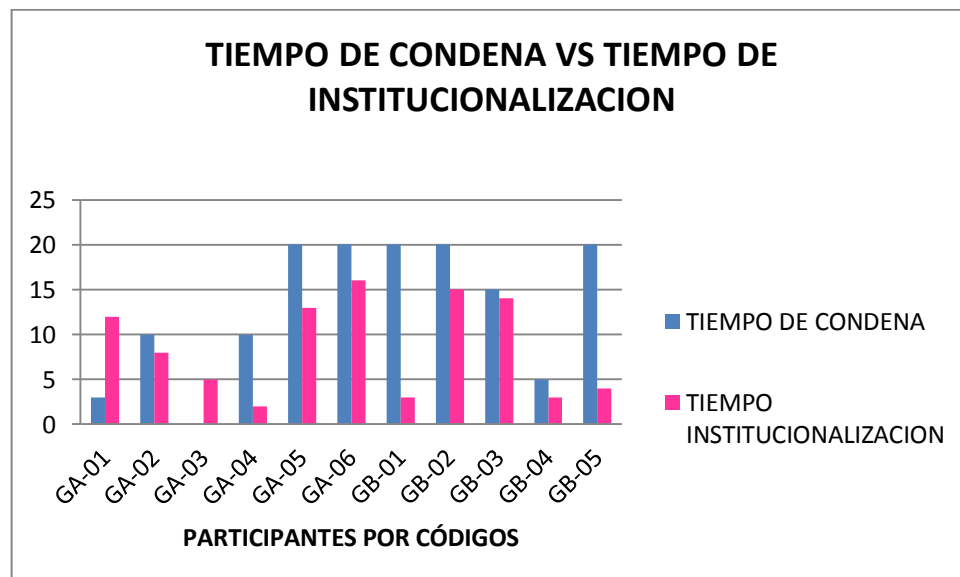
⁶⁷ Terapiaocupacional.com.ocupacionalienanteversusocupacionsignificativa[Online].En fisaude.com

- Según la gráfica al 45,4% de la población se la ha sentenciado entre 16 y 20 años de institucionalización; lo que indica que deberá cumplir durante este periodo las normas impuestas por el lugar y suspender por este tiempo las actividades y roles de su elección.



Gráfica 4. Años de diagnóstico versus años de institucionalización

- El tiempo de evolución de la enfermedad antes del ingreso a la institución oscila entre 0 y 14 años.



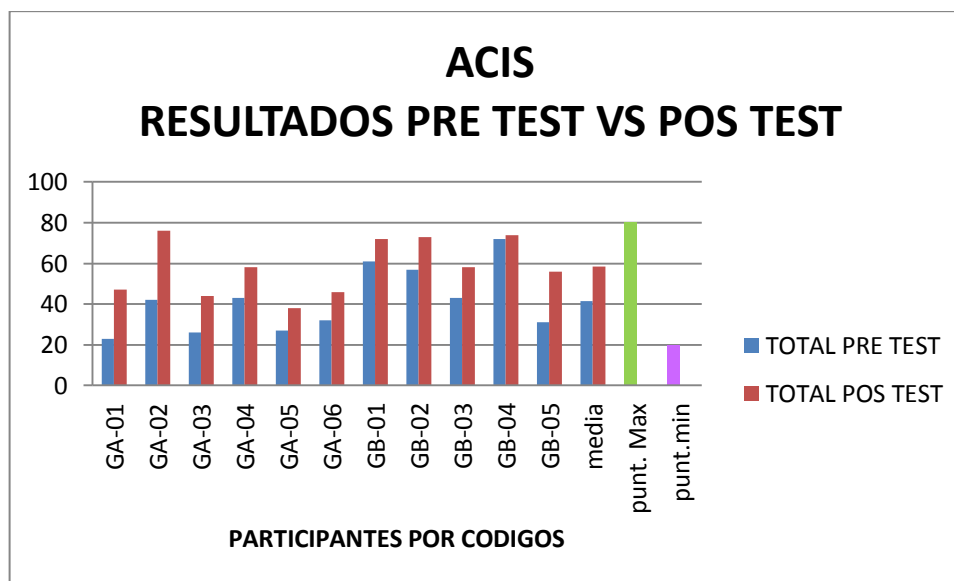
Gráfica 5. Tiempo de condena versus tiempo de institucionalización.

- La gráfica muestra que 6 participantes ya han cumplido la mitad de la condena.

- Una persona a pesar de haber cumplido el tiempo de condena sigue institucionalizado porque no cumple con los criterios de egreso de la institución tales como: contar con una red de apoyo significativa y cumplir con los objetivos terapéuticos establecidos por el equipo interdisciplinar.
- Una persona que lleva cinco años en la institución no tiene tiempo de condena especificado. Esta persona que no tiene tiempo de condena debido a que el juez encargado ha dictado que la persona se encontrara institucionalizada hasta que alcance normalidad en su enfermedad mental.

4.2. HABILIDADES DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN (ACIS)

Para mostrar la información brindada por este instrumento de evaluación se presenta a continuación una gráfica que compara el resultado obtenido por cada una de las personas en los dos momentos de aplicación de la evaluación.



Grafica 6. ACIS. Comportamiento de los resultados globales individuales en el pre test y pos test

- Esta grafica muestra que en la primera aplicación del instrumento de evaluación (pre test) el 36% de la población se aproxima al puntaje mínimo mientras que el 45.4% se ubica sobre la media del grupo, y el 18% se acerca al valor máximo.
- Por otro lado en la segunda aplicación del instrumento de evaluación (post test) se aprecia que el 63% se acerca a la media y a este se añade el 36.3% que se aproxima al puntaje máximo. En esta parte se destaca que ninguna de las personas se aproximó al puntaje mínimo.
- Se aprecia que tras el proceso de intervención aumentó el número de personas que se aproximan al puntaje máximo; al mismo tiempo que desapareció la cantidad de personas que se acercan a la mínima; evidenciando así una relación inversa en comparación con los resultados obtenidos en el pre test.

A continuación se presenta una tabla que muestra el comportamiento de los ítems elegidos para el análisis de cada una de las áreas, en relación a la media obtenida en el pre test y en el pos test.

CATEGORÍA	ÍTEM	PUNTUACIÓN MEDIA ⁶⁸	
		PRE TEST	POS TEST
DOMINIO FÍSICO	Se contacta	2.4	3.1
	Contempla	2.4	3.1
	Gesticula	2.2	2.5
	Maniobra	2.4	3.2
	Se orienta	2.0	3.1
	Se posiciona	2.2	3.0
INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN	Asevera	1.5	2.6
	Pregunta	1.8	2.6
	Se involucra	1.6	2.5
	Expresa	1.8	2.9
	Informa	2.6	3.2
	Sostiene	2.2	2.5

⁶⁸ La puntuación media se redondeó al valor de la escala que estuviese más cercano. Por encima de (n, 6).

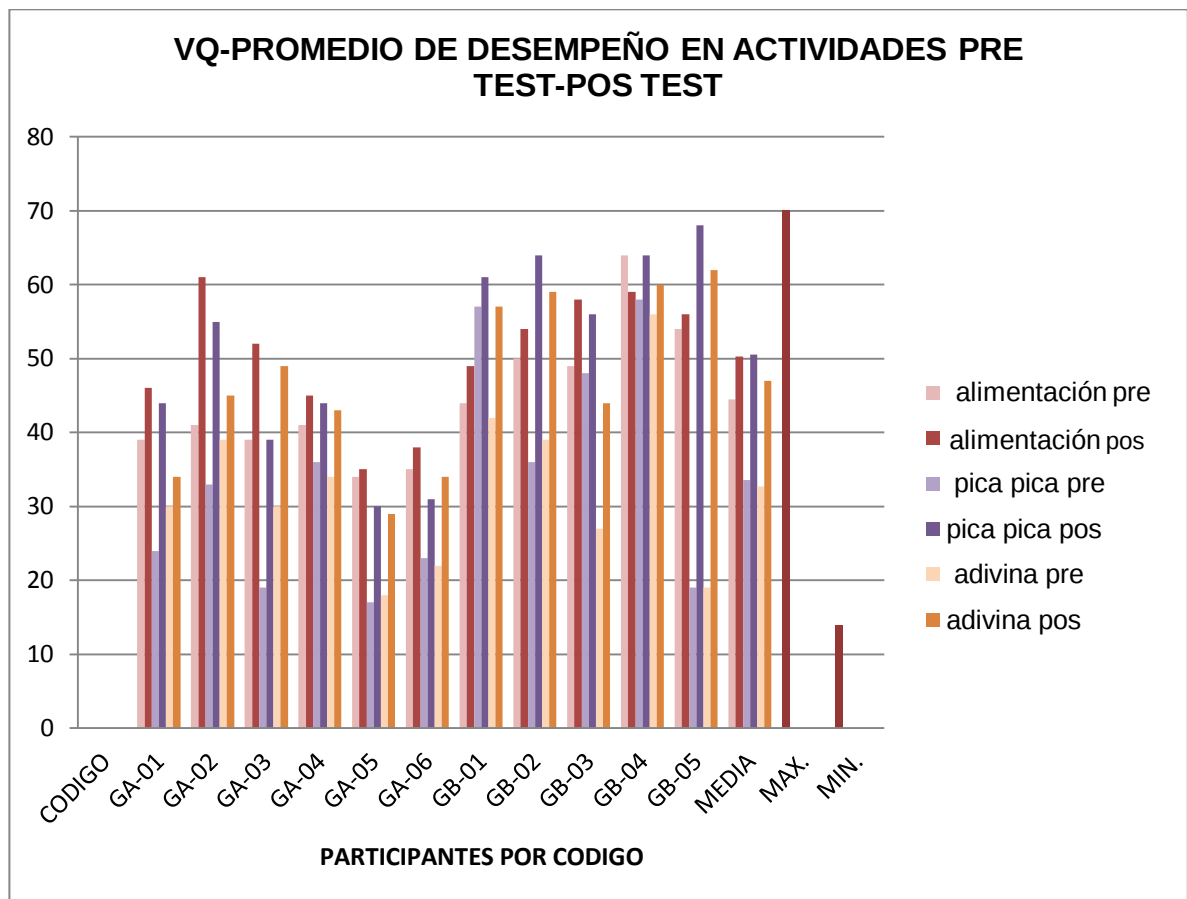
RELACIONES	Colabora	2.0	3.0
	Cumple	2.6	3.5
	Se centra	2.1	3.2
	Se relaciona	1.7	2.6
	Respeta	2.0	3.0

Tabla 1. Comportamiento de los ítems de las áreas. Según la puntuación media, ACIS

- Esta tabla apoya la gráfica 6, porque evidencia un cambio favorable entre 1 y 2 puntos de diferencia en relación con el pre test; lo cual indica que el proceso de intervención contribuyó al progreso en la adquisición o potenciación de habilidades de comunicación e interacción necesarias para el desempeño de una forma ocupacional.
- Los ítems con puntajes más altos (sombreados en verde) en el pre test como en el pos test fueron: cumple, se centra, informa y maniobra siendo destrezas requeridas y exigidas en otros espacios terapéuticos, ya que parte del proceso de rehabilitación implica que los usuarios asistan a las sesiones terapéuticas. De la misma forma en estos espacios se exige dar cuenta de los resultados de la actividad para el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.
- Los ítems con puntajes más bajos (sombreados en rojo) en el pre test como en el pos test fueron: gesticula, asevera, se involucra, y sostiene; debido a que estos ítems son exigentes en la comunicación no verbal, asertividad, tomar iniciativa y mantenimiento de una conversación. Estas destrezas no son de uso cotidiano debido a que su contexto social no lo demanda, además de que no se trabajan en espacios terapéuticos.

4.3. CUESTIONARIO VOLICIONAL (VQ)

Para observar el comportamiento de la información aportada por este instrumento se presenta a continuación el rendimiento de cada usuario en las tres actividades observadas.



Gráfica 7. Promedio del desempeño en actividades pre test-pos test.

- El desempeño total grupal muestra un incremento significativo entre las dos aplicaciones del test. Mientras que el pre test muestra que sólo cuatro personas superaron la media en las actividades, en el pos test seis personas la superaron, es decir que el 54% de la población se supera en desempeño.

- La media del desempeño en la actividad de alimentación entre pre test y pos test varía entre 44,5 y 50,2. Este hecho da cuenta de la importancia que estas actividades cobran en la rutina diaria, puesto que es una actividad conocida, básica y repetitiva en todas las etapas del ciclo vital de las personas. A pesar de existir un cambio contextual dichos patrones de actividad se mantienen. El promedio del desempeño grupal es el más alto de las tres actividades observadas y con mayor homogeneidad en los resultados.
- La gráfica número 7 muestra la comparación del desempeño en la segunda actividad. En el pre test se muestra hay una relación de 6/11 personas que prefieren involucrarse en una actividad desconocida con demandas cognitivas. De estas, tres personas se acercan al puntaje máximo, y tres redondean a la media por encima. En el pos test se conserva este interés por la actividad y se mantiene la relación de la población.
- La variación entre el pre test y pos test de la segunda actividad se resalta que de seis personas, cuatro de ellas se acercan al puntaje máximo; es decir, la percepción de competencia en habilidades cognitivas influye en el interés por la actividad.
- Continuando con la idea anterior se evidencia una reducción de las personas que están debajo de la media pasando de 5 personas en el pre test a 2 en el pos test. Este hecho se explica con el aumento del promedio de la actividad, de 31 a 50,5. Esto hizo que se generaran mayores demandas para cada persona con respecto al desempeño grupal.
- Por su parte la tercera actividad que muestra la gráfica, evidencia los resultados del pre test y el pos test donde se esclarece que para ambos momentos el desempeño fue 5 de 11 personas ubicándose por encima del promedio del instrumento. El pre test evidencia que sólo 1 de estas 5 se acerca al puntaje máximo, mientras que en el pos test se incrementa este valor a 4 de 5 personas. Esta actividad con grandes demandas de movimiento, emocionales y sociales son los aspectos que la población

requiere mejorar para incrementar su desempeño en actividades como esta.

Para observar el comportamiento de los ítems del instrumento se presenta a continuación la tabla 2 que reúne y compara el rendimiento de estos en cada una de las áreas. Igualmente se presentan los totales⁶⁹ de puntuación por área.

ÁREA-ÍTEM		PUNTUACIÓN						TOTAL ITEM	
		ALIMENTA CIÓN		PICA-PICA		ADIVINA QUIÉN			
		Pre	Pos	Pre	Pos	Pre	Pos	Pre	Pos
EXPLORACIÓN	Muestra curiosidad	34	37	25	41	27	41	86	119
	Inicia acciones	42	48	28	45	25	38	95	131
	Intenta nuevas cosas	18	23	30	41	27	41	75	105
	Muestra preferenci as	41	49	25	44	26	36	92	129
	Muestra significació n	37	40	23	39	19	37	79	116
COMPETENCIA	Indica objetivos	42	47	25	42	24	40	91	129
	Permanec e involucrad o	43	44	29	40	29	40	101	124
	Muestra orgullo	32	37	29	40	25	39	86	116
	resuelve problemas	38	43	30	46	30	35	99	124

⁶⁹Para esta investigación se modificó la forma de puntuación. Para ello se convirtió la escala cualitativa a escala numérica. De esta forma se obtiene una puntuación máxima de 70 y puntuación mínima de 14.

	Corrige errores	34	44	25	40	25	29	84	113
LOGRO	Completa actividad	47	48	34	43	33	45	114	136
	Atención adicional	43	43	24	28	24	32	91	103
	Responsabilidades adicionales	18	22	18	25	20	26	56	73
	Busca desafíos	20	28	25	42	22	37	67	107
Promedio por actividad		44,5	50,2	31	50,5	30	47		
Promedio total actividades pretest		30	Promedio total actividades pos test				38,6		

Tabla 2. Rendimiento en las actividades por ítems.

- Los tres ítems en común con el puntaje más bajo (sombreado en color azul) tanto en el pre test como pos test fueron: intentar desafíos, busca nuevas responsabilidades e intenta nuevas cosas; este comportamiento se relaciona con las demandas corporales-cognitivas-emocionales que el grupo requiere mejorar para incrementar su desempeño. Mientras que los ítems en común que obtuvieron la puntuación más alta (sombreado en color amarillo) tanto en el pre test como en el pos test fueron: completa tarea, permanece involucrado y muestra preferencias. Este hecho da cuenta del seguimiento a los requerimientos de la actividad y de la exigencia en la rutina hospitalaria, que ha logrado mantener en la población una organización de los pasos requeridos en las formas ocupacionales.

4.4. BITÁCORAS

A continuación se presentan los resultados descriptivos de las bitácoras y perfiles de movimiento realizados, que permitieron dar cuenta de los resultados cualitativos de la población participante.

CÓDIGO DE USUARIO	OBJETIVOS ESTABLECIDOS	EVOLUCIÓN
GA-01	• Favorecer las calidades de movimiento. • Favorecer la autorregulación • Favorecer procesos cognitivos desde lo concreto • Promover la conciencia corporal e imagen corporal • Encontrar su lugar dentro del grupo.	La persona logró integrarse al grupo y encontrar un lugar teniendo en cuenta las habilidades y posibilidades desde el movimiento. De igual forma, el compromiso con la actividad se incrementó evidenciando placer y disfrute en la ejecución de las mismas especialmente en la relajación. Por otro lado, la persona logró cumplir normas y seguir instrucciones establecidas.
GA-02	• Favorecer el uso del cuerpo a nivel comunicativo. • Verbalizar los sentimientos • Disfrutar de las propuestas de las sesiones • Favorecer la expresión corporal y gestual	La persona evidencio avances en la forma de exponer de manera verbal, clara y coherente lo que es placentero y lo que no. Así mismo logro asumir retos voluntariamente orientados a complejizar los movimientos para destacarse en el grupo pero siendo consciente de las capacidades y habilidades propias.
GA-03	• Favorecer la expresión corporal, gestual y verbal • Comprometerse con la actividad y el espacio terapéutico • Ampliar la gama de movimientos. • Ser capaz de	La persona logro involucrarse de forma activa en las sesiones, más aun cuando eran de interés, en las cuales presentaba el punto de vista y proponía alternativas de movimiento según la temática trabajada. Por otro lado, mediante la graficación la persona logra expresar de forma clara sensaciones emergentes de la sesión dejando de lado el dibujo repetitivo realizado

	mantener y prestar atención	en otras actividades terapéuticas.
GA-04	• Favorecer la autorregulación • Favorecer conciencia e imagen corporal • Disfrutar de la compañía de los compañeros • Encontrar su lugar en el grupo • Comprometerse con la actividad y el espacio terapéutico	La persona comprendió y reconoció las diferentes fases empleadas durante las sesiones, identificando y respetando las normas del espacio y uso de materiales para el programa. Esto permitió el reconocimiento de habilidades necesarias para la ejecución de una actividad en grupo en cualquier contexto influyendo en la autorregulación de la persona en cuanto a la necesidad de buscar protección a través de las paredes y objetos usados para las sesiones, favoreciendo la interacción con compañeros. Finalmente la persona logró identificar la importancia de dar y recibir por medio de diversos materiales permitiendo una conexión entre compañeros.
GA-05	• Favorecer conciencia e imagen corporal • Disfrutar de la compañía de los compañeros • Comprometerse con la actividad y el espacio terapéutico • Ser capaz de mantener y prestar atención • Ampliar la gama de movimientos	La persona logra desplazar sus movimientos concéntricos a periférico permitiendo mayor interacción con compañeros y terapeutas, para así transmitir de forma verbal y corporal deseos y pensamientos. La persona se reconoció como integrante de un grupo en el que la participación es validada y las ideas son retomadas, permitiendo reconocer habilidades y destrezas. Durante el continuo del programa la persona incrementó el tiempo de atención y la capacidad de mantenerse en la actividad permitiendo mayor participación en la misma. Por otro lado, en la graficación desaparece gradualmente el dibujo repetitivo realizado en el cierre de la sesión demostrando identificación con la actividad, concreción de la misma y atracción en la interacción con los materiales.
GA-06	• Ser capaz de mantener y prestar atención • Ampliar la gama de movimientos	La persona aumento la confianza en sí mismo llevándolo a intentar desafíos y asumir retos de movimiento que le facilitaron interactuar con los compañeros de la misma forma se observó incremento

	• Mejorar las capacidades comunicativas e interactivas • Ampliar el uso de la kinesfera y de los movimientos periféricos en el apoyo de la comunicación no verbal.	en la consciencia corporal posibilitando el reconocimiento de límites de su corporalidad, este hecho facilitó el reconocimiento de su cuerpo frente al espacio.
GB-01	• Disfrutar de la compañía de los compañeros. • Encontrar su lugar en el grupo. • Favorecer la expresión verbal y corporal. • explorar actividades en relación al cuerpo y las sensaciones.	La persona logró involucrarse de forma activa en las sesiones encontrando un lugar en el grupo al mismo tiempo que disfruta de la compañía de los otros lo cual permitió que su desempeño en las actividades fuese más eficiente. En la graficación lograba plasmar de forma abstracta pensamientos y sentimientos positivos o negativos generados en la sesión y exponerlos al grupo verbalmente con argumentos contundentes y asertivos. En las sesiones demostró disfrute por la estimulación propioceptiva proveniente del suelo al estar descalzo, esto se vio reflejado en el cambio de hábitos que le permitían sentirse más cómodo en el desarrollo de la actividad.
GB-02	• Brindar oportunidad para dedicar un tiempo a sí mismo. • Comprometerse con la actividad y el espacio terapéutico. • favorecer la expresión de sentimientos de forma verbal y corporal. • Ampliar la gama de movimientos de concéntricos a periféricos.	La persona evidencio ganancias para verbalizar sentimientos sobre sí mismo generadas por la sesión, al mismo tiempo que mejoró la direccionalidad del movimiento y la fuerza impresa al mismo brindándole seguridad para asumir roles de liderazgo de forma voluntaria y expresar ideas que sirvieron como emergentes durante la sesión. Durante el cierre lograba dar simbolismo a la gráfica.
	• Beneficiar la experimentación a	La persona adquirió una percepción objetiva de las habilidades reconociendo lo que es

GB-03	través del cuerpo. • Comprometerse con la actividad y el espacio terapéutico • Favorecer conciencia e imagen corporal. • Favorecer la expresión de pensamientos y sensaciones de forma verbal y corporal • Lograr mantener la atención durante periodos prolongados en la actividad.	capaz de hacer y para lo que necesita ayuda, esto es verificado en la graficación en la cual desaparece un referente repetitivo representado por una figura humana básica llamada “Javier” que se transforma en simbologías coherentes con la situación presentada en la sesión que nace de la interacción con los materiales usados y la experiencia generada por estos.
GB-04	• Favorecer la cohesión al grupo. • Favorecer la expresión gestual y corporal. • Encontrar lugar dentro del grupo. • Disfrutar de las propuestas de las sesiones y de la compañía de los compañeros. • Comprometerse con la actividad y el espacio terapéutico.	Se observó aumento en la gama y fluidez de movimientos evidenciado en algunas sesiones en las que exploró los diferentes planos y calidades de movimiento. Se permitió en algunas sesiones disfrutar de las sensaciones brindadas por los compañeros.
GB-05	• Fortalecer la expresión gestual y corporal. • Potencializar la comunicación a través de la verbalización y el lenguaje corporal. • Facilitar la cohesión grupal. • Favorecer la conciencia e imagen corporal. • Comprometerse con la	En la persona se evidenció un cambio radical partiendo desde un plano bajo e indiferente a la participación en la actividad hasta moverse en planos medios y altos con movimientos periféricos con disposición hacia la actividad y disfrute de la misma debido a que sus propuestas fueron validadas por el grupo; todo ello impactó con el compromiso en la actividad y el espacio terapéutico. En la fase de la graficación la persona sale de su fijación con una figura geométrica que percibe como la habilidad más eficiente, en

	actividad y el espacio terapéutico.	el transcurso de las sesiones incrementó la confianza en sus capacidades porque se atrevió asumir responsabilidades adicionales.
--	-------------------------------------	--

Tabla 3. Reducimiento cualitativo según las bitácoras de la población.

- Esta tabla muestra que el 100% de la población obtuvo ganancia significativas al menos en dos aspectos desde los subsistemas volitivo y capacidad de desempeño, en la cual se tienen en común incremento de interacción, expresión verbal y ampliación en la gama de movimientos, sin embargo hubo dos participantes con amplios logros que repercuten en otras actividades terapéuticas y desempeño en actividades cotidianas.

A continuación se presentará una descripción del rendimiento grupal entre el pre test-pos test.

APRECIACIÓN GRUPAL PRE TEST	APRECIACIÓN GRUPAL POS TEST
• No aprovechan las oportunidades de interacción. El grupo se caracteriza por moverse desde movimientos concéntricos en planos medio y bajos. • Se les dificulta realizar contacto visual e iniciar la interacción. • La interacción entre el grupo es superficial. • La graficación muestra imágenes repetitivas con poco simbolismo y significado. • Pobre disposición a la actividad terapéutica. • La relación terapéutica entre el grupo y terapeutas fue distante con signos de ansiedad.	• Reconocen algunas oportunidades de interacción. • El grupo logró desplazar los movimientos concéntricos a periféricos, permitiendo abrirse a las posibilidades del movimiento y exploración de espacios desconocidos. • Ganaron conciencia corporal y reconocimiento de su cuerpo y de los otros. • Incrementaron los emergentes grupales en el desarrollo de las actividades para el enriquecimiento de las sesiones. • La graficación evidenció la verbalización, conciencia, y simbología de la sesión, dando cuenta de la evolución ganada en el proceso. • Se fortaleció la relación con

	las terapeutas y entre compañeros evidenciándose mayor interacción y confianza que repercutió en la fluidez de las sesiones.
--	--

Tabla 4. Rendimiento grupal pre test-pos test

- La tabla 4 muestra las ganancias globales cualitativas que se logró tras la aplicación de la técnica de Danza Movimiento Terapia que son resultado del insumo de las bitácoras.
- Además de ello las ganancias individuales repercutieron en el rendimiento grupal
-
- El total de la población mejoró en aspectos como la expresión, verbalización, gama de movimientos y relación terapéutica que incide en mejorar el rendimiento ocupacional en contextos naturales.

4.5. CUESTIONARIO PARA EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR

A continuación se presenta este instrumento cualitativo, que recoge la percepción de los profesionales en las fases del Pre test- Pos test.

Profesionales:(Terapeuta Ocupacional, Auxiliar de enfermería y Psicología)		
PREGUNTAS	RESPUESTAS PRETEST	RESPUESTAS POSTEST
1) ¿Qué competencias y logros brinda el espacio de Danza movimiento terapia?	PSICOLOGIA •Expresar pensamientos e ideas •Mejorar en las relaciones con sus compañeros •Disfrutar de las actividades que realiza •Colaborar con los compañeros en las actividades •Emprender tareas por iniciativa propia AUXILIAR DE ENFERMERIA •Mejorar en las relaciones con sus compañeros •Disfrutar de las actividades que realiza TERAPIA OCUPACIONAL •Colaborar con los compañeros en las actividades •Expresar sentimientos e ideas	PSICOLOGIA •Expresar pensamientos e ideas •Mejorar en las relaciones con sus compañeros •Utilizar adecuadamente los materiales de trabajo •Respetar el horario de actividades que brinda el hospital •Disfrutar de las actividades que realiza •Colaborar con los compañeros en las actividades •Emprender tareas por iniciativa propia AUXILIAR DE ENFERMERIA •Expresar pensamientos e ideas •Mejorar en las relaciones con sus compañeros •Disfrutar de las actividades que realiza •Colaborar con los compañeros en las actividades TERAPIA OCUPACIONAL •Disfrutar de las actividades que realiza •Emprender tareas por iniciativa propia
2) ¿Qué tipo de asuntos se trabajan en el espacio de Danza	PSICOLOGIA •Herramienta para hacer catarsis •Medio para expresar pensamientos y sentimientos •Movimiento como medio de	PSICOLOGIA • Herramienta para hacer catarsis • Medio para expresar pensamientos y sentimientos • Movimiento como medio de comunicación

Movimiento Terapia?	comunicación • Método de acondicionamiento físico AUXILIAR DE ENFERMERIA • Método de acondicionamiento físico • Movimiento como medio de comunicación TERAPIA OCUPACIONAL • Movimiento como medio de comunicación • Método de acondicionamiento físico	• Método de acondicionamiento físico AUXILIAR DE ENFERMERIA • Medio para expresar pensamientos y sentimientos • Movimiento como medio de comunicación • Método de acondicionamiento físico • Expresión corporal y coordinación de movimientos. • Promueve la dinámica corporal y la coordinación. TERAPIA OCUPACIONAL • Medio para expresar pensamientos y sentimientos • Movimiento como medio de comunicación
3) ¿Considera importante intervenir en relación al cuerpo y el movimiento?	PSICOLOGIA • “Sí, porque el cuerpo tiene gran importancia como medio de expresión, esta intervención nos permite conocer, describir y analizar las concepciones y características del cuerpo y movimiento como medio de expresión.” AUXILIAR DE ENFERMERIA • “Si, Específicamente les ayuda en la parte física y motora, lo cual aporta una buena circulación.”	PSICOLOGIA • “Sí, porque podemos observar que ha este grupo se le dificulta relacionarse con los demás compañeros.” • Porque en ocasiones los pacientes se le puede facilitar más la comunicación no verbal y mejorar la relación con sus compañeros. AUXILIAR DE ENFERMERIA • “Si, porque el cuerpo es parte del ser y necesita estímulo, también que se le fortalezca y se le ejercite” • “Si, porque así le ayudamos al mejoramiento del paciente

	• “Sí, porque mejora experiencia corporal e interactúan entre pacientes” TERAPIA OCUPACIONAL • “Si, porque el cuerpo en movimiento puede mostrar las fortalezas y deficiencias que una persona puede tener”	TERAPIA OCUPACIONAL • “Si, Porque es importante para un paciente comprometido físicamente tener la oportunidad de ejecutar actividades que sirvan a su reconocimiento corporal.” • “Si, porque el paciente con enfermedad mental en ocasiones tiende a volverse inexpresivo y a ejecutar movimientos en bloque, razón por la cual es importante brindar estímulos”
4) ¿Qué aporta el programa de Danza Movimiento Terapia en el proceso de rehabilitación de los participantes?	PSICOLOGIA • En las relaciones interpersonales con los usuarios • En la participación de actividades terapéuticas AUXILIAR DE ENFERMERIA • En las relaciones interpersonales con el equipo interdisciplinario • En la participación de actividades terapéuticas • En las relaciones interpersonales con los usuarios TERAPIA OCUPACIONAL • En las relaciones interpersonales con el equipo interdisciplinario	PSICOLOGIA • En las relaciones interpersonales con los usuarios • En las relaciones interpersonales con el equipo interdisciplinario • En actividades de la vida diaria • En la participación de actividades terapéuticas AUXILIAR DE ENFERMERIA • En las relaciones interpersonales con los usuarios • En las relaciones interpersonales con el equipo interdisciplinario • En actividades de la vida diaria • En la participación de actividades terapéuticas TERAPIA OCUPACIONAL • En las relaciones interpersonales con el equipo interdisciplinario • En actividades de la vida diaria

5) ¿Cómo es la apariencia física del grupo en términos de vestido, higiene y presentación personal?	PSICOLOGIA •regular AUXILIAR DE ENFERMERIA •Buena TERAPIA OCUPACIONAL •Buena	PSICOLOGIA •Excelente AUXILIAR DE ENFERMERIA •Buena TERAPIA OCUPACIONAL •Buena
6) ¿Cuál es la actitud del grupo frente al desarrollo del programa de Danza Movimiento Terapia?	PSICOLOGIA •Lento, Inactivo AUXILIAR DE ENFERMERIA •Relajado, Cómodo TERAPIA OCUPACIONAL •Lento, Inactivo	PSICOLOGIA • Relajado, Cómodo AUXILIAR DE ENFERMERIA • Inquieto, hiperactivo TERAPIA OCUPACIONAL • Relajado, Cómodo
7) ¿Cómo es el comportamiento hacia el equipo interdisciplinar?	PSICOLOGIA • Sigue las instrucciones AUXILIAR DE ENFERMERIA • Sigue las instrucciones TERAPIA OCUPACIONAL • Sigue las instrucciones	PSICOLOGIA • Sigue las instrucciones AUXILIAR DE ENFERMERIA • Sigue las instrucciones TERAPIA OCUPACIONAL • Sigue las instrucciones
8) ¿Cómo cree que incide la aplicación de Danza Movimiento	PSICOLOGIA • Es favorecedora en su totalidad AUXILIAR DE ENFERMERIA • Es favorecedora en algunos aspectos	PSICOLOGIA • Es favorecedora en su totalidad AUXILIAR DE ENFERMERIA • Es favorecedora en su totalidad • Favorece comportamientos improductivos con

Terapia en las relaciones interpersonales del grupo?	TERAPIA OCUPACIONAL • Es favorecedora en algunos aspectos	los demás usuarios TERAPIA OCUPACIONAL • Es favorecedora en su totalidad
9) El grupo parece: • disfrutar de las actividades • Ir por obligación • No le gusta ir y disfrutar de las actividades.	PSICOLOGIA • Disfrutar de las actividades • Ir porque es una obligación AUXILIAR DE ENFERMERIA • Disfrutar de las actividades • Ir porque es una obligación TERAPIA OCUPACIONAL • Ir porque es una obligación • Disfrutar de las actividades	PSICOLOGIA • Disfrutar de las actividades • Ir porque es una obligación AUXILIAR DE ENFERMERIA • Disfrutar de las actividades TERAPIA OCUPACIONAL • Disfrutar de las actividades

TABLA 4. Respuestas dadas por los profesionales al Cuestionario para el equipo interdisciplinar acerca de las percepciones sobre el programa de danza movimiento terapia y proceso de rehabilitación llevado en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, pre test-pos test.

- La tabla 4 está compuesta por secciones donde se abordan aspectos generales y específicos; las preguntas generales fueron orientadas a definir el espacio de Danza Movimiento Terapia, mientras que las específicas dan cuenta de la actitud y comportamiento de los participantes.
- En los aspectos generales, los profesionales coincidieron en que el espacio de Danza Movimiento Terapia permite: expresar pensamientos e ideas a través de su cuerpo y movimientos, accediendo a la comunicación entre compañeros, mejorar relaciones, participar por medio del disfrute de las actividades propuestas y de la vida diaria.
- En los aspectos específicos se evidencian evoluciones entre el pre test y pos test porque los profesionales perciben un cambio de actitud en el grupo pasando de asistir de forma obligatoria, con comportamiento regular, siguiendo instrucciones, con inactividad en el trabajo que realizan, a cambios positivos donde los participantes tienen un buen comportamiento a lo cual siguen instrucciones, se sienten cómodos con el trabajo realizado, mejorando sus relaciones interpersonales y disfrute de las mismas.
- La totalidad de los profesionales percibieron un cambio en relación al cuerpo/movimiento y a las emociones- sentimientos de los participantes, no sólo a lo mecánico del movimiento, sino a la conexión entre lo físico/motor y psicológico/mental/afectiva, puesto en función de una ganancia en la consciencia corporal y una articulación entre lo que los participantes sienten y realizan en su cotidianidad institucional.

5. ANÁLISIS

A continuación se desarrollará el análisis de la información tomando como base la matriz de análisis creada para esta investigación.

5.1. EJE TEMATICO VOLICIÓN

Dando cuenta del objetivo general planteado en la investigación el impacto sobre el desempeño ocupacional tras la aplicación de la técnica de Danza Movimiento Terapia es positivo por las ganancias obtenidas tanto en el sentido de causalidad personal, autoeficacia, valores e intereses, y la extensión de dichas ganancias hacia el desempeño en formas ocupacionales en la rutina institucional.

Este subsistema impacta sobre el desempeño ocupacional porque se transforma significativamente por los cambios en todas las etapas del ciclo volitivo. Para hablar de la primera fase de este ciclo es necesario remitirnos a la implicación de la causalidad personal y autoeficacia porque estas dan cuenta de la autopercepción de las capacidades y de su uso.

Ejemplificando la causalidad personal se retoman las bitácoras realizadas las cuales demuestran el incremento de emergentes⁷⁰ en las actividades, tal como lo indica la segunda sesión con 5 emergentes del grupo, mientras que la séptima sesión se incrementó a 15 emergentes. Este dato corrobora el cambio en el sentido de capacidad personal ya que la percepción de competencia garantiza el desempeño en las actividades, como lo define Kielhofner.

El Cuestionario Volicional apoya esta afirmación porque el pre test recoge como puntuación más baja ítems relacionados con este “busca desafíos” y “busca responsabilidades adicionales”, mientras que en el pos test estos ítems incrementan en puntuación.

⁷⁰ Término usado en Danza Movimiento Terapia que involucra propuestas, temáticas y movimientos que los participantes de una sesión plantean desde las emociones, pensamientos y sentimientos como una necesidad a ser desarrollados.

Así el cambio de percepción de competencias en habilidades se convirtió en un reto a sumir lo cual se vio reflejado en el desempeño de las siguientes sesiones.

Para conocer el impacto de la autoeficacia de los usuarios en el desempeño ocupacional, la bitácora del 8 de abril en la fase del cierre se refleja este hecho cuando uno de los participantes del programa menciona:

“[la persona menciona] pero yo no sé (por su nivel de escolaridad nula). Entonces [la terapeuta] le dije que lo iba a apoyar en esta parte de la actividad. El por su parte se mostró calmado. Sentí que esta situación se repitió porque la persona buscaba compensar la percepción de competencia de sus habilidades donde refleja lo único en que aparentemente es bueno”

En la sesión del 29 de Abril de 2013 esta misma persona, tras dibujar a “Javier”⁷¹, se arriesga asumir nuevos retos:

“[la persona] mencionó yo dibujó la pared y también hice lo que dibujamos en la pared. Además explica que dibujó una letra y me pregunta [terapeuta] ¿qué letra es?, yo le respondí “parece la letra “e”. Sentí que este dibujo fue genial, porque [la persona] anteriormente se preocupaba por lo que dibujaba, y constantemente refería: es que yo no sé. Por ende solo dibujaba a “Javier”, pero este dibujo abstracto, lleno de trazos y líneas ondulantes me hizo pensar que ya no se preocupaba por el dibujo final, por lo que era, más bien un dibujo que queda a la interpretación de los demás. A pesar de su escolaridad se permite con tranquilidad mostrarse ante el grupo y no se escudó en decir “es que yo no puedo” como antes lo decía.”

⁷¹“Javier” es una figura humana básica que es reincidente en las gráficas de esta persona durante las cinco primeras sesiones.

La elección como segunda fase del ciclo volicional, también fue impactada por el programa en relación a las elecciones de actividad que se posibilitaron en este espacio; para dar cuenta de ello se remite a la bitácora realizada el 8 de abril del 2013:

“[la persona], inició haciendo gestos con su boca para presentarse y se notó su esfuerzo, porque a pesar de su enfermedad eligió asistir a la actividad. Esta decisión fue sorpresiva puesto que esta persona anteriormente refería asistir a terapia ocupacional porque es una obligación. Sin embargo, para esta ocasión tiene la posibilidad de elegir su asistencia. Esta persona decide asistir porque expresa que le aporta mucho más que quedarse en la sala”

De esta forma se puede ver como las decisiones de participación sólo se producen cuando la persona tiene clara la eficacia de sus habilidades, promoviendo las elecciones ocupacionales siendo de mayor complejidad y significativas para la vida de la persona. El cuestionario volitivo verifica el incremento de las elecciones en el desarrollo de las actividades, mejorando así su desempeño en actividades de naturaleza ocupacional.

El ACIS en la aplicación del pre test refleja la incidencia de lo que piensan los participantes y cómo influye esto sobre lo que hacen, este hecho se respalda en que el ítem “se relaciona”, de la categoría relaciones, al inicio del programa obtuvo uno de los puntajes más bajos. En el pos test se muestra un aumento significativo debido a que el espacio facilitó la interacción con otros debido a que la mayoría de la población tiene en común el ciclo vital, como lo clasifica Erickson adultez media comprendida entre 25-60 años. Este hecho es un factor que facilita la identificación con el grupo gracias a los roles desempeñados previa y actualmente, a los intereses compartidos y la condición de inimputable que experimentan. Esto cobra validez entre los miembros del grupo porque este es el encargado de reconocer, validar y comprender los sentimientos de ineficacia, roles informales, y competencia en las habilidades.

La experiencia como tercer paso del ciclo volicional surge de lo que se ha hecho y se ha experimentado durante el trayecto de la vida, por tanto los intereses que cada persona tiene dan valor a las actividades que desempeña. Esto se determinó

cuando los participantes mostraron por medio del cuerpo y el uso de diversos materiales, los intereses y deseos a partir de propuestas de movimiento que proporcionan una simbología que llenan de significado las ocupaciones realizadas en el pasado.

La bitácora realizada el día 15 de marzo evidencia el disfrute por reproducir patrones ocupacionales de actividades productivas como pesca, ordeño, corteros, recolectores de café, tenderos, entre otros. Esto concuerda con la etapa de adultez media caracterizada por el desempeño de roles productivos.

La experiencia se construye a partir de los antecedentes que la persona tiene como valores. Este aspecto resignifica la experiencia y la convierte en una vivencia mucho más significativa cargada de disfrute. Esto se corrobora en el registro de la bitácora del 15 de abril de 2013:

“[La persona] dibujó la ruana que hicimos. Sentí [la terapeuta] que este dibujo fue el más elaborado que ha hecho, ya que le imprimió el detalle del agujero [al plástico burbuja] para meter la cabeza y cuando le pregunté ¿porque le gustó la ruana?, el me respondió: es que soy campesino”.

La experiencia de cada persona es diferente a pesar que tenga la misma edad, condición física, social, cultural y contexto. Estas vivencias pueden ser positivas o negativas, la primera debido a que generan satisfacción con el resultado de sus esfuerzos y/o con la calidad de su desempeño o producto, y la segunda permite anticipar acciones futuras de una actividad que resulte frustrante. El programa significó para los participantes una exploración y reconocimiento de habilidades, experiencias previas, exploración de espacio, objetos, reconocimiento de su cuerpo orientado al movimiento enfrentándose a lo desconocido y tomando riesgo al enfrentar lo no vivido.

Las características de las actividades durante la experiencia del Programa de Danza Movimiento Terapia, facilitaron a las personas evocar recuerdos, modificar

experiencias pasadas y compartirlas con los compañeros, así éstas hayan sido disfrutadas, valiosas o no.

El ciclo volitivo se completa con la interpretación que este grupo poblacional hizo de la experiencia ofrecida por el programa que posibilitó ampliar las perspectivas desde la verbalización. La reflexión que se realizó en cada sesión, fue gradual partiendo de gráficos, hasta la producción de un texto escrito y hablado. La ganancia fue evidente en términos de autoconocimiento, convicción personal y sentido de capacidad personal. La bitácora del 22 de abril de 2013 apoya esta afirmación, cuando se solicita a un participante durante el cierre de la actividad que comparta su experiencia con el grupo:

“[la persona] hizo su nombre en toda la hoja. Le pregunté [la terapeuta] porque hizo eso. El me respondió “es que eso dice que soy una persona madura, y me logré identificar conmigo mismo, al participar de esta sesión, y a pesar de las dificultades que tuve logre superarlas desde lo que soy y quien soy”. Esta respuesta me alegró mucho porque sentí que [la persona] verbalizó sus sentimientos con una construcción desde el autoconcepto e imagen corporal”

Los elementos mencionados anteriormente hacen pensar que los aspectos volitivos influyen sobre el desempeño ocupacional porque permiten que la población dé sentido a lo que hace, a pesar de convivir en una rutina institucionalmente impuesta y aunque los roles asumidos sean pasivos o impuestos por las dinámicas institucionales previamente establecidas por el equipo interdisciplinar. Los cambios evidenciados durante el programa no solo se reflejan en el desempeño de las actividades terapéuticas, sino que se extienden a otras formas ocupacionales como lo evidencia el cuestionario volitivo y el rendimiento del grupo en actividades de la vida diaria.

Es por ello que las posibilidades que ofreció el espacio de Danza Movimiento Terapia mejoraron en las personas la capacidad de reflexión y conciencia de sus propias limitaciones y habilidades gracias al cambio de contexto que permitió el espacio, posibilitando modificaciones de pensamientos y sentimientos en el ejercicio consiente de las capacidades del cuerpo.

5.2. EJE TEMÁTICO: CAPACIDAD DE DESEMPEÑO

Dando cuenta del objetivo general planteado en la investigación el impacto sobre el desempeño ocupacional tras la aplicación de la técnica de Danza Movimiento Terapia fue provechoso por las ganancias obtenidas en las experiencias corporales derivadas del componente subjetivo (cuerpo vivido).

Los resultados del instrumento volicional demuestran que las personas incrementaron la capacidad de actuar a través del cuerpo en función del desempeño en formas ocupacionales como las actividades de autocuidado y terapéuticas representadas en la etapa de exploración que se manifiesta en curiosidad e interés por el ambiente, en encontrar que algunas cosas son interesantes y significativas de hacer y en la iniciación de acciones en el entorno inmediato⁷².

Evidencia de ello son los resultados obtenidos en el cuestionario volicional el cual presenta una pequeña brecha en la ejecución de actividades de autocuidado (alimentación) en los dos momentos de aplicación del instrumento, a diferencia de las actividades terapéuticas evaluadas que presentan un incremento hasta de 15 puntos. Esto indica que el desempeño de las personas en actividades de tipo ocupacional básicas se vio potenciado por las actividades de Danza Movimiento Terapia, porque los objetivos y metodología abordada en este programa estuvo direccionada a la experiencia corporal, la interacción con otros y su contexto lo que conllevó a cambios en las actitudes psíquicas, promoviendo la salud y desarrollo como lo refiere Schmais (1985).

En el transcurso de las sesiones hubo un incremento en la gama de movimientos utilizados, así como exploración del movimiento desde los diferentes planos y finalmente, ampliación en la calidad de esfuerzo. Ejemplo de ello es [la persona] en la sesión del 5 de abril:

⁷² Ibid. 6

“se desplazaba desde el centro del espacio hasta la esquina derecha, daba media vuelta y regresaba deteniéndose ocasionalmente a observar lo que hacían sus compañeros, lo cual muestra una diferencia en comparación de las sesiones previas al lunes 18 de marzo donde hace referencia que esta persona se ubica en el centro del salón y gira sobre su mismo eje”

Otro ejemplo de ello se recoge en la bitácora del 29 de abril de 2013:

“Me sorprendió [la terapeuta] que [la persona] se extendiera en tiempo para esta relajación. Frecuentemente lo hace rápido y era interesado terminar la tarea. Pero en este momento se tomó más tiempo para pintar sobre el cuerpo de su compañero. Esta situación no la había visto en tal magnitud. Esta calidad de tiempo-sostenido- que está explorando [la persona] se evidenció en muchas partes de esta sesión, pero se hizo más evidente en este momento. A pesar de que todos habíamos terminado, el continuo en este movimiento demostrando satisfacción”.

Lo dicho anteriormente se refleja en la categoría de dominio físico del instrumento de evaluación ACIS en el cual se presentan los resultados de dicha categoría como los más altos y constantes de la prueba en sus dos momentos de aplicación, lo que demuestra que las personas incrementaron en gran medida sus habilidades requeridas para usar el cuerpo como medio de presentación visible para los otros. Así estos comportamientos físicos determinan cuán satisfactorio es el proceso de comunicación que tiene implícito el desempeño en roles, el desarrollo de tareas ocupacionales y el establecimiento de relaciones afectivas.

Se relacionaron los resultados de los instrumentos de evaluación ACIS y VQ que dieron cuenta del impacto sobre el desempeño ocupacional con la aplicación de la técnica de Danza Movimiento Terapia porque se trabaja desde el reconocimiento de la acción corporal y la posibilidad del movimiento de la persona que permiten ampliar su gama de movimientos que repercute directamente en la funcionalidad de sus actividades ocupacionales. De esta forma el cuerpo se abre a las posibilidades brindadas por su ambiente mejorando la relación con otros.

La experiencia alterada afecta el desempeño ocupacional porque la interacción con el entorno será de acuerdo a la realidad del cuerpo que se ve permeada por la experiencia de relacionarse con el mundo de forma diferente. Este hecho evidencia que el área de competencia del instrumento volicional no sólo tiene los puntajes más altos sino también los más constantes en sus dos momentos. Por otro lado el área de logro a excepción de “cumple” posee los ítems más bajos, esto explica como las personas están conductuadas a vivir en torno a una rutina preestablecida por el contexto, que limita su capacidad de elección de actividades ya que exige el cumplimiento de una rutina instaurada y de la misma forma limita la elección de ocupaciones porque predetermina las actividades, tiempos y relaciones.

Es así que se establece un vínculo entre la categoría “logra” del VQ e “intercambio de información” del ACIS que tienen en común que son las categorías con los ítems de menor puntaje en las dos pruebas y que requieren de la capacidad de la persona para interactuar con el ambiente a través del lenguaje verbal y/o corporal.

Esto radica en la capacidad de la persona de expresar ideas y pensamientos coherentes, necesarios para buscar, recibir y brindar información en la ejecución de la actividad ocupacional en la cual se desempeña. Esto se consigue a través de la experiencia que hace parte del ciclo volicional compuesto por la anticipación, elección, experiencia e interpretación que permite a la persona mejorar el desempeño orientándose a hallar una respuesta acorde a sus expectativas e intereses.

La aplicación de la técnica Danza Movimiento Terapia generó cambios en los patrones de sentimientos, pensamientos y la experiencia de conocer el mundo a través del cuerpo, debido a que este tipo de estrategia promovió la validación, identificación, retroalimentación, estructura, acompañamiento y contención física⁷³ de los asistentes para potenciar sentimientos de eficacia y compromiso con su

⁷³Crepeau, Cohn. Willard&Spackman. Terapia Ocupacional. 11 ediciones. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, Argentina. 2009

proceso de rehabilitación, de esta forma facilitó su elección y mejoró la ejecución en formas ocupacionales.

Con esto podemos decir que las formas ocupacionales y la forma de vivir el cuerpo tiene una relación directa, es decir que el comportamiento ocupacional pueden cambiar por el modo en que las personas mueven sus cuerpos, y lo que experimentan con ello, y que la forma de mover y vivir el cuerpo es una respuesta adaptativa al ambiente en que se desarrollan los roles, y las formas ocupacionales.

Para finalizar, esta técnica aporta al proceso de rehabilitación e inclusión social de la persona que va en línea con la misión institucional ya que promueve la calidad de vida de las personas ofreciendo posibilidades de rehabilitación integral y de calidad.

5.3. ANÁLISIS DEL CUESTIONARIO AL EQUIPO INTERDISCIPLINAR

Antes de iniciar la intervención con las 11 personas se entregaron los cuestionarios al equipo interdisciplinario, en este se realizaron dos tipos de preguntas; la primera de forma general dirigidas a identificar las percepciones de cada profesional sobre el espacio para el programa de Danza Movimiento Terapia, específicamente con personas con esquizofrenia en condición de inimputabilidad, y la segunda de tipo particular en la que se tenía en cuenta la actitud, disposición, corporalidad y disfrute de los participantes. Al dar término del programa se entregó nuevamente el cuestionario a los mismos profesionales para hacer la comparación del pre test- pos test.

Al comparar las preguntas generales en el pre test – pos test se identifica que la apreciación y conocimiento que los profesionales tienen acerca del programa realizado y sus beneficios son mayores en el pos test.

Esto se puede evidenciar en la respuesta número 3 la cual solicitaba a los profesionales escribir sus opiniones:

[TERAPIA OCUPACIONAL - pre test] “Sí, porque el cuerpo en movimiento puede mostrar las fortalezas y deficiencias que una persona puede tener”

[TERAPIA OCUPACIONAL - pos test] “Sí, Porque es importante para un paciente comprometido físicamente tener la oportunidad de ejecutar actividades que sirvan a su reconocimiento corporal.” - “Sí, porque el paciente con enfermedad mental en ocasiones tiende a volverse inexpresivo y a ejecutar movimientos en bloque, razón por la cual es importante brindar estímulos”

[PSICOLOGIA - pre test] “Sí, porque el cuerpo tiene gran importancia como medio de expresión, esta intervención nos permite conocer, describir y analizar las concepciones y características del cuerpo y movimiento como medio de expresión.”

[PSICOLOGIA - pos test] “Sí, porque podemos observar que ha este grupo se le dificulta relacionarse con los demás compañeros, porque en ocasiones los pacientes se les puede facilitar más la comunicación no verbal y mejorar la relación con sus compañeros”

Estas respuestas permiten observar que al inicio del programa no se tiene en cuenta a la persona, cuerpo y movimiento, sin embargo en el pos test manifiestan los beneficios brindados por este programa; que se refleja en el desempeño ocupacional incrementando la participación de las personas, y las formas de interactuar con otros, permitiendo que su desempeño en actividades sea más exitoso.

Además las respuestas de las preguntas generales de todos los profesionales son más descriptivas en el pos test asegurando que el programa de Danza movimiento Terapia ejecutado, influyó en el disfrute de las actividades, la comunicación con sus compañeros, participación de actividades terapéuticas y ejecución de actividades de la vida diaria⁷⁴. Este hecho apoya la tesis desarrollada en los

⁷⁴ Se pueden observar en las preguntas 1,2 y 4 del cuestionario para el equipo interdisciplinar

apartados anteriores, puesto que la percepción profesional corrobora el impacto sobre el desempeño ocupacional, además porque contar con otra perspectiva y opinión profesional otorga mayor objetividad a la evolución de la población que coincide con la hipótesis desarrollada en esta investigación.

Al comparar las preguntas específicas pre test-pos test, se puede mencionar que los profesionales observaron cambios positivos y significativos en la actitud, apariencia física, y volición de los participantes. Debido a que señalan que este espacio permitió el disfrute y no la obligación de asistir, permitiendo favorecer comportamientos improductivos y actitud inactivas de los participantes.⁷⁵

⁷⁵ Se pueden observar en las preguntas 5,6,7,8 y 9 del cuestionario para el equipo interdisciplinar

6. CONCLUSIONES

- La intervención de Terapia Ocupacional y la aplicación de la técnica de Danza Movimiento Terapia facilitó ganancias sobre el desempeño ocupacional al mejorar y fortalecer aspectos asociados a la volición y capacidad de desempeño dimensionado en la participación de la población en formas ocupacionales que favorezcan el máximo aprovechamiento de los propios recursos y los del entorno. Esto permitió dar respuesta a la pregunta planteada por la investigación a la vez que confirmó la hipótesis de la misma.
- Trabajar desde el abordaje de la técnica de Danza Movimiento Terapia permitió reafirmar el paradigma de intervención biopsicosocial de discapacidad, debido a las fundamentaciones del desarrollo biológico, psicológico, social y calidad de vida que permitieron involucrar y hacer partícipe al individuo del proceso de rehabilitación, siendo los resultados parte de ese proceso de adherencia y así extender dichas ganancias hacia el desempeño en actividades de la vida diaria y en la rutina institucional.
- Realizar una investigación planteada a partir de la intervención de Terapia Ocupacional con una técnica psicoterapéutica como la Danza Movimiento Terapia, permitió ahondar en otras áreas del conocimiento que brindan herramientas para el ejercicio profesional y las posibilidades psicoterapéuticas con las cuales intervenir, y proyectar trabajos de investigación futura que consoliden este tipo de intervenciones basado en evidencias previas.
- La relación entre la condición de inimputabilidad por trastorno mental y la aplicación de una estrategia psicoterapéutica impacta positivamente sobre el desempeño ocupacional de los participantes en actividades cotidianas dimensionadas en la validación del proceso de rehabilitación, teniendo como punto de partida las necesidades y posibilidades de la población.

- Al ser una propuesta innovadora se generó acogida por parte de la institución quien facilitó espacios, materiales y población de estudio, permitiendo una participación activa y constante, correlacionado con el incremento en la consecución de los resultados obtenidos presentados en este documento. De esta manera, es posible resaltar al contexto como un referente importante para el desarrollo de estas propuestas dado que el trabajar en conjunto permitió vivenciar roles desempeñados previos y actuales y experimentar intereses mutuos en transversal a la condición de inimpugnabilidad que afrontan a partir de una base terapéutica grupal fundamentada.
- Trabajar bajo la línea metodológica pre test-pos test permitió establecer un paralelo entre la posición inicial y final, en relación a los componentes volitivos y capacidad de desempeño de los participantes de la investigación, generando así evidencia basada en la práctica de Terapia Ocupacional en la intervención con técnicas psicoterapéuticas permitiendo posicionar a Colombia como un país que usa estrategias de intervención novedosas en el área psicosocial.
- Contar con un grupo que posee características homogéneas, que habitan un mismo contexto físico y comparten dinámicas grupales facilitan el nivel de confianza e identidad, lo cual permitió a las investigadoras desarrollar las diversas estrategias planteadas y trabajar a partir de una base terapéutica grupal ya fundamentada.
- La utilización de un diario de campo facilitó el registro y visualización de los resultados individuales y grupales de los participantes durante el programa, permitió contar con información descriptiva basada en el principio de comprender la individualidad de los participantes, las formas de expresar sus pensamientos o sentimientos y su capacidad de desempeño social e interacción en un entorno institucionalizado.

- Abordar temas como estos en proyectos de investigación benefician a las instituciones prestadoras de servicios de salud en el área psicosocial y a los equipos interdisciplinarios que abordan el tema con usuarios institucionalizados en condición de inimputabilidad dimensionado en beneficios para optimizar los procedimientos, aumentar la calidad de los servicios, alcanzar los objetivos terapéuticos de cada institución, disciplina y o área del conocimiento alrededor del uso de este tipo de estrategias terapéuticas innovadoras.
- A nivel de contribución social utilizar este tipo de estrategias redundan en beneficios en la calidad de las interacciones de los usuarios, en habilidades sociales, establecimiento de vínculos, retos, roles, percepción de efectividad para resolver situaciones adversas y capacidad de dar respuestas al medio familiar y social que los recibirá al culminar la medida de seguridad.
- La intervención propuesta tiene relevancia a partir de los aportes y las percepciones que formuló el equipo interdisciplinario, ello hace pensar que es posible plantearse metas y objetivos puntuales focalizados en este tipo de población, a fin de brindar oportunidades de equiparación durante la permanencia en el ámbito hospitalario, así como, optimizar la utilización de materiales o recursos disponibles y proyectar la adaptación de la persona a su contexto familiar y social al culminar la institucionalización.
- Como resultado de la intervención terapéutica se obtuvieron cambios positivos en los usuarios con respecto al propio desempeño, a la capacidad de experimentar, interpretar y evaluar lo que hace e igualmente a la necesidad de exploración y dominio del entorno, que implica reconocimiento, asignar valor y sentido a nivel individual, grupal y social.

- La condición de inimputabilidad e institucionalización prolongada brinda la oportunidad de llevar a cabo estrategias psicoterapéuticas, que permiten fortalecer aspectos relacionados con la motivación intrínseca, sentido de pertenencia por la institución, estructuración de hábitos y rutinas, así como la consolidación de redes de apoyo que promueven la necesidad de continuar implementando este tipo de estrategias que procuran sin duda contribuir al cumplimiento de objetivos terapéuticos integrales.
- Se esperaría finalmente como profesionales en Terapia Ocupacional promover aspectos relacionados con la participación social y equiparación de oportunidades que se han visto afectados en este grupo poblacional y contribuir a que los participantes logren realizar procesos de adaptación efectivos a su contexto familiar y social al culminar su institucionalización.

7. RECOMENDACIONES

- Tras enumerar los problemas económicos, sociales, políticos, judiciales por los que la población con esquizofrenia en condición de inimputabilidad atraviesa, es indispensable que las siguientes investigaciones permitan realizar avances significativos en todos los ámbitos que se afectan.
- Es necesario que el Estado colombiano diseñe programas que permitan ampliar las oportunidades de inclusión de esta población como complemento de las acciones sociales, políticas y económicas. Por ende es preciso repensar los criterios de egreso institucional y las posibilidades de realizar seguimiento a los casos. Esto porque se ha demostrado la pérdida del capital humano en la hospitalización y el deterioro de estas personas al suprimirse sus roles vitales.
- Enriquecer los procesos terapéuticos de la población inimputable por trastornos mentales con técnicas de intervención que contribuyan a mejorar la calidad de vida y aporten a su bienestar. De esta forma se hace visible la propuesta de intervención hacia otros grupos poblacionales, debido a la satisfacción en los resultados encontrados. Todo ello, posibilitará plantear un programa con una base clínica de directriz en relación con base a la evidencia actual.
- Establecer programas terapéuticos novedosos tal como representa la Danza Movimiento Terapia y mantenerlos en el tiempo con el fin de mantener las habilidades. Con ello se ofrecerá un servicio con estándares de calidad científica y humana.
- Desarrollar nuevas investigaciones que profundicen la articulación de las técnicas empleadas para la intervención de la población inimputable que se proyecten hacia resolver otras problemáticas que giran en torno a este hecho. De esta forma, se puede generar evidencia investigativa y actualizar la situación social, económica y ocupacional de la misma.

8. LIMITACIONES

- La poca documentación disponible en relación a evidencia basada en la práctica de terapia ocupacional en su intervención con técnicas psicoterapéuticas, dificultó la adquisición de información necesaria para la investigación.
- Debido a razones administrativas y organizacionales no se logró cumplir con las 20 sesiones planteadas para el proyecto.
- A causa de asuntos organizacionales con la empresa contratista a cargo del aseo el tiempo de las sesiones se redujo ya que el espacio no estuvo dispuesto a tiempo.
- Dado que la sala cuenta con un auxiliar de enfermería disponible para acompañamiento, que fue asignado a otro grupo terapéutico. Las sesiones se llevaron a cabo sin compañía de personal de la institución.

BIBLIOGRAFÍA

AVANCES EN SALUD MENTAL RELACIONAL / ADVANCES IN RELATIONAL MENTAL HEALTH. En: revistainternacional [online]. Julio 2009. [Citado 23, junio 2012].

BASE DE DATOS USUARIOS ENERO-DICIEMBRE DE 2013, SALA 9. Terapia Ocupacional. Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle. 2013.

BRUNER, J. (1990). Acts of meaning. Cambridge, MA; Harvard University Press.

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES 10°. Organización Mundial de la Salud. 1992.

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. ISBN 92 4 154544 5. 2001. editorial IMSERSO.

CÓDIGO PENAL COLOMBIANO. Ley 599 del 2000. Título III. Capítulo único.

CREPEAU, COHN. Willard&Spackman. Terapia Ocupacional. 11 ediciones. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, Argentina. 2009

CRUZ VILLARES, Cecilia. ¿Es posible disminuir el estigma asociado a la esquizofrenia? En Universidad Federal de São Paulo – UNIFESP [online]. [Citado 10, agosto, 2012]. Disponible en: <http://espanol.world-schizophrenia.org/alianza/members/cecila.spanish.pdf>.

CUEVAS, M. G. (S/D). Algunas consideraciones sobre inimputabilidad y peligrosidad. El duelo y el acto. [Online]. [Citado 12, agosto, 2012]. Disponible en: <http://psicologiajuridica.org/psj154.html>.

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2004, Ginebra. Invertir en Salud Mental, impreso en Suiza.

DE LAS HERAS, Carmen Gloria. GEIST, Rebecca. KIELHOFNER, Gary. Li, Yanling. [Online]. Manual Del Usuario Del Cuestionario Volicional (Vq). College of Applied Health Sciences, University of Illinois at Chicago. [Citado 20, octubre 2012]. Disponible en: www.moho.uic.edu.

EQUIPO INVESTIGATIVO DEL PROGRAMA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO, Salud Mental en Colombia parte I. Agosto de 2008.

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL. ACUERDO 008 DEL 19 DE DICIEMBRE DE 2006. Gestión Documental. Hospital Psiquiátrico Universitario Del Valle.

ESTUDIO NACIONAL DE SALUD MENTAL. Bogotá - Colombia. Ministerio De La Protección Social. 2003.

FILICIDIO: UNA REVISIÓN. En: Revista Colombiana De Psiquiatría [online], Volumen 35. Enero- marzo 2006. [Citado 13 julio 2012].

FORSYTH, Kirsty. [Online]. Manual Del Usuario Del Evaluación De Las Habilidades De Comunicación E Interacción (ACIS). College of Applied Health Sciences, University of Illinois at Chicago. [Citado 20, octubre 2012]. Disponible en: www.moho.uic.edu.

FRESAN, Ana. TEJERO, Josune. APIQUIAN, Rogelio. LOYZAGA, Cristina, GARCÍA, María, NICOLINI, Humberto. Aspecto Penales y Características Clínicas de la Criminalidad en la Esquizofrenia. Salud Mental. En: redalyc.org [online]. 2002.Vol. 25 número 005, [citado 8, agosto, 2013]. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58252508>.

GIL, Laura. TAMAYO, Lukas. RAMÍREZ, Juan Diego. GUERRERO, Claudia. TORO, Sandra. DUQUE, Jorge Eduardo. MOSCOSO, Oscar. RESTREPO, Francia, VALDERRAMA, Alexandra. Caracterización de la Onda P300 en Pacientes Colombianos con Diagnostico de Esquizofrenia. En: Revista Colombiana de Psiquiatría [online]. Volumen 38. N° 3 de 2009. [Citado 3, septiembre, 2012]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicosis/esquizofrenia/44991/>.

GOFFMAN. Erving. [Online]. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Primera edición. Amorrortu editores. [Citado 27, abril, 2013]. Disponible en: <http://docencia.izt.uam.mx/egt/Cursos/MetodologiaMaestria/GoffmanInternados.pdf>

GUÍA PARA LA PLANEACIÓN DEL COMPONENTE DE SALUD MENTAL EN LOS PLANES TERRITORIALES DE SALUD. Bogotá, D.C. Ministerio De La Protección Social. 2005.

GUSSAK, David. PhD, ATR-BC, La Terapia del arte con los presos: un estudio piloto. La Universidad del Estado de Florida, MCH 126, Tallahassee, FL 64480 3230, EE.UU. Disponible en línea el 19 de agosto de 2004.

KIELHOFNER, Gary. Modelo De La Ocupación Humana. Teoría Y Aplicación. Tercera edición. Traducido Por Editorial Medica Panamericana S.A. 2004. 566 p.

KRONENBERG, Frank. SIMO, Salvador. POLLARD, Nick. Terapia Ocupacional Sin Fronteras. Aprendiendo Del Espíritu De Supervivientes. Primera edición. Traducido por editorial medica panamericana 2005. 470 p.

LEDER, D. (1990). Medicine's paradigm of embodiment. *Journal of Medical Philosophy*, 9, 9-43.

LEÓN, ÁNGELA. RODRÍGUEZ, JAVIER. Experiencia artística con pacientes esquizofrénicos del programa Hospital Día. Escuela Arte Dramático, Facultad de Artes Integradas. Universidad del Valle. Santiago de Cali. 2003

MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, DSM IV. 1995. MASSON, Barcelona.

MÁRQUEZ ROMERO, Raúl. Temas de Derecho. Instituto de Investigaciones Jurídicas. Serie Doctrina Jurídica número 128. Seminario de cultura Mexicana. Universidad Autónoma del Estado de México. En: Universidad Nacional del Estado de México. 2002 [online]. [Citado 5, octubre, 2012]. Disponible en: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/fondoed/fondoed.pdf>.

MARTÍNEZ MORA, Andrea Paola. Análisis de un Tratamiento Individual de Danza Movimiento Terapia en un Caso Crónico de Esquizofrenia Residual. Tesis de Master en Terapia a través del Movimiento y la Danza (DMT). Barcelona: universidad de Barcelona España. 2009.

MENTAL HEALTHCONTEXT. Organización Mundial De La Salud. 2003.

MENTAL HEALTH POLICY, PLANS AND PROGRAMES. Organización Mundial De La Salud. 2005.

MORALES AGUAYO, Cuauhtémoc. Tratamiento psicológico de enfermos mentales graves en reclusión. [On line]. 1. ed. revista científica electrónica de psicología. [Citado 13 de agosto de 2012]. Disponible en internet: <http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/No.4-8.pdf>.

MORENO CIDONCHA, Esther. Esquizofrenia [Online] en Psicología on line: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/esther/esquizofrenia1/>

NAVARRÓN CUEVAS, Emilia L. ORTEGA VALDIVIESO, Azucena Rehabilitación Psicosocial: una perspectiva desde el Modelo de Ocupación Humana. En: el portal en español de Terapia Ocupacional. [Artículo en línea] Disponible desde Internet en: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Rehab_PsicoS_Emi_Navarron.shtml.

PASTAS YINA, SATIZABAL MARIAN, VÁSQUEZ MARÍA FERNANDA. Proyecto de Profundización: “Programa De Técnicas Corporales Expresivas Dirigido A Personas En Hospitalización Prolongada Que Faciliten La Intervención Del Subsistema Habitacional En Una Institución Psiquiátrica”. Santiago de Cali. 2013

PALLARO, PATRIZIA, FISCHCLEIN- RUPP, ANGELA. The USA body psychotherapy journal: dance/movement Therapy in psychiatric Rehabilitative day treatment setting. Volumen 1, Núm. 2, 2002.

PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE SANTIAGO DE CALI 2008- 2011, Alcaldía Santiago de Cali, Secretaria de Salud Pública, Comité Técnico de la Secretaria de Salud Pública Municipal de Cali.

POLIT, Denise F, P HUNGLER, Bernadette. Investigación Científica En Ciencias De La Salud. Principios Y Métodos. Sexta edición traducido por la editorial McGraw-Hill Interamericana Editores S.A. 2002.

PONTY, MERLEAU. (1962). Phenomenology of perception. (C. Smith, Trans). London: Routledge&Kegan Paul. (Original published 1945).

PROYECTO ATLAS, NORTE DE SALUD MENTAL. GINEBRA. Organización Mundial De La Salud, Nro. 18, 2003.

RODRÍGUEZ, RICARD. El burque mercante y su análisis sociológico.1998. pág. 15-30. Editorial UPC.

SAIOA PÈREZ, De Ciriza Francés. Psicología. Quito. Universidad Politécnica Salesiana. Sede Quito. 2010. 94. 11 p.

SALAS-CALDERÓN, SASKIA. Psicoterapia del Movimiento: Herramienta Terapéutica con Pacientes Esquizofrénicos. Revista Redalyc, Sistema de Información Científica. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Actualidades en Psicología, Vol. 21, Núm. 108, 2007, pp. 97-115.

III SALUD Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD. PRIMER INFORME DE ESTADO DE SITUACIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN COSTA RICA [Online]. En: [Http://ccp.ucr.ac.cr/spam/descargas/Spam_cap5web.pdf](http://ccp.ucr.ac.cr/spam/descargas/Spam_cap5web.pdf)

TIRADO, MARÍA. Trastorno Mental Transitorio como Causal de Inimputabilidad Penal. Disponible en: www.enj.org.

TRUJILLO ROJAS. Alicia. Terapia Ocupacional. Conocimiento Y Practica En Colombia. Primera edición. Editorial Universidad Nacional De Colombia Sede Bogotá. 2002. ISBN 958-701-136-8.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Dirección Nacional de Servicios Académicos Virtuales. Capítulo 5, Metodología de la Investigación.

WENGROWER, Hilda Y CHAIKLIN, Sharon. La Vida Es Danza. El Arte Y La Ciencia En La Danza Movimiento Terapia. Primera edición.Editorial Gedisa S.A. 2008.ISBN 978-84-9784-227- 3.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, The Global Burden of Disease 2004 update, ISBN 978 92 4 156371 0 (NLM classification: W 74).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Health Risks, Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks.2009.

ANEXO A

REJILLA DE CARACTERIZACIÓN DE LA PERSONA

El formato presentado a continuación fue diligenciado por las investigadoras, basado en la información proporcionada por el usuario, la historia clínica, kardex y el Terapeuta Ocupacional del servicio.

Parte del instrumento es una entrevista con preguntas cerradas que las investigadoras aplicaron a cada una de las personas participantes de la investigación. Las preguntas fueron mencionadas, explicadas y ejemplificadas según fue el caso, para obtener el mayor nivel de comprensión de la pregunta por parte de la persona, para que así los resultados sean lo más exactos posibles.

La información recolectada permite hacer una caracterización de las personas a participar en la investigación, al mismo tiempo pretende recolectar datos que brinden validez y veracidad a los resultados arrojados al final de la investigación y el análisis de los mismos.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN	
(Esta información será tomada de la historia clínica de la persona)	
Nombres	Fecha de nacimiento
Apellidos	Lugar de nacimiento
Documento de identidad	Fecha de ingreso
Edad	Escolaridad
DATOS CLÍNICOS	
(Esta información será tomada de la historia clínica y kardex de la persona)	
Diagnóstico:	
¿Está medicado actualmente? Si:___ No:___	
Que medicamentos toma:	
Antecedentes patológicos:	
Antecedentes traumáticos (fracturas, amputaciones)	
Antecedentes quirúrgicos:	
Intervenciones terapéuticas	
RELACIÓN INTERPERSONALES	
(esta información será solicitada a la persona o al Terapeuta Ocupacional del servicio)	
¿Considera que sus ideas y opiniones son importantes para el grupo en el que se encuentra? Sí___ No___ ¿Por qué?	

_____ ¿Qué actividades comparte con sus compañeros de sala y equipo terapéutico? _____
Durante las actividades que realiza con sus compañeros respeta las normas y reglas Sí___ No___ ¿Si responde No porque?
¿A quiénes consideras como tus amigos? ¿Por qué?
SUBSISTEMA DE VOLICIÓN Valores, Intereses, motivaciones, sistema de creencias-Causalidad personal (esta información será solicitada a la persona o al Terapeuta Ocupacional del servicio)
Terapeuta, marque con una X las habilidades que la persona reconoce como propias: Sonríe_____ Saluda a los demás _____ Se preocupa por los demás_____ Se preocupa por su apariencia personal _____ Dice lo que piensa por los demás _____ Pide lo que necesita_____ Respeto el horario de las terapias a las que asiste_____ Realiza actividades porque le gustan_____ Trabaja en equipo_____ Asume responsabilidades_____
¿Cuáles son las actividades que mejor hace? _____
¿Toma sus propias decisiones en actividades cómo? Responde sí o no bañarse_____ Almorzar_____ Vestirse_____ Ver televisión_____ Hablar con algún compañero_____
¿Haces las cosas por ti mismo? Sí ___ No___ ¿En qué actividades necesitas ayuda?_____
¿Inicia y finaliza las actividades? Sí___ No___ ¿Si responde No porque?

ANEXO B

EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN ⁷⁶

SITUACION OBSERVACIONAL		COMENTARIOS
DOMINIO FISICO		
Se contacta		
Contempla		
Gesticula		
Maniobra		
Se orienta		
Se posiciona		
INTERCAMBIO DE INFORMACION		
Es asertivo		
Pregunta		
Se involucra		
Expresa		
Sostiene		
RELACIONES		
Colabora		
Cumple		
Se centra		
Se relaciona		
Respeta		
Clave de evaluación: 4=competente, 3=dudoso, 2=ineficaz, 1=déficit		

⁷⁶Tomado de GARY Kielhofner, Drph, OTR, FAOTA. Terapia Ocupacional Modelo de la Ocupación Humana Teoría y Aplicación 3ª Edición. Panamericana. Pág. 54.

ANEXO C

ÍTEMS DE LA EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN CATEGORIZADO SEGÚN LA MATRIZ DE ANALISIS

MATRIZ DE ANÁLISIS ACIS				
CORPORALIDAD	ÍTEM	EJE	CATEGORÍA	CRITERIO
	SE CONECTA	CAPACIDAD DE DESEMPEÑO	CUERPO VIVIDO.	EXPERIENCIA CORPORAL
	CONTEMPLA	CAPACIDAD DE DESEMPEÑO	CUERPO VIVIDO.	EXPERIENCIA CORPORAL
	GESTICULA	CAPACIDAD DE DESEMPEÑO	CUERPO VIVIDO.	EXPERIENCIA CORPORAL
		VOLICIÓN	CAUSALIDAD PERSONAL.	SENTIDO DE CAPACIDAD PERSONAL.
	MANIOBRA	CAPACIDAD DE DESEMPEÑO	CUERPO VIVIDO.	EXPERIENCIA CORPORAL
	SE ORIENTA	CAPACIDAD DE DESEMPEÑO	CUERPO VIVIDO.	EXPERIENCIA CORPORAL
		VOLICIÓN	CAUSALIDAD PERSONAL	AUTO EFICACIA.
	SE POSICIONA	CAPACIDAD DE DESEMPEÑO	CUERPO VIVIDO.	EXPERIENCIA CORPORAL
INFORMACIÓN	ES ASERTIVO	VOLICIÓN	CAUSALIDAD PERSONAL.	SENTIDO DE CAPACIDAD PERSONAL.
				AUTO EFICACIA.
			VALORES	CONVICCIÓN PERSONAL
	PREGUNTA		CAUSALIDAD PERSONAL.	AUTO EFICACIA.

		VOLICIÓN	VALORES	CONVICCIÓN PERSONAL
	SE INVOLUCRA	VOLICIÓN	CAUSALIDAD PERSONAL.	SENTIDO DE CAPACIDAD PERSONAL.
				AUTO EFICACIA.
			VALORES	CONVICCIÓN PERSONAL
			INTERESES	CONVICCIÓN PERSONAL
	EXPRESA	VOLICIÓN	CAUSALIDAD PERSONAL	APRECIACIÓN DE SÍ MISMO
			INTERESES.	DISFRUTE
		CAPACIDAD DE DESEMPEÑO	CUERPO VIVIDO	EXPERIENCIA CORPORAL
	COMPARTE	VOLICIÓN	VALORES	CONVICCIÓN PERSONAL
			INTERESES	DISFRUTE
	SOSTIENE	VOLICIÓN	CAUSALIDAD PERSONAL	SENTIDO DE CAPACIDAD PERSONAL.
			INTERESES	DISFRUTE
RELACIONES	COLABORA	VOLICIÓN	CAUSALIDAD PERSONAL.	SENTIDO DE CAPACIDAD PERSONAL.
				AUTO EFICACIA.
			VALORES	CONVICCIÓN PERSONAL
	CUMPLE	VOLICIÓN	VALORES	CONVICCIÓN PERSONAL
			CAUSALIDAD PERSONAL	APRECIACIÓN DE SÍ MISMO
	SE CENTRA	VOLICIÓN	VALORES	CONVICCIÓN PERSONAL

			CAUSALIDAD PERSONAL	SENTIDO DE CAPACIDAD PERSONAL.
	SE RELACIONA	VOLICIÓN	CAUSALIDAD PERSONAL	AUTO EFICACIA.
			VALORES	CONVICCIÓN PERSONAL
			INTERESES	DISFRUTE
	RESPETA	CAPACIDAD DE DESEMPEÑO	CUERPO VIVIDO	EXPERIENCIA CORPORAL

ANEXO D

CUESTIONARIO VOLICIONAL⁷⁷

CONTEXTO AMBIENTAL	Act 1:					Act 2:					Act 3:				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Muestra curiosidad															
Inicia acciones/tareas															
Intenta nuevas cosas															
Muestra orgullo															
Intenta desafíos															
Busca responsabilidades adicionales															
Intenta corregir errores															
Intenta resolver `problemas															
Muestra preferencias															
Realiza la actividad hasta completarla/lograrla															
Permanece involucrado															
Invierte energía/atención adicional															
Indica objetivos															
Muestra que una actividad es especial o significativa															
Clave de evaluación: 1=pasivo, 2=dubitativo, 3=involucrado, 5=participa, 5=espontaneo															

⁷⁷ Tomado de GARY Kielhofner, Drph, OTR, FAOTA. Terapia Ocupacional Modelo de la Ocupación Humana Teoría y Aplicación 3ª Edición. Panamericana. Pág. 54

ANEXO E
ÍTEMES DEL CUESTIONARIO VOLICIONAL CATEGORIZADO SEGÚN LA
MATRIZ DE ANALISIS

ÍTEM	EJE TEMÁTICO	CATEGORÍA	CRITERIO
Muestra curiosidad	VOLICIÓN	INTERESES	DISFRUTE
	CAPACIDAD DE DESEMPEÑO	CUERPO VIVIDO	EXPERIENCIA CORPORAL
Inicia acciones /tareas	VOLICIÓN	VALORES	CONVICCIONES PERSONALES
		CAUSALIDAD PERSONAL	SENTIDO DE CAPACIDAD PERSONAL
	CAPACIDAD DE DESEMPEÑO	CUERPO VIVIDO	EXPERIENCIA CORPORAL
Intenta nuevas cosas	VOLICIÓN	CAUSALIDAD PERSONAL	AUTOEFICACIA
	CAPACIDAD DE DESEMPEÑO	CUERPO VIVIDO	EXPERIENCIA CORPORAL
Muestra orgullo	VOLICION	CAUSALIDAD PERSONAL	AUTOEFICACIA
		VALORES	CONVICCIÓN PERSONAL
		INTERESES	DISFRUTE
Intenta desafíos	VOLICION	CAUSALIDAD PERSONAL	SENTIDO DE CAPACIDAD PERSONAL
	CAPACIDAD DE DESEMPEÑO	CUERPO VIVIDO	EXPERIENCIA CORPORAL
Busca responsabilidades adicionales	VOLICIÓN	CAUSALIDAD PERSONAL	SENTIDO DE CAPACIDAD PERSONAL
			AUTOEFICACIA
Intenta corregir errores	VOLICIÓN	CAUSALIDAD PERSONAL	AUTOEFICACIA

Intenta resolver problemas	VOLICIÓN	CAUSALIDAD PERSONAL	AUTOEFICACIA
Muestra preferencias	VOLICIÓN	INTERESES	DISFRUTE
	CAPACIDAD DE DESEMPEÑO	CUERPO VIVIDO	EXPERIENCIA CORPORAL
Realiza la actividad hasta completarla/lo lograrla	VOLICIÓN	CAUSALIDAD PERSONAL	AUTOEFICACIA
Permanece involucrado	VOLICIÓN	INTERESES	DISFRUTE
Invierte energía/atención adicional	VOLICIÓN	INTERESES	DISFRUTE
	CAPACIDAD DE DESEMPEÑO	CUERPO VIVIDO	EXPERIENCIA CORPORAL
Indica objetivos	VOLICIÓN	CAUSALIDAD PERSONAL	SENTIDO DE CAPACIDAD PERSONAL
Muestra que una actividad es especial o significativa	VOLICION	INTERESES	DISFRUTE

ANEXO F

CUESTIONARIO PARA EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR⁷⁸

El formato presentado a continuación pretende recolectar información de la percepción de los profesionales que abordan el servicio, en relación al impacto del programa Danza Movimiento Terapia al proceso de rehabilitación.

Previo a la aplicación de la prueba se realiza una contextualización de la técnica, los aportes, el proyecto de investigación a realizar y lo que se espera con él.

Dicho instrumento se aplica en dos momentos. El primer momento será previo a realizar las intervenciones, tras la inducción realizada del proyecto. El segundo momento, será al finalizar las 20 intervenciones de Danza Movimiento Terapia planeadas para la investigación. Lo anterior, permitirá obtener un panorama sobre la aparición o ausencia de cambios tras la aplicación de la técnica.

El instrumento consta de dos partes, en la primera, se indaga al respecto del conocimiento de los profesionales sobre la técnica Danza Movimiento Terapia. En la segunda parte, se realizan preguntas para indagar lo que consideran aporta el programa Danza Movimiento Terapia a las personas y al proceso de rehabilitación llevado a cabo en la institución psiquiátrica.

CUESTIONARIO		
A. Generalidades.		
Marque con una X según usted crea correspondiente. En algunas preguntas es posible elegir más de una opción.		
1. Para usted ¿Qué competencias y logros brinda el espacio de Danza Movimiento Terapia al grupo?		
	Expresar pensamientos e ideas	
	Mejorar en las relaciones con sus compañeros	
	Utilizar adecuadamente los materiales de trabajo	
	Respetar el horario de actividades que brinda el hospital	
	Emprender tareas por iniciativa propia	
	Colaborar con los compañeros en las actividades	
	Disfrutar de las actividades que realiza	
	Otros, ¿Cuáles?	

⁷⁸Ruiz, Álvarez Sara. Tesis "Danza Movimiento Terapia como recurso para el fortalecimiento del desempeño ocupacional en pacientes con enfermedad de Parkinson vinculados a un proceso terapéutico" (2010).

2. ¿Qué tipo de asuntos se trabajan en el espacio de Danza Movimiento Terapia?		
	Herramienta para hacer catarsis	
	Medio para expresar pensamientos y sentimientos	
	Movimiento como medio de comunicación	
	Método de acondicionamiento físico	
	Otros, ¿cuáles?	
3. ¿Considera importante intervenir en relación al cuerpo y el movimiento? Sí ☐ No ☐		
¿Por qué?		
4. Marque con una X que aporta el programa de Danza Movimiento Terapia en el proceso de rehabilitación de los participantes		
	En las relaciones interpersonales con los usuarios	
	En las relaciones interpersonales con el equipo interdisciplinario	
	En las actividades de la vida diaria	
	En la participación de actividades terapéuticas	
	No beneficia en ningún aspecto	
B. Particularidades. Marque con una X según usted crea correspondiente. Es posible elegir más de una opción.		
5. ¿Cómo es la apariencia física del grupo en términos de vestido, higiene y presentación personal?		
	Excelente	
	Buena	
	Regular	
	Mala	
6. ¿Cuál es la actitud del grupo frente al desarrollo del programa de Danza Movimiento Terapia?		
	Relajado, cómodo	
	Inquieto, hiperactivo	
	Lento, inactivo, apático	

	Otras, ¿Cuáles?	
7. ¿Cómo es el comportamiento hacia el equipo interdisciplinar?		
	Busca aprobación	
	Sigue las instrucciones	
	No sigue las instrucciones	
	Otro, ¿cuál?	
8. ¿Cómo cree que incide la aplicación de la Danza Movimiento Terapia en las relaciones interpersonales del grupo?		
	Es favorecedora en su totalidad	
	Es favorecedora solo en algunos aspectos	
	Favorece comportamientos improductivos con los demás usuarios	
	No es favorecedor	
	Otro, ¿cuál?	
9. El grupo parece:		
	Disfrutar de las actividades	
	Ir porque es una obligación	
	No le gusta ir y disfrutar de las actividades	
	Otro, ¿cuál?	

ANEXO G

ITEMS DEL CUESTIONARIO PARA EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR CATEGORIZADO SEGÚN LA MATRIZ DE ANALISIS

# de preguntas	EJE	CATEGORIA	ITEM
1. ¿Qué competencias y logros brinda el espacio de Danza movimiento terapia?	Capacidad de desempeño	Cuerpo vivido.	Experiencia corporal
	Volición	Causalidad personal.	Sentido de capacidad personal.
2. ¿Qué tipo de asuntos se trabajan en el espacio de Danza Movimiento Terapia?	Capacidad de desempeño	Cuerpo vivido.	Experiencia corporal
	Volición	Causalidad personal.	Sentido de capacidad personal.
	Volición	Valores	Convicción personal
3. ¿Considera importante intervenir en relación al cuerpo y el movimiento?	Capacidad de desempeño	Cuerpo vivido.	Experiencia corporal
	Volición	Causalidad personal	Sentido de capacidad personal.
	Volición	intereses	Disfrute
4. ¿Qué aporta el programa de Danza Movimiento Terapia en el proceso de rehabilitación de los participantes?	Capacidad de desempeño	Cuerpo vivido.	Experiencia corporal
	Volición	Causalidad personal	Sentido de capacidad personal
	Volición	intereses	Disfrute

5. ¿Cómo es la apariencia física del grupo en términos de vestido, higiene y presentación personal?	Volición	Causalidad personal	Sentido de capacidad personal.
	Volición	intereses	Disfrute
6. ¿Cuál es la actitud del grupo frente al desarrollo del programa de Danza Movimiento Terapia?	Capacidad de desempeño	Cuerpo vivido.	Experiencia corporal
	Volición	Causalidad personal.	Sentido de capacidad personal
	Volición	Intereses	Disfrute
7. ¿Cómo es el comportamiento hacia el equipo interdisciplinar?	Capacidad de desempeño	Cuerpo vivido.	Experiencia corporal
	Volición	valores	Convicción personal
8. ¿Cómo cree que incide la aplicación de Danza Movimiento Terapia en las relaciones interpersonales del grupo?	Capacidad de desempeño	Cuerpo vivido.	Experiencia corporal
	Volición	Intereses	Convicción personal
	Volición	Causalidad personal.	Sentido de capacidad personal
9. El grupo parece: •disfrutar de las actividades •Ir por obligación •No le gusta ir y disfrutar de las actividades.	Volición	Intereses	Disfrute

ANEXO H

CARTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA HUMANA

Comité Institucional de Revisión de Ética Humana
Facultad de Salud



ACTA DE APROBACIÓN N° 01-013

Proyecto: **IMPACTO DE UN PROGRAMA DE DANZA MOVIMIENTO TERAPIA SOBRE EL SUBSISTEMA VOLITIVO EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA EN CONDICION DE INIMPUTABILIDAD**

Sometido por: **YUDY SALAZAR/YINA YICELA PASTÁS/MARIAN SATIZABAL/ZORAIDA VALLEJO/MARIA FERNANDA VASQUEZ**

Código Interno: **263-012** Fecha en que fue sometido: **04** **12** **2012**

El Consejo de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, ha establecido el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIREH), el cual está regido por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión en 2002; y el Código de Regulaciones Federales, título 45, parte 46, para la protección de sujetos humanos, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos 2000.

Este Comité certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto:

- | | |
|--|---|
| ☒ Resumen del proyecto | ☒ Protocolo de investigación |
| ☒ Formato de consentimiento informado | ☒ Instrumento de recolección de datos |
| ☒ Folleto del investigador (si aplica) | ☒ Cartas de las instituciones participantes |
| ☒ Resultados de evaluación por otros comités (si aplica) | |

2. El presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité:

3. Según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio tiene la siguiente **Clasificación de Riesgo**:

☐ SIN RIESGO ☒ RIESGO MÍNIMO ☐ RIESGO MAYOR DEL MÍNIMO

4. Que las **medidas** que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.

5. La forma de obtener el **consentimiento** informado de los participantes en el estudio es adecuada.

6. Este proyecto será **revisado nuevamente** en la próxima reunión plenaria del Comité, sin embargo, el Comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del Comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.

7. **Informará** inmediatamente a las directivas institucionales:

- Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
- Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.

8. **Informará** inmediatamente a las directivas institucionales toda información que reciba acerca de:

- Lesiones a sujetos humanos.



- Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
- b. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que haya sido revisado y aprobado por el Comité.
9. El presente proyecto ha sido **aprobado** por un periodo de **1 año** a partir de la fecha de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.
10. El **investigador principal** deberá informar al Comité:
- Cualquier cambio que se proponga introducir en este proyecto. Estos cambios no podrán iniciarse sin la revisión y aprobación del Comité excepto cuando sean necesarios para eliminar peligros inminentes para los sujetos.
 - Cualquier problema imprevisto que involucre riesgos para los sujetos u otros.
 - Cualquier evento adverso serio dentro de las primeras 24 horas de ocurrido, al secretario(a) y al presidente (Anexo 1).
 - Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio, que pueda afectar la tasa riesgo/beneficio para los sujetos participantes.
 - cualquier decisión tomada por otros comités de ética.
 - La terminación prematura o suspensión del proyecto explicando la razón para esto.
 - El investigador principal deberá presentar un informe al final del año de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.

Firma: Laura E. Piedrahita S. Fecha: 01 02 2013
Nombre: LAURA E. PIEDRAHITA S.
Capacidad representativa: PRESIDENTA Teléfono: 5185677

CERTIFICACIÓN DE LA FACULTAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE

Por medio de la presente, certifico que la Facultad de Salud de la Universidad del Valle aprueba el proyecto arriba mencionado y respeta los principios, políticas y procedimientos de la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial, de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y de la reglamentación vigente en investigación de la Universidad del Valle.

Firma: Hernan J. Pimiento J. Fecha: 01 02 2013
Nombre: HERNAN J. PIMIENTO J.
Capacidad representativa: VICEDECANO DE LA FACULTAD DE SALUD Teléfono: 5185680

ANEXO I

AVAL DE ENTREGA DE TRABAJO DE GRADO

Santiago de Cali, Agosto 22 de 2013

Profesora:

MARIA DEL PILAR ZAPATA

Directora del Programa Académico de Terapia Ocupacional

UNIVERSIDAD DEL VALLE

La ciudad.

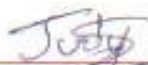
ASUNTO: AVAL DE ENTREGA DE TRABAJO DE GRADO

Cordial Saludo.

A continuación presento a usted el aval de cumplimiento de la totalidad de proyecto de investigación "Aporte de un programa de Danza Movimiento Terapia sobre el subsistema volitivo en personas con esquizofrenia en condición de inimputabilidad" realizado por los estudiantes de decimo semestre del programa académico de Terapia Ocupacional de la Universidad del Valle: Marian Satizaba código 0838240, Maria Fernanda Vásquez código 0839817, Zoraida Vallejo código 0839719 y Yina Pastas código 0839137.

La solicitud la realizo en calidad de directora del trabajo de grado después de evaluar su calidad, cumplimiento de los requerimientos en cada una de las fases planteadas y como requisito para adelantar trámites correspondientes al proceso de graduación de dichas estudiantes.

Atentamente.



YUDY SALAZAR TORRES

DIRECTORA DE TRABAJO DE GRADO

Docente programa académico de Terapia Ocupacional

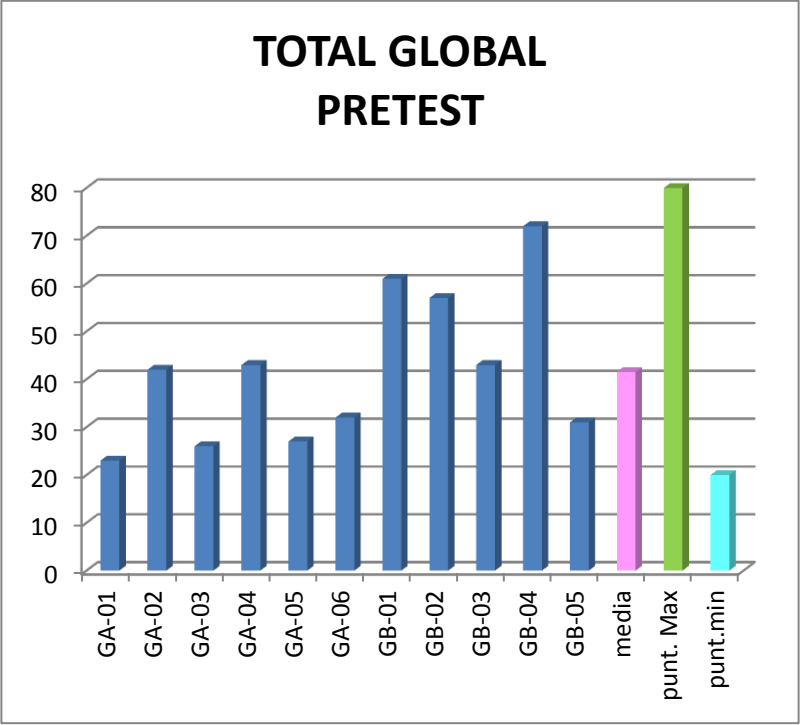
GRAFICA A. AÑO DE INGRESO DE LA POBLACIÓN A LA INSTITUCIÓN



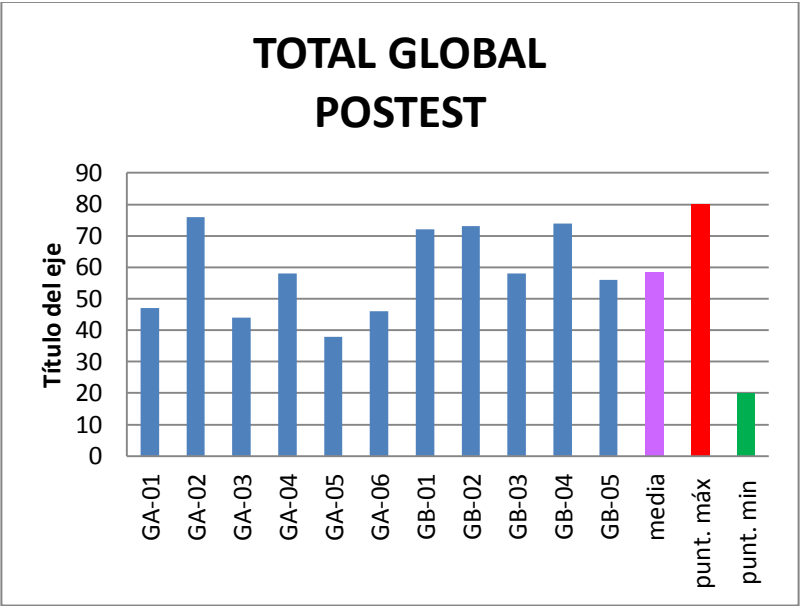
GRAFICA B. TIEMPO DE INSTITUCIONALIZACIÓN QUE LLEVA LA POBLACIÓN EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO



GRAFICA C. ACIS- TOTAL GLOBAL PRETEST



GRAFICA D. ACIS- TOTAL GLOBAL POSTEST



GRAFICA E. VQ -PROMEDIO DEL DESEMPEÑO TOTAL PRETEST-POSTEST

