

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PROVINCIAL DOCENTE “NGUYEN VAN TROI”  
CIEGO DE ÁVILA.

Establecer la eficacia del programa de intervención psicoterapéutico de rehabilitación intrahospitalaria en pacientes con trastornos mentales persistentes residentes permanentes en el Psiquiátrico de Ciego de Ávila.

**Autora:** Dra. Marielkys Cardoso Llovera.

**Tutora:** Dra. Yaniet Angulo Ledón.

**Asesor:** Lic. Yoel Abreu Casademont.

**Trabajo de investigación para optar por el título de especialista de 1er  
Grado en Psiquiatría General.**

**Ciego de Ávila**

**2014.**

## **RESUMEN**

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la eficacia de un programa de intervención psicoterapéutico a pacientes con trastornos mentales persistentes residentes permanentes para lograr un nivel superior de rehabilitación psicosocial en el Hospital Psiquiátrico de Ciego de Ávila, en el período comprendido de abril del 2012 hasta abril del 2013. El universo del estudio estuvo constituido por 28 pacientes residentes permanentes del Hospital Psiquiátrico Provincial de Ciego de Ávila, se trabajó con la totalidad de los mismos, debido a que todos cumplieron con los criterios de inclusión. Se utilizó la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para evaluar diferencias entre variables ordinales de muestras relacionadas y la prueba de McNemar para variables dicotómicas en dichas muestras. En la investigación predominaron los pacientes del sexo masculino, las edades cercanas a los 60 años y el nivel de escolaridad primaria. La casi totalidad de los pacientes terminaron con la sintomatología psiquiátrica compensada y una evolución del trastorno favorable. En casi la totalidad se logró una mejoría significativa de la participación en actividades sociales después de aplicada la intervención y en cuanto al vínculo familiar, desde la perspectiva del paciente y del familiar, así como la relación con el equipo de trabajo, experimentó un cambio significativo en la mayoría en la evaluación final. Solo un paciente no presentó mejoría del nivel de rehabilitación inicial, por lo que resultó adecuada la intervención psicoterapéutica.

## INTRODUCCIÓN.

Los hospitales psiquiátricos creados desde hace ya varios siglos, como una necesidad de “solucionar” el problema social que estos enfermos ocasionan, han recibido críticas cada vez más crecientes, desde mediados del siglo XIX. El basamento de este proceso de críticas es el siguiente (1,2).

-Ético-Jurídica. Por la violación de los derechos humanos de los enfermos dentro de la institución, el derecho de recibir una atención acorde a la enfermedad que presentan, a recibir alimentación y vestimenta adecuadas, a cuidar de su higiene personal y ambiental, a que se les respete su individualidad, la relación libre y espontánea con otras personas, a que se les rehabilite y tener un trabajo remunerado, a distraerse y recrearse, a que se les trate realmente como lo que son, seres humanos y puedan ocupar un lugar en la sociedad como otras personas (2,3).

-Clínico e Institucional. Clínicamente la ineficiencia terapéutica, que conlleva a la persistencia del trastorno y su deterioro psicológico e institucionalmente la existencia de relaciones de sumisión y violencia entre pacientes e incluso del personal que labora en las mismas, el hacinamiento, la contención física y ambiental, el uso inadecuado del tratamiento electroconvulsivante de forma excesiva y a veces como “castigo a los indisciplinados”.

-Sanitarista. Sanitariamente la carencia de higiene adecuada, la presencia de vectores que transmiten enfermedades infecciosas, mala alimentación, escasa y mal balanceada, que conlleva a una desnutrición con depresión del sistema inmunológico que agrava lo anterior, llevando a la muerte por enfermedades asociadas, muchas veces evitables.

De acuerdo con estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 1500 millones de personas sufren algún tipo de trastorno neuropsiquiátrico en todo el mundo, incluyendo los mentales. Una tercera parte de ellos puede estar afectada por más de un trastorno psiquiátrico, y tres cuartas partes viven en países en desarrollo. De acuerdo con tales cifras se ha planteado que una de cada cuatro personas de la población requerirá, en algún momento de su vida, ayuda profesional para un problema de salud mental (4-8).

Algunos autores consideran que los trastornos mentales son uno de los principales problemas de la Salud Pública. Los trastornos persistentes, que afectan a 45 millones de personas a nivel mundial generan una proporción de incapacidades y constituyen una carga social enorme en términos de sufrimiento humano, estigmatización del paciente, su familia y graves costos directos e indirectos (9-11).

En las últimas décadas del siglo XX, ha surgido un movimiento en todo el mundo que ha impulsado la realización de cambios profundos en la atención del paciente psiquiátrico. En este sentido se propone un tratamiento ético institucional. Aparecen así reformas psiquiátricas en Europa y América, unas con un criterio de deshospitalización, o sea la evacuación hospitalaria, sin creación de alternativas para la atención de los egresados y otras con el de una verdadera desinstitutionalización, creándose alternativas de tratamiento ambulatorio en la propia comunidad (12-14).

El Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS), es una parte importante en el tratamiento de estos trastornos, los cuales incluyen dentro de sus rasgos distintivos el déficit en el funcionamiento social e interpersonal, constituye una fuente extra de estrés, contribuye a las recaídas y exacerbaciones

sintomáticas, aumentando este déficit con el tiempo, sino se interviene adecuadamente (7,10).

Lieberman y Corrigan en 1993, definen que “la Rehabilitación de Habilidades Sociales es el ensayar conductas o destrezas que posibiliten un adecuado funcionamiento interpersonal, que se concreten en capacidades de comunicación verbal y no verbal, identificación de sentimientos internos, actitudes y percepción del contexto interpersonal a través de la interacción social” (15).

Es del conocimiento que la rehabilitación del paciente mental de larga evolución en Cuba surge con la transformación del antiguo Hospital de Dementes (Mazorra), Psiquiátrico de la Habana en 1959.

Inicialmente se comenzó la estructuración del Hospital Psiquiátrico de la Habana y posteriormente se crearon otros centros similares en todo el país. Se crean de esta forma los Hospitales Psiquiátricos Provinciales, llevándose la atención psiquiátrica a todas las regiones. Se establecen planes de rehabilitación del paciente de larga evolución, incluyendo la terapia ocupacional, recreativa, el tratamiento adecuado y su vínculo con la sociedad desde la institución misma (12,16).

Por otro lado, tenemos que considerar que la salud mental es el estado pleno de bienestar físico, psíquico y social de los individuos, por lo que hay que tener en cuenta las acciones que deben tomarse para determinar tal condición en las personas. La creación del Equipo de Salud Mental (E.S.M), constituido por el psiquiatra, otros profesionales y técnicos como psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, terapeutas ocupacionales y psicometristas, se hizo necesaria para integrar la atención del paciente interdisciplinariamente (17).

Actualmente los servicios hospitalarios de Psiquiatría se han convertido progresivamente en centros de nuevo tipo, en función de las necesidades comunitarias de la salud mental y las actuales proyecciones de trabajo, brindando especial atención al paciente psiquiátrico de larga evolución mediante su rehabilitación (18,19).

Estudiando e implementando modalidades de incorporación laboral y social del paciente psiquiátrico. Modificando las concepciones y prácticas de la ergoterapia tradicional de tipo institucional y desplazando esta actividad hacia la comunidad (20,21). En la actualidad se define la Rehabilitación Psicosocial como un proceder terapéutico encaminado a crear habilidades socio laborales cuando estas no existen o son pobres , restablecerlas cuando se han perdido por alguna enfermedad física o mental, o preservar las que quedan después de un proceso morboso, teniendo en cuenta los intereses, motivaciones, necesidades y capacidades reales para lograrla de forma individual, a través de la utilización de patrones de conducta normales y con la participación de la familia y la comunidad, bajo la supervisión y asesoría técnica del equipo terapéutico (22-25).

En nuestra provincia, juegan un papel importante el proceso de rehabilitación psicosocial, pero en la institución rectora de la Psiquiatría no se ha podido consolidar el programa de rehabilitación psicosocial en los pacientes con trastornos persistentes residentes permanentes, en estrecha vinculación con los Centros Comunitarios de Salud Mental (C.C.S.M), por lo que se creó un programa que priorizara las individualidades de cada paciente para lograr vencer los requerimientos de un determinado nivel (26- 34).Teniendo en cuenta sus individualidades, características propias, necesidades y requerimientos del

entorno donde se desarrollan. La rehabilitación debe promover énfasis en los resultados de logros, se debe brindar el apoyo y soporte necesarios a cada sujeto durante todo el tiempo que precise de esa ayuda (35-37).

Teniendo en cuenta que existía una deficiente rehabilitación se realizó una intervención psicoterapéutica de rehabilitación psicosocial en pacientes con trastornos mentales persistentes residentes permanentes en el Hospital Psiquiátrico de Ciego de Ávila para alcanzar mayores niveles de rehabilitación y mejorar su calidad de vida.

**Problema:** ¿Cuál es la eficacia de un nuevo programa de intervención psicoterapéutica en pacientes con trastornos mentales persistentes residentes permanentes del Hospital Psiquiátrico de Ciego de Ávila?

**Hipótesis Científica:** La aplicación de un programa de intervención psicoterapéutica para pacientes con trastornos mentales persistentes residentes permanentes pudiera ser eficaz en la superación de los niveles de rehabilitación psicosocial e inserción socio laboral familiar en el Hospital Psiquiátrico de Ciego de Ávila.

## **OBJETIVO GENERAL.**

Establecer la eficacia de un programa de intervención psicoterapéutico en pacientes con trastornos mentales persistentes residentes permanentes para lograr un nivel superior de rehabilitación psicosocial en el Hospital Psiquiátrico de Ciego de Ávila.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

1. Caracterizar la muestra de estudio según algunas variables sociodemográficas.
2. Describir estado de compensación de la sintomatología psiquiátrica, evolución del trastorno, relaciones interpersonales y niveles de rehabilitación inicial de los pacientes.
3. Aplicar la estrategia de intervención psicoterapéutica diseñada al efecto.
4. Evaluar la modificación de los niveles de rehabilitación e inserción socio laboral familiar luego de la intervención.

### **MARCO TEÓRICO.**

#### **1. Conceptualización.**

Las personas que sufren trastornos mentales graves y persistentes como esquizofrenia u otras psicosis, presentan una compleja problemática socio-sanitaria que no se reduce a la sintomatología psicopatológica que presentan, sino que afecta así mismo a otros aspectos como su funcionamiento psicosocial, su integración social, laboral y su participación en la comunidad.

Ello hace imprescindible, para una adecuada atención integral a sus distintas necesidades, ofrecer tratamiento psiquiátrico, también programas y servicios de rehabilitación psicosocial, apoyo social que les ayuden a recuperar y/o adquirir las capacidades y habilidades necesarias para vivir y relacionarse; que les apoyen de un modo flexible y continuado para favorecer su integración social efectiva en sus entornos sociales y familiares con el objetivo de mejorar su calidad de vida. El campo de la rehabilitación psicosocial se ha convertido en la actualidad en un elemento esencial y central en la organización de una atención socio sanitario integral a la población con trastornos mentales y persistentes (38,39).

A lo largo de las últimas décadas la Rehabilitación Psicosocial ha venido configurándose como un campo de intervención de creciente importancia e interés en la atención comunitaria a las personas con trastornos mentales graves y persistentes. Se organiza como un conjunto de intervenciones y apoyos cuyo objetivo esencial es el de ayudar al paciente mental a superar o compensar las dificultades psicosociales que sufren, ayudándole en el desarrollo de su vida cotidiana en la comunidad y en la institución hospitalaria, de la manera más autónoma y digna, así como en el desempeño, manejo de los diferentes roles y demandas que supone vivir, trabajar y relacionarse en los diferentes entornos. La rehabilitación psicosocial es, sobre todo, un proceso

cuya meta global es apoyar a las personas con discapacidades psiquiátricas para que puedan integrarse en la comunidad y mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que les permita mantenerse en su medio social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes posibles (39).

El término paciente con trastorno mental persistente es utilizado para definir un extenso y difuso grupo de personas que sufren un trastorno de larga evolución.

Es fundamental delimitar correctamente esta población con el fin de identificar sus necesidades y poder diseñar programas de atención intrahospitalaria y soporte en la comunidad, porque debido a la gravedad de sus trastornos y al déficit de funcionamiento social que los acompaña, debe constituir un grupo de interés prioritario para administradores y gestores, tanto de servicios sanitarios como de dispositivos sociales de apoyo (40,41).

Hay un consenso cada vez mayor en definir las principales características de este colectivo (42). Así se entiende por población con trastornos mentales persistentes, aquella que incluye a:

“Personas que sufren ciertos trastornos psiquiátricos graves y persistentes como: esquizofrenia, trastorno maníaco-depresivo y episodios depresivos graves, recurrentes, síndromes cerebrales-orgánicos, trastornos paranoides y otras psicosis, así como algunos trastornos graves de la personalidad, que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a aspectos de la vida diaria, tales como: higiene personal, autocuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, interacciones sociales, aprendizaje, actividades recreativas y de ocio, trabajo, etc.; y que además dificultan el desarrollo de su autosuficiencia económica. Así mismo muchas de estas

personas han estado hospitalizadas en algún momento de su vida, variando su duración según los casos” (43).

En general, este tipo de pacientes presenta en mayor o menor medida déficit en alguna o en varias de las siguientes habilidades que deben ser tenidas en cuenta a la hora de valorar la severidad de la pérdida de desempeño social (44).

- Autocuidados (falta de higiene personal, deficiente manejo de su entorno, hábitos de vida no saludables, etc.).
- Autónoma (deficiente manejo del dinero, falta de autonomía en el manejo de transportes, nula utilización del ocio y tiempo libre, dependencia económica y mal desempeño laboral).
- Autocontrol (incapacidad de manejo de situaciones de estrés, falta de competencia personal, etc.).
- Relaciones Interpersonales (falta de red social, inadecuado manejo de situaciones sociales, déficit en habilidades sociales).
- Ocio y tiempo libre (aislamiento, incapacidad de manejar el ocio, incapacidad de disfrutar, falta de motivación e interés).
- Funcionamiento cognitivo (dificultades de atención, percepción, concentración y procesamiento de información).
- Funcionamiento laboral (falta de experiencia o fracaso laboral, expectativas laborales desajustadas, falta de hábitos básicos de trabajo, dificultades de manejo sociolaboral, etc.).

- Estas discapacidades o dificultades en su funcionamiento psicosocial hacen que muchos de ellos presenten problemas en el manejo de muchas de las exigencias de la vida personal, social y en el desempeño normalizado de roles sociales. Estas discapacidades, en interacción con diferentes factores y barreras sociales (estigma, rechazo social, insuficiencia de recursos de atención y soporte social, etc.) pueden dar lugar a que muchas de estas personas estén en riesgo de desventaja social y marginación (aislamiento social, desempleo, pobreza, falta de vivienda, exclusión social).

El grado de discapacidad y gravedad de la problemática está en dependencia de la evolución del trastorno, podemos encontrar desde pacientes que tras una reacción psicótica tienen una completa remisión sintomatológica y mantienen un nivel de funcionamiento que les permite llevar una vida normal, independiente e integrada, hasta pacientes cuya severidad en su psicopatología y su gran deterioro personal hará necesaria una atención intensa y una supervisión constante; como ocurre en muchos casos, personas que tienen crisis periódicas que generan retrocesos o deterioros en su funcionamiento y que requieren no solo atención, tratamiento psiquiátrico, sino también programas de rehabilitación y apoyo social que les permita recuperar su autonomía y mantenerse en la comunidad del modo más independiente e integrado posible (45,46).

Las personas con trastornos mentales persistentes han sufrido una larga historia de marginación. Hasta hace pocas décadas, el principal modelo de atención a las necesidades y problemáticas psiquiátricas y psicosociales de esta población, se organizaba en torno al internamiento durante largos períodos de tiempo o incluso de por vida, en instituciones psiquiátricas. Estas

instituciones u hospitales psiquiátricos (los denominados manicomios), habitualmente de gran tamaño y situados lejos de los núcleos urbanos se caracterizaban por ofrecer en la mayoría de los casos poco más que una atención de tipo asilar y custodial, la asistencia psiquiátrica que ofrecían era escasa y deficitaria, las condiciones de vida de los internados eran claramente inadecuadas: masificación, falta de intimidad, despersonalización. Por todo ello, la permanencia prolongada en dichas instituciones constituía un importante factor de cronificación y deterioro personal, además de marginación y aislamiento de la sociedad. En las últimas décadas, la situación ha ido cambiando y mejorando sustancialmente, gracias a la confluencia de diferentes factores como: desarrollo de nuevas formas más eficaces de tratamiento farmacológico, psiquiátrico y de intervención psicosocial, cambios políticos y culturales, movimientos de lucha por los derechos civiles, etc.; se han ido produciendo cambios y modificaciones en la manera de abordar y tratar los pacientes mentales de larga evolución, lo que ha permitido avanzar en un profundo proceso de transformación de la atención y situación de este colectivo (47).

El desarrollo de los procesos de Reforma Psiquiátrica constituye el principal elemento en el que se concreta y articula la transformación de la atención a la salud mental en general y a la población con trastornos mentales de larga evolución en particular. Las políticas de Reforma Psiquiátrica, puestas en marcha en la mayor parte de los países desarrollados (EEUU, Francia, Inglaterra, Italia) en las décadas de los años 60 y 70, en España a lo largo de los 80, plantea la organización de un nuevo modelo de atención basado en la comunidad, buscando el desarrollo de la psiquiatría comunitaria, atendiendo los

problemas de salud mental dentro del entorno comunitario, evitando su marginación e institucionalización (48,49).

## **2. Rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social.**

A pesar de la mejoría y control de la sintomatología psiquiátrica que se derivan de los tratamientos farmacológicos y otras terapias en la atención de salud mental, muchos de las personas que sufren trastornos mentales graves y persistes presentan dificultades y discapacidades que interfieren en su desenvolvimiento autónomo y su integración en la vida cotidiana comunitaria.

Por ello necesitan programas y servicios de rehabilitación psicosocial que les ayuden a recuperar y/o adquirir las capacidades, habilidades necesarias para vivir y relacionarse en la comunidad, que les apoyen de un modo flexible y continuado para favorecer su integración social efectiva en sus entornos sociales y familiares (50).

Sin embargo y antes de continuar, necesitaremos profundizar en las dos corrientes teóricas que dan origen y alimentan a esta estrategia terapéutica: la teoría del aprendizaje social y la teoría cognitivo – conductual, mencionando lo que aporta cada una de ella, porque a medida que conozcamos a fondo este procedimiento y de donde surge, se podrán crear distintos programas de intervención para un entrenamiento social.

### **2.1. Teoría del aprendizaje social:**

Esta teoría menciona que el desarrollo de la conducta, incluido el estilo interpersonal de un individuo, puede describirse, explicarse y predecirse con precisión si somos capaces de especificar la historia de aprendizaje de un individuo, su historia nos hará comprender su forma de manejar las situaciones.

La teoría del aprendizaje social se aplica al desarrollo de las habilidades, utilizando los principios del condicionamiento instrumental u operante, enfatizando el papel tan importante que juegan o jugaron los factores ambientales y sus consecuencias en el desarrollo y el mantenimiento de la conducta (51).

Para explicar y realizar programas de intervención en el área social, se conjuntaron sus planteamientos y se desarrolló una nueva teoría de intervención, se planteó que las habilidades sociales se adquieren como consecuencia de varios mecanismos de aprendizaje: reforzamiento positivo y negativo directo de las habilidades, experiencias de aprendizaje vicario u observacional, retroalimentación personal e interpersonal y el desarrollo de las expectativas cognitivas respecto a las situaciones interpersonales (52).

Cuando un paciente está internado, desde esta perspectiva, la relativa ausencia de modelos expertos reduce la posibilidad de que este aprenda por observación conductas más adaptativas y también de que las habilidades apropiadas (en caso de que alguna llegara a presentarse), resulten reforzadas por los que están en la misma situación (53). Utilizar la retroalimentación personal e interpersonal como aprendizaje de habilidades es muy importante y común, en contextos sociales, la información por medio de la cual la otra persona nos comunica su reacción ante nuestra conducta nos permite la autorregulación y modificación de la misma.

Desafortunadamente la retroalimentación no se da cotidianamente en las interacciones o se puede mal interpretar, por lo que se debe de buscar otro tipo de respuesta o señal para confirmar la interpretación de la interacción.

Es así, como la teoría del aprendizaje social brinda una parte importante en el Entrenamiento en Habilidades Sociales, aportando pautas para saber cómo y para que aplicar las distintas técnicas de entrenamiento, nos da una dirección para saber de qué manera nuestros pacientes aprenderán a desempeñarse en el medio social (54).

El aprendizaje de habilidades sociales en el ámbito natural suele suceder bajo condiciones incompletas o desfavorables, en cambio; en la situación de tratamiento, es posible crear un ambiente favorecedor del desarrollo de la conducta competente, aplicando los mismos principios de aprendizaje de una manera más consistente, potente y directa (53,54).

## **2.2. Teoría cognitiva-conductual:**

El cognitivismo clínico no es algo homogéneo y todavía se halla en proceso de desarrollo. Algunos autores como Mahoney (55), mencionan que al menos existen 20 enfoques en terapia cognitivo – conductual; uniéndolos el énfasis común que conceden a las estructuras de significado y los procesos de elaboración de la información. Lo que la diferencia es un conjunto bastante heterogéneo de cuestiones de teoría general y clínica que se traducen en las técnicas terapéuticas (56).

Para la teoría cognitiva los pacientes se comunican conscientemente consigo mismo (autoinstrucciones), a través de pensamientos que ocurren de manera automática sin la experiencia de un esfuerzo de reflexión, además de poseer la característica de ser verdad absoluta sin oportunidad de crítica (57,58).

El sujeto tiene la impresión de captar (gracias a estos pensamientos), el mundo tal y como es, comprendiéndolo todo de manera inmediata, sin darse cuenta de

que se trata de valoraciones e inferencias subjetivas, susceptibles de discusión y opinión.

Existen además estructuras de donde surgen estos “pensamientos automáticos”, a estas estructuras se les llama “esquemas cognitivos” y a través de estos esquemas podemos diferenciar y codificar la información del medio ambiente en sí, cuando acontece en nuestra vida algún evento, lo analizaremos según nuestro esquema y tendremos un pensamiento automático acerca del acontecimiento, lo cual nos llevará a una conducta a partir de la interpretación de este mismo (59, 60).

La parte psicopatológica de la teoría considera que algunos esquemas son disfuncionales, debido a que distorsiona la realidad o son poco adaptativos, lo que provoca sufrimiento porque no permite llegar a metas planteadas para la vida, además no dan solución a un problema actual y no evitan posteriores.

Aunado a lo anterior existen problemas en el proceso de la información para llegar a una valoración o a un juicio y tomar una decisión (conducta), también se realiza lo que se llama “errores sistemáticos” (59), que no permiten corregir las convicciones generadas por los esquemas disfuncionales. De esta manera el paciente puede reaccionar con base en supuestos autoanulantes e interpretar situaciones cotidianas de manera incorrecta para las circunstancias del momento, juzgarse a sí mismo de forma severa, llegar a conclusiones inadecuadas o fracasar en la elaboración de estrategias convenientes para la solución de dificultades interpersonales.

El tratamiento está basado en el postulado central del procesamiento de la información, la manera en que los individuos estructuran su experiencia determina como se sienten y comportan (59).

Se le brinda privilegio por una parte al componente cognoscitivo como prerrequisito a lo emocional (aunque de hecho se considera que son dos caras del mismo proceso), y por la otra; a lo conductual en tanto observable y por tanto, verificable; creándose una interrelación en un circuito que se repite una y otra vez retroalimentándose: pensamiento – emoción – conducta – pensamiento – emoción – conducta – etc. (61).

De ahí que sea importante cambiar los marcos de referencia a través de la psicoterapia, porque es a partir de estos marcos que organizamos las experiencias cotidianas o enfrentamos nuevas.

El mecanismo crucial en el proceso psicoterapéutico es la planificación y la instrumentación de la modificación del sistema ideacional del paciente que lleva secundariamente a adecuar sus conductas y por ende a aliviar sus síntomas (62).

### **3. Planificación de un programa psicoterapéutico de intervención:**

Uno de los primeros pasos antes de iniciar un Entrenamiento en Habilidades Sociales es conocer al paciente, sus habilidades cognoscitivas, su déficit en cuanto a estas, con qué habilidades sociales cuenta, el motivo de por qué algunas no las ha aprendido y si las posee, no las lleva a cabo (63).

Una vez que ya se tiene la información clara, entonces se planea un role – play para observar en vivo que habilidades del paciente es necesario trabajar y saber específicamente en que parte de la interacción social es donde falla el paciente.

Con lo que se ha mencionado podríamos decir que una respuesta socialmente habilidosa sería el resultado final de una cadena de conductas que empezaría

con una recepción correcta de estímulos interpersonales relevantes, seguiría con el procesamiento flexible de estos estímulos para generar y evaluar las posibles opciones de respuesta, de la cual se seleccionaría la mejor y terminaría con la emisión apropiada o expresión manifiesta de la opción escogida (64).

El Entrenamiento en Habilidades Sociales supone que independientemente de que un paciente no haya aprendido a manejar con éxito ciertas interacciones personales, puede aprender competencias conductuales más efectivas si se definen con claridad las habilidades deseadas y se aplican sistemáticamente los principios de aprendizaje y se cambian las expectativas cognitivas referente a la interacciones sociales, siendo de fundamental importancia aprender nuevas pautas de conducta social y mejorar las autoinstrucciones y el proceso de información sobre el actuar social, preparando el terreno para una generalización.

En base a esto se debe de considerar para el inicio de una intervención los siguientes puntos:

- La habilidad social debe de considerarse dentro de un marco cultural determinado.
- El paciente trae a la situación social sus propias actitudes, valores, creencias, capacidades cognitivas y un estilo único de interacción.
- El paciente puede ya haber desarrollado cogniciones orientadas al fracaso y una ansiedad anticipatoria al afrontar situaciones para cuyo manejo no se piensa preparado, a partir de una experiencia previa.

- Se debe de ajustar el Entrenamiento en Habilidades Sociales a la tolerancia del estrés del paciente, sus limitaciones del proceso de información, o sea; déficit de habilidades, deterioro de aprendizaje y características motivacionales.
- No todos los pacientes presentan las mismas disfunciones, por lo cual no deben de recibir el mismo formato de entrenamiento.
- Las habilidades cognoscitivas (déficit), y la sintomatología aguda particular del paciente, influye en el aprendizaje y retención de las habilidades sociales que van a ser entrenadas. Así el déficit atencionales o una pobreza en la memoria verbal, puede llevar a un entrenamiento mucho más lento y prolongado (65).

Con estos puntos aclarados podemos ahora definir el objetivo del Entrenamiento en Habilidades Sociales para pacientes con trastornos psiquiátricos: la adquisición de habilidades sociales, de pensamiento y emocionales para desarrollar redes de apoyo social y de ayuda en el afrontamiento efectivo del estrés cotidiano.

Ensayar una conducta consiste en aprender a modificar modos de respuesta no adaptativos, remplazándolos por nuevas respuestas. El ensayo de la conducta se diferencia de otras formas de representación de papeles, como el psicodrama, al centrarse en el cambio de conducta como un fin en sí mismo y no como una técnica para identificar o expresar supuestos conflictos (66).

El objetivo de las técnicas cognitivas empleadas consiste en ayudar a los pacientes a reconocer lo que se dicen a sí mismo y que a su vez; esto influye en sus emociones y en su conducta social y aprovechar para reestructurar

pensamientos o creencias que el paciente tiene sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre su futuro y que no le permiten realizar adecuadamente la actividad social (66).

Lo que busca el terapeuta es establecer el cambio por y durante la práctica controlada de la situación problemática y luego (lo que es más importante), facilitar la generalización de las habilidades aprendidas por el paciente a las situaciones conflictivas que tiene lugar en la vida real, porque si los pacientes muestran habilidades sociales apropiadas durante el ensayo, pero luego fracasan en el contexto natural, la intervención no ha servido en función clínica (67).

Sin embargo, no en todos los casos será lo mejor un Entrenamiento en Habilidades Sociales y aunque no existen muchas contraindicaciones, si es necesario tomarlas en cuenta antes de iniciar este tratamiento:

- a). El ambiente real del paciente no toleraría el cambio en el nivel de competencia social y trataría de impedir dicho cambio. Para lo cual es necesario trabajar también con el ambiente real (que generalmente es la familia), para modificar algún patrón problemático para el paciente.
- b). Existen procedimientos más eficaces que pondrían producir cambios más fácilmente en el nivel de habilidades de los pacientes.
- c). El nivel motivacional o la capacidad intelectual de un sujeto son tales que no se beneficiarían con un Entrenamiento en Habilidades Sociales (57).

### **3.1. Sugerencia del contenido del programa:**

En la literatura que trata sobre el Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) existen varios formatos (dependiendo de la prioridad que cada autor le da a

cada aspecto social), pero todos tienen técnicas en común que incluyen instrucciones, role play, ensayo conductual, modelamiento, feedback, reforzamiento y reestructuración cognitiva, así como un formato estructurado y sistematizado para la facilitación del aprendizaje y la construcción o desarrollo de las habilidades que cada paciente necesita.

Algunos autores (61,68), proponen contenidos o pasos que deberá tener un Entrenamiento en Habilidades Sociales.

1. Valoración de las habilidades sociales, emocionales y cognoscitivas del paciente (cuestionarios y entrevistas).
2. Valoración y descripción de la situación o habilidad que se pretende desarrollar y los motivos por los cuales aún no se ha desarrollado.
3. Explicación corta, precisa, sencilla del marco teórico del EHS, así como en lo que consiste un programa y algunas técnicas.
4. Representación de lo que el paciente hace normalmente en esa situación.
5. Identificación de las posibles cogniciones desadaptativas que están influyendo en la conducta socialmente inadecuada del paciente.
6. Identificación de los derechos humanos básicos implicados en la situación.
7. Identificación de un objetivo adecuado para la respuesta del paciente.
8. Evaluación por parte del paciente de los objetivos a corto y largo plazo (solución de problemas).
9. Sugerencias de respuestas alternativas por los otros miembros del grupo, el terapeuta, concentrándose en pequeños aspectos (aspectos moleculares), que contiene la actuación.

10. Demostración de una de estas respuestas por los miembros del grupo o por el terapeuta para el paciente (modelado).

11. Representación por parte del paciente de la respuesta elegida, teniendo en cuenta la conducta del modelo que acaba de presenciar y las sugerencias aportadas por los miembros del grupo (es importante que el paciente adecue la respuesta a su forma de ser, a su personalidad, para que no repita solamente lo que ve, sino que lo integre a su repertorio social).

12. Evaluación de la efectividad de la respuesta, tanto para el que representó el papel (el nivel de ansiedad que manejó y el grado de efectividad que considere tendrá su respuesta), como por los demás miembros del grupo (basándose en el grado de efectividad que consideren tendrá la conducta y lo habilidoso que tuvo la misma en quien lo representó). La retroalimentación proporcionada tiene que subrayar los rasgos positivos y señalar las conductas inadecuadas de manera amigable, no punitiva.

13. Tomando en cuenta la evaluación anterior, el terapeuta nuevamente representa (modelar), la conducta; incorporando algunos de las sugerencias hechas en el paso anterior. Se sugiere que en cada ensayo no se intente mejorar más de dos elementos a la vez.

14. Una vez que ha regresado (siguiente sesión), se le pide al paciente que explique cómo se sintió desarrollando la conducta, si lo hizo; pero si no, que explique de igual manera cuales fueron sus pensamientos, motivos y conductas que lo llevaron a no intentar realizar lo ya ensayado, esto con el fin de intentar modificarlo.

En cuanto al distanciamiento de las sesiones y duración de las mismas, estará determinada por una serie de factores entre los cuales se incluye el nivel de funcionamiento del paciente, la complejidad de la habilidad social que se está entrenando y el nivel de déficit que presenta el paciente, además de las mismas en la situación institucional (69).

Estos factores deben de tenerse presentes al planear la duración del entrenamiento, porque el objetivo no es solamente enseñar al paciente a conducirse de forma socialmente competente durante las prácticas en las sesiones de entrenamiento, la mejora debe de generalizarse al medio ambiente natural, la mayor parte de las investigaciones realizadas hasta el momento, indican que esta generalización no ocurrirá de manera automática, aunque así parezca durante las sesiones.

Un requisito terapéutico que determina la periodicidad de las sesiones, es que estas sean lo suficientemente frecuentes como para que los pacientes no olviden los componentes previamente entrenados o presenten un detrimento en la ejecución de algún componente de una sesión a otra (70).

Es muy común que los pacientes con trastornos persistentes presenten problemas en sus habilidades cognoscitivas, por lo que se puede esperar que cualquier período entre sesiones superior a una semana ejerza una influencia nociva sobre el entrenamiento, por lo que es aconsejable que las sesiones sean más frecuentes (70,71).

Tratar los componentes de la conducta ensayada con excesiva rapidez o intentar consolidar el entrenamiento de varias conductas en una sola sesión, puede confundir al paciente y resultar una ejecución inconsistente. Además es

preferible incluir sesiones de entrenamiento adicionales para cualquier conducta o componente de la misma que presente alguna dificultad (57).

### **3.1. El trabajo con la familia:**

Es necesario trabajar con los familiares o aquellas personas más allegadas al paciente, cambiar falsas creencias sobre el trastorno de su paciente, sobre su recuperación, las expectativas que se han creado sobre la integración a la actividad económico-productiva. Esto se puede lograr mediante escuelas de familia interviniendo con cada una en particular (57).

Estas escuelas ayudan a que la familia logre estructurar la información que tiene sobre el trastorno de su paciente, aclarando algunas dudas, cambiando falsas creencias. Esto ayuda a que familiares de otros pacientes puedan ofrecer soluciones a problemas comunes que se presentan y que les han dado resultado, siempre estará el psicoterapeuta para orientarlos sobre las distintas actividades que planteen.

La intervención individual es igual de importante que las escuelas con la familia porque permiten a la misma plantear dudas de manera más particular sobre conductas de su paciente y la atención en casa.

Esto da oportunidad que de manera más directa y precisa se trate de ejercer el cambio en la actitud de los familiares, buscando primeramente una sensibilización sobre el trastorno, para posteriormente llevar a cabo una estructuración cognitiva (57).

### **4. Perspectiva actual:**

El modelo asistencial psiquiátrico y de salud mental cubano está introduciendo cambios importantes en el área de la promoción, prevención, tratamiento,

rehabilitación, participación social y ciudadana de las personas con trastornos mentales y del comportamiento. En los últimos años, en lo que se refiere a la atención institucional psiquiátrica, está emergiendo un nuevo paradigma que hace énfasis en la des-institucionalización de usuarios, que habiendo tenido un adecuado nivel de rehabilitación, puedan egresar a la comunidad para incorporarse al medio familiar y social, o bien, pueda pasar el usuario a un hogar transitorio o residencia protegida para ser efectivo su derecho a la inserción social, laboral y comunitaria (72).

Las acciones que se engendran, como lo son las que contiene el presente plan rehabilitatorio, deben ser congruentes con la conceptualización de los programas de salud mental, las que proponen que las distintas regiones programáticas vayan asumiendo progresivamente la atención de los usuarios con discapacidad mental, mediante los programas de promoción y prevención de la salud mental de los habitantes asignados a su centro (73).

La metodología que se plantea para la rehabilitación del paciente de larga evolución, constituye un proceso integral y continuo que comprende la rehabilitación intrahospitalaria, a través del Programa de Vida Diaria con los consecuentes programas específicos de modificación de conducta y la extrahospitalaria a través de la consolidación del Programa de Hogares Transitorios y/o Residencias Protegidas.

El Proyecto de Vida Diaria establecido en el hospital y que se define en este plan, prepara al usuario hospitalizado para su promoción a los diferentes niveles de funcionamiento o su ubicación en un hogar transitorio y/o residencia protegida. Esta promoción puede también ser directamente a su hogar de origen.

La atención extrahospitalaria del paciente con discapacidad mental, precisa de apoyo residencial, en algunos casos, indefinido. Para satisfacer las necesidades de estos y por ende garantizar su calidad de vida, se proponen dos alternativas que se mencionaron con antelación: Hogares Transitorios y Residencias Protegidas.

El trabajo que se lleva a cabo mediante el EHS, constituye una parte fundamental en el tratamiento del paciente psiquiátrico, porque les ayuda a estructurar parte del ambiente que en ocasiones le constituye una fuente de estrés importante y que juega un papel definitivo en las recaídas.

El EHS le permite al paciente ser parte constructora de su medio social, disminuyendo en sí mismo la idea de disgregado social que inclusive la misma familia llega a fomentar, por lo cual es importante incluir este entrenamiento social al plan de tratamiento cotidiano del paciente psiquiátrico, y a su vez; nosotros como psicoterapeutas tenemos la obligación de prepararnos más en esta modalidad de terapia social, porque un EHS requiere del conocimiento de distintas áreas de la psicología y de otras ciencias, no solo del área social, debemos de profundizar más en el tema a través de lecturas y cursos que amplíen nuestro conocimiento iniciado ya sobre este tema (74).

## **METODOLOGÍA.**

Se realizó un estudio pre-experimental para evaluar la eficacia de un programa de intervención psicoterapéutico a pacientes con trastornos mentales persistentes residentes permanentes para modificar los niveles de rehabilitación psicosocial en el Hospital Psiquiátrico de Ciego de Ávila, en el período comprendido de abril del 2012 hasta abril del 2013.

### **Universo y muestra.**

El universo del estudio estuvo constituido por 28 pacientes con trastornos mentales, residentes permanentes del Hospital Psiquiátrico Provincial de Ciego

de Ávila, se trabajó con la totalidad de los mismos porque cumplieron con los criterios de inclusión.

#### Definición de los niveles de rehabilitación:

**Primer nivel:** El paciente permanece en la sala donde se le realizan estudios por el Equipo de Salud Mental. Se pueden presentar dos variantes:

- Paciente que muestra tendencia espontánea a la acción.
- Paciente que permanece indiferente y sin actuar.

**Segundo nivel:** Pertenecen a este nivel aquellos pacientes cuyas inclinaciones y aptitudes se habían detectado en el primer nivel y ahora son conducidos a diferentes instalaciones labor-terápicas donde aquellas puedan ser desarrolladas. En estos primeros niveles se visita en grupo: playas, campos, teatros, juegos de pelota.

**Tercer nivel:** Desarrollan el trabajo determinado en el anterior nivel, donde el terapeuta ocupacional y los instructores lo conducen en el perfeccionamiento del mismo.

**Cuarto nivel:** Trabajan como operarios o sus auxiliares dentro de los talleres del hospital, o salen a realizar la labor fuera del mismo, guiados por el instructor y por el terapeuta ocupacional.

**Quinto nivel:** En este nivel los pacientes son ubicados en los Centros de Rehabilitación Comunitarios.

#### **Criterios de inclusión:**

1. Pacientes con trastornos mentales persistentes, cuyos familiares brinden el consentimiento informado (ver anexo I).

2. Pacientes residentes permanentes del Hospital Psiquiátrico que se encuentren entre el 1er y 3er nivel de rehabilitación.

### **Métodos.**

Los datos fueron recogidos a través de una encuesta (ver anexo II), fuente de información primaria aplicada antes y después; creada al efecto y aprobada por criterio de expertos de los servicios de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico de Ciego de Ávila, se consultó además las historias clínicas de los pacientes que se encontraban en la modalidad de residencias protegidas en el hospital, para determinar el diagnóstico psiquiátrico.

Dada las características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó la encuesta inicialmente, por los miembros del E.S.M previamente entrenados; la misma fue diseñada para determinar el grado de inserción socio laboral familiar de los pacientes antes de la aplicación de la intervención rehabilitadora y diagnosticar el nivel de rehabilitación en el cual estaba el paciente objeto del estudio, en esta se exploraron variables como: nivel de rehabilitación inicial, estado de compensación de la sintomatología psiquiátrica, evolución del trastorno, desarrollo de habilidades individuales en las actividades socio-laborales, la participación en actividades recreativas, relaciones con familiares y con el equipo de trabajo; luego se realizó la estrategia de intervención psicoterapéutica (ver anexo III), después de esto se aplicó la encuesta en un segundo momento, lo cual se evaluó al año de iniciada la rehabilitación para de esta forma dar salida a los objetivos específicos.

Se aplicó una segunda encuesta (ver anexo IV) dirigida a la familia, fuente de retroalimentación para el investigador en la obtención de la información relacionada con la eficacia del programa de intervención psicoterapéutico en

pacientes con trastornos mentales persistentes residentes permanentes para lograr un nivel superior de rehabilitación psicosocial en el Hospital Psiquiátrico de Ciego de Ávila.

### **Diseño del sistema de acciones o actividades científicas.**

1. Dirigida a la información de los niveles de rehabilitación intrahospitalaria como posible método psicoterapéutico y su implantación. En esta etapa el objetivo fundamental se orientó a proporcionar información de los niveles: actividades que se desarrollan en cada uno de ellos, teniendo en cuenta las individualidades de cada paciente, red de apoyo social y recursos necesarios. Se utilizaron técnicas educativas como charlas, cara a cara, audiencias sanitarias y propagandas gráficas para lograr su permanencia en la rehabilitación, sin importar la frecuencia y el número de sesiones en cada caso. Posteriormente, se procedió al diseño de un programa de intervención educativo psicoterapéutico, previo consentimiento del familiar del paciente.

2. Se llevaron a cabo las actividades previstas en el programa de intervención psicoterapéutico, teniendo en cuenta los elementos referidos en el Programa de Rehabilitación Nacional y otros documentos afines emitidos por el Sistema Nacional de Salud (ver anexo III). Posteriormente se sometió a aprobación el programa por expertos en esta materia.

Con el objetivo de validar el producto que se obtuvo, se utilizó el método de criterios de expertos. Este método permitió consultar a un conjunto de especialistas para validar la propuesta del sistema de acciones sustentado en sus conocimientos, investigaciones realizadas, experiencia docente y como tutor de estudiantes de pre y post-grado.

El sistema de acciones consistió en procedimientos terapéuticos encaminados a crear habilidades socio laborales cuando estas no existían o eran pobres, restablecerlas cuando se habían perdido por alguna enfermedad física o mental, o preservar las que quedaban después de un proceso morboso, teniendo en cuenta los intereses, motivaciones, necesidades y capacidades reales para lograrla de forma individual, a través de la utilización de patrones de conducta normales y con la participación de la familia y la comunidad, bajo la supervisión y asesoría técnica del equipo terapéutico.

3. Se brindó información, se establecieron coordinaciones con el Equipo de Salud Mental de la institución, de las áreas de salud y los departamentos que participaron en la aplicación del sistema de acciones (Especialistas en Psicología y Psiquiatría, Técnicos en Rehabilitación Social y Ocupacional, Terapia Física, Clínico, Enfermeras, Estomatólogos), involucrados en la ejecución de la investigación; también con los familiares o responsables directos del paciente.

4. Se llevaron a cabo acciones educativas psicoterapéuticas dirigidas al paciente con trastornos mentales persistentes, residentes permanentes que constituyeron la muestra de estudio y se recolectaron los datos primarios a través de la Historia Clínica de Rehabilitación Psicosocial (anexo V) y la encuesta inicial de recolección de datos (anexo I).

5. Se realizó la evaluación del sistema de acciones, aplicando la encuesta antes y luego de terminada la intervención, igualmente se le aplicó al familiar, lo que le sirvió al terapeuta como método de información extra; se procesaron los datos y se redactó el informe final.

Formas para controlar sesgos de diseño:

Se realizó un seguimiento sistemático del proceso de ejecución del sistema de acciones y de la evaluación de los datos obtenidos durante la misma. Se emitieron informes parciales con una frecuencia semestral.

### **Métodos de obtención de información.**

#### **Intervención educativa:**

Sistema de actividades educativas efectivas para lograr cambios de comportamientos específicos y sostenidos en sectores de la población.

El programa educativo estuvo conformado por una serie de sesiones, donde se llevó a cabo toda una estrategia de intervención psicoterapéutica para lograr eficacia en la promoción de niveles superiores de rehabilitación en pacientes con trastornos mentales persistentes. Se aplicaron técnicas didácticas para el aprendizaje, dinámicas de grupo para el desarrollo de habilidades individuales, técnicas participativas para el mejoramiento de relaciones interpersonales y la participación en actividades recreativas, así como reunión con familiares para una adecuada atención al paciente ( anexo III ).

A partir de estas se establecieron las dimensiones y los indicadores, así como técnicas o ítems que evaluaron las variables de estudio y permitieron medir la rehabilitación psicosocial de estos pacientes, a cada variable se le otorgó un valor de 0 a 3 puntos por ítems, las cuales fueron operacionalizadas como buena, regular y mala, para el desarrollo de las habilidades individuales, la participación en actividades sociales, relaciones familiares, relaciones con el equipo de trabajo, vínculo familiar, estado de compensación de la sintomatología psiquiátrica y evolución del trastorno.

### **Operacionalización de las variables.**

| Variable. | Tipo.         | Operacionalización. |                                        | Indicador.                                  |
|-----------|---------------|---------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|
|           |               | Escala.             | Descripción.                           |                                             |
| Edad.     | Cuantitativa. | 30-39.              | Edad cronológica según años cumplidos. | Número y por ciento según grupos de edades. |
|           | Continua.     | 40-49.              |                                        |                                             |
|           |               | 50-59.              |                                        |                                             |
|           |               | Más de 60.          |                                        |                                             |

|                                                                       |                                       |                                                                                                                   |                                                                                 |                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Sexo.                                                                 | Cualitativa<br>nominal<br>dicotómica. | -Masculino.<br><br>-Femenino.                                                                                     | Según género de<br>pertenencia.                                                 | Número y por<br>ciento según<br>sexo.                    |
| Escolaridad.                                                          | Cualitativa<br>ordinal.               | -Primaria sin<br>terminar.<br><br>-Primaria.<br><br>-Secundaria.<br><br>-Preuniversitaria.<br><br>-Universitaria. | Según último nivel<br>de escolaridad<br>vencido.                                | Número y por<br>ciento según<br>grupo de<br>pertenencia. |
| Estado de<br>compensación<br>de la<br>sintomatología<br>psiquiátrica. | Cualitativa<br>nominal<br>dicotómica. | -Compensada.<br><br>-Descompensada.                                                                               | Según examen<br>psiquiátrico referido<br>en la historia<br>clínica.             | Número y por<br>ciento según<br>grupo de<br>pertenencia. |
| Vínculo<br>familiar. <sup>1</sup>                                     | Cualitativa<br>ordinal.               | -Estable.<br><br>-Poco estable.<br><br>-Inestable.                                                                | Según datos<br>consignados en la<br>historia psicosocial.                       | Número y por<br>ciento según<br>grupo de<br>pertenencia. |
| Evolución del<br>trastorno. <sup>2</sup>                              | Cualitativa<br>nominal<br>dicotómica. | -Favorable.<br><br>-Desfavorable.                                                                                 | Según la evolución<br>del trastorno<br>psiquiátrico.                            | Número y por<br>ciento según<br>grupo de<br>pertenencia- |
| Participación<br>en actividades<br>sociales. <sup>3</sup>             | Cualitativa<br>ordinal.               | -Buena.<br><br>-Regular.<br><br>-Mala.                                                                            | Según niveles de<br>participación y<br>frecuencia de<br>actividades<br>sociales | Número y por<br>ciento según<br>grupo de<br>pertenencia. |

|                                                   |                                 |                                                      |                                               |                                                 |
|---------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|
|                                                   |                                 |                                                      | planificadas.                                 |                                                 |
| Relaciones con familiares. <sup>1</sup>           | Cualitativa ordinal.            | -Buena.<br>-Regular.<br>-Mala.                       | Según niveles de relación con familiares.     | Número y porcentaje según grupo de pertenencia. |
| Relaciones con el equipo de trabajo. <sup>4</sup> | Cualitativa ordinal.            | -Buena.<br>-Regular.<br>-Mala.                       | Según niveles de relación con familiares.     | Número y porcentaje según grupo de pertenencia. |
| Nivel superior de rehabilitación                  | Cualitativa ordinal.            | -Nivel I.<br>-Nivel II.<br>-Nivel III.<br>-Nivel IV. | Según historia de rehabilitación psicosocial. | Número y porcentaje según grupo de pertenencia. |
| Eficacia de la intervención.*                     | Cualitativa nominal dicotómica. | -Adecuada.<br>-Inadecuada.                           | Según nivel de rehabilitación alcanzado.      | Número y porcentaje según grupo de pertenencia. |

**<sup>1</sup>Relación con familiares y vínculo familiar:**

- a) Si nunca se relacionaron con los familiares y tiene vínculo con estos se le da una puntuación de 0 y obtiene una calificación de mala.
- b) Si se relacionaron con poca frecuencia se le da una puntuación de 1 y obtiene una calificación de regular.
- c) Si siempre se relacionaron se le da una puntuación de 3, y obtiene una calificación de buena.

## **<sup>2</sup>Evolución del trastorno psiquiátrico.**

Según la observación del funcionamiento del paciente por parte de la familia:

- a) Si la familia observó un peor funcionamiento del paciente con respecto al ingreso, obtiene una calificación de desfavorable.
- b) Si la familia observó el mismo funcionamiento del paciente con respecto al ingreso, obtiene una calificación de desfavorable.
- c) Si la familia observó buen funcionamiento afectivo del paciente después del ingreso, obtiene una calificación de favorable.

## **<sup>3</sup>La participación en actividades sociales:**

- a) Si nunca participaron en las actividades se les da un valor de no evaluable.
- b) Si participaron en las actividades con poca frecuencia se le da una puntuación de 1 y obtiene una calificación de mala.
- c) Si participaron en las actividades con frecuencia se le da una puntuación de 2 y obtiene una calificación de regular.
- d) Si siempre participaron en las actividades con frecuencia se le da una puntuación de 3 y obtiene una calificación de buena.

## **<sup>4</sup>Relaciones con el equipo de trabajo:**

- a) Si nunca se relacionaron con el equipo de trabajo se le da una puntuación de 0 y obtiene una calificación de mala.
- b) Si se relacionaron con poca frecuencia se le da una puntuación de 1 y obtiene una calificación de regular.
- c) Si siempre se relacionaron se le da una puntuación de 3, y obtiene una calificación de buena.

## **\* Eficacia del programa de intervención.**

**Adecuada:** Si más del 20 % de los pacientes fueran evaluados de evolución favorable, logrando un nuevo nivel de rehabilitación después del período de intervención.

**Inadecuada:** Si menos del 20 % de los pacientes fueron evaluados de evolución favorable, logrando un nuevo nivel de rehabilitación después del período de intervención.

### **Plan de análisis de los resultados.**

Se confeccionó una base de datos en el programa Excel para sintetizar toda la información y fue resumida en frecuencias absolutas y porcentajes.

Para el análisis de las variables socio-demográficas se utilizó estadística descriptiva de media y desviación estándar.

Para el análisis de la eficacia de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas Mc.Nemar para hallar diferencias significativas antes y después de la aplicación de la intervención psicoterapéutica. Esta es una prueba no paramétrica para dos muestras pareadas con variables dicotómicas, además se empleó la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para el análisis de variables ordinales en muestras relacionadas.

### **Aspectos éticos.**

Se pidió a todos los encuestados seleccionados su consentimiento para participar en el estudio. Se explicó el carácter voluntario, se insistió en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de los participantes, con el uso de códigos de identificación. La autonomía se mantendrá desde la decisión individual de participar o no en la investigación, por lo que cada responsable directo de los pacientes leyó, en presencia del investigador, la

información necesaria y oportuna sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta de consentimiento informado.

Se sostuvo una interacción justa y benéfica con los pacientes. Siguiendo de esta forma los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Los importantes avances teóricos como metodológicos realizados en la actualidad, permiten afirmar que la rehabilitación psicosocial ha alcanzado su mayoría de edad, contando con una estructura conceptual y una metodología de intervención cada vez más clara y eficaz, lo que la ha convertido en la piedra angular en el tratamiento a la población con trastornos mentales persistentes.

Para la presente investigación se trabajó con un grupo de 28 pacientes con trastornos mentales persistentes, residentes permanentes en el Hospital Psiquiátrico de Ciego de Ávila.

Tabla 1. Pacientes según media de edad y sexo. Ciego de Ávila. 2013.

| Sexo.      | No. | Edad.  |                      |         |         |
|------------|-----|--------|----------------------|---------|---------|
|            |     | Media. | Desviación estándar. | Mínimo. | Máximo. |
| Masculino. | 16  | 57,8   | 10,4                 | 44      | 78      |
| Femenino.  | 12  | 58,5   | 12,1                 | 40      | 74      |
| Total.     | 28  | 58,1   | 11,0                 | 40      | 78      |

La tabla 1 muestra la media de edad, desviación estándar y valores extremos de la edad de los pacientes según sexo. Se observa que la media de edad de los 16 pacientes masculinos fue de 57,8 años, algo inferior, pero muy cercana a los 58,5 años de las 12 féminas que participaron en la investigación, de manera similar se comporta la desviación estándar con 10,4 años para los primeros y 12,1 años en las segundas.

Según un programa básico de intervención para rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con trastornos mentales persistentes, elaborado por González Cases y colaboradores, en España en el 2006, en los Centros de Rehabilitación Psicosocial deben atenderse personas, de edad entre 18 y 65 años de ambos sexos, con trastornos mentales graves y persistentes que presenten deterioro o dificultades en su funcionamiento psicosocial y en su integración social (1).

Tabla 2. Pacientes según nivel de escolaridad y sexo. Ciego de Ávila. 2013.

| Escolaridad.           | Sexo.      |       |          |       | Total. |       |
|------------------------|------------|-------|----------|-------|--------|-------|
|                        | Masculino. |       | Femenino |       |        |       |
|                        | No.        | %     | No.      | %     | No.    | %     |
| Primaria sin terminar. | 4          | 25,0  | 4        | 33,3  | 8      | 28,6  |
| Primaria.              | 6          | 37,5  | 5        | 41,7  | 11     | 39,3  |
| Secundaria.            | 2          | 12,5  | 1        | 8,3   | 3      | 10,7  |
| Preuniversitario.      | 2          | 12,5  | 2        | 16,7  | 4      | 14,3  |
| Universitario.         | 2          | 12,5  | 0        | 0,0   | 2      | 7,1   |
| Total.                 | 16         | 100,0 | 12       | 100,0 | 28     | 100,0 |

La tabla 2 muestra la distribución de pacientes según nivel de escolaridad y sexo, se puede observar que la mayoría de los participantes, independientemente del sexo, presentaron un nivel de escolaridad primaria, con 11 pacientes para un 39,3%, divididos en 6 (37,5% de los masculinos) y 5 (41,7% de las femeninas), seguido por la categoría de primaria sin terminar con 8 (28,6%).

Solo una minoría de los pacientes de la investigación, pudieron culminar estudios superiores antes de iniciar su trastorno mental. El comienzo del trastorno tempranamente y la demora en su tratamiento puede derivar en una alteración en las etapas vitales, como fracaso escolar, cambios en las relaciones interpersonales, conflictos intrafamiliares, etc. Estas alteraciones pueden producir lo que se denomina «toxicidad psicológica», cuyos efectos pueden limitar el nivel posterior de recuperación del trastorno, aunque después, en el momento de presentar el primer episodio psicótico, se haya tratado de forma eficaz (2, 3).

Tabla 3. Pacientes según sintomatología psiquiátrica antes y después de la intervención. Ciego de Ávila. 2013.

| Sintomatología<br>psiquiátrica antes<br>de la intervención. | Sintomatología psiquiátrica<br>después de la intervención. |      |                |      | Total. |       |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------|----------------|------|--------|-------|
|                                                             | Compensada.                                                |      | Descompensada. |      |        |       |
|                                                             | No.                                                        | %    | No.            | %    | No.    | %     |
| Compensada.                                                 | 0                                                          | 0,0  | 0              | 0,0  | 0      | 0,0   |
| Descompensada.                                              | 23                                                         | 82,1 | 5              | 17,9 | 28     | 100,0 |
| Total.                                                      | 23                                                         | 82,1 | 5              | 17,9 | 28     | 100,0 |

Nota: Los por cientos están calculados sobre la base del total de las filas

Prueba de McNemar:  $p = 0,000$  ( $p < 0,05$ ).

La tabla 3 muestra la distribución de pacientes según estado de compensación de la sintomatología psiquiátrica antes y después de la realización del programa de intervención. Se observó que antes de realizar la investigación, la totalidad de pacientes (28, 100%), presentaban un estado de descompensación

psiquiátrica, una vez terminada la acción del programa, 23 de ellos (82,1%) se encontraban compensados y solo 5 (17,9%) mantenían un diagnóstico descompensado. El cambio tiene un valor significativo según la prueba de McNemar.

Los pacientes con trastornos mentales persistentes necesitan de un adecuado diagnóstico y tratamiento psiquiátrico (fundamentalmente psicofarmacológico) que permita controlar su sintomatología psicopatológica, prevenir la aparición de crisis y en su caso controlarlas. A pesar de la mejoría y control de la sintomatología psiquiátrica que se derivan de los tratamientos farmacológicos y otras terapias en la atención de la salud mental, muchas de las personas que sufren trastornos persistentes presentan variados déficit y discapacidades que dificultan su desenvolvimiento autónomo y su integración en la vida cotidiana comunitaria. Por ello necesitan programas y servicios de rehabilitación psicosocial que les ayuden a recuperar y/o adquirir las capacidades y habilidades necesarias para vivir, relacionarse en la comunidad y que les apoyen de un modo flexible y continuado para favorecer su integración social efectiva en su entorno social y familiar (1).

Tabla 4. Pacientes según evolución del trastorno antes y después de la intervención. Ciego de Ávila. 2013.

| Evolución del<br>trastorno antes<br><br>de la | Evolución del trastorno después<br>de la intervención. |               | Total. |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------|--------|
|                                               | Favorable.                                             | Desfavorable. |        |

| intervención. | No. | %    | No. | %    | No. | %     |
|---------------|-----|------|-----|------|-----|-------|
| Favorable.    | 0   | 0,0  | 0   | 0,0  | 0   | 0,0   |
| Desfavorable. | 22  | 78,6 | 6   | 21,4 | 28  | 100,0 |
| Total.        | 22  | 78,6 | 6   | 21,4 | 28  | 100,0 |

Nota: Los por cientos están calculados sobre la base del total de las filas

Prueba de McNemar:  $p = 0,000$  ( $p < 0,05$ ).

La tabla 4 muestra la distribución de pacientes según la evolución del trastorno persistente, antes y después de la intervención. Se observó que en la evaluación inicial, los 28 pacientes (100%), presentaban una evolución desfavorable, hecho que se revierte al término de la experimentación con 22 participantes (78,6%), en un estado favorable de la evolución y solo 6 de ellos (21,4%), que mantenían una evolución negativa.

La modificación porcentual lograda representa un resultado significativo si se analiza el resultado de la prueba de McNemar realizada con un valor de  $p$  muy inferior a 0,05.

Entre los efectos positivos que ha tenido en muchos países, el concepto de des-institucionalización del paciente con trastorno mental persistente para su inserción en la comunidad, es que ha llevado a reconocer que dentro de una población de pacientes con trastornos mentales existen grandes variaciones entre sus componentes. Los pacientes difieren en sus síntomas, sus niveles funcionales, culturales y sus necesidades de tratamiento. Se reconoce en la actualidad que estos pacientes, son fundamentalmente individuos con necesidades diferentes, de cuya correcta identificación, depende en gran medida la evolución puntual de cada uno (4).

Tabla 5. Pacientes según participación en actividades sociales antes y después de la intervención. Ciego de Ávila. 2013.

| Participación en actividades sociales antes de la intervención. | Participación en actividades sociales después de la intervención. |      |          |      |        |      | Total. |       |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------|----------|------|--------|------|--------|-------|
|                                                                 | Mala.                                                             |      | Regular. |      | Buena. |      |        |       |
|                                                                 | No.                                                               | %    | No.      | %    | No.    | %    | No.    | %     |
| Mala.                                                           | 3                                                                 | 13,0 | 9        | 39,1 | 11     | 47,8 | 23     | 100,0 |
| Regular.                                                        | 1                                                                 | 20,0 | 1        | 20,0 | 3      | 60,0 | 5      | 100,0 |
| Total.                                                          | 4                                                                 | 14,3 | 10       | 35,7 | 14     | 50,0 | 28     | 100,0 |

Nota: Los por cientos están calculados sobre la base del total de las filas  
Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon: -4,213  $p = 0,000$  ( $p < 0,05$ ).

Al analizar la distribución de pacientes según participación en actividades sociales antes y después de la intervención (tabla 5), se pudo observar que de los 23 pacientes que presentaban una mala participación inicial, solo 3 de ellos (13,0%) mantuvieron esa condición en la evaluación final, mientras 9 (39,1%), de ellos terminaron con una participación regular y 11 (47,8%) con una buena inserción en dichas actividades; de los 5 pacientes que habían sido evaluados de participación regular al inicio, 4 de ellos experimentaron una mejoría considerable, 3 (60,0%) de ellos evaluados finalmente de buena participación y 1 (20,0%), de regular.

Las modificaciones porcentuales logradas, representaron un cambio significativo si se analiza el resultado de la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon con un valor de  $p$  muy inferior a 0,05.

La práctica de actividades sociales, a modo de entrenamiento, posibilitan que el paciente pueda llevar a cabo las soluciones que se le plantean en la cotidianidad, porque al identificar los factores estresantes y generar estrategias de afrontamiento podrá aminorarse oscilaciones en su trastorno de base al trabajar mecanismos de defensa más maduros (5).

Tabla 6. Pacientes según relaciones con familiares antes y después de la intervención. Ciego de Ávila. 2013.

| Relaciones con familiares antes de la intervención. | Relaciones con familiares después de la intervención. |      |          |      |        |       | Total. |       |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------|----------|------|--------|-------|--------|-------|
|                                                     | Mala.                                                 |      | Regular. |      | Buena. |       |        |       |
|                                                     | No.                                                   | %    | No.      | %    | No.    | %     | No.    | %     |
| Mala.                                               | 4                                                     | 18,2 | 11       | 50,0 | 7      | 31,8  | 22     | 100,0 |
| Regular.                                            | 0                                                     | 0,0  | 0        | 0,0  | 5      | 100,0 | 5      | 100,0 |
| Buena.                                              | 0                                                     | 0,0  | 0        | 0,0  | 1      | 100,0 | 1      | 100,0 |
| Total.                                              | 4                                                     | 14,3 | 11       | 39,3 | 13     | 46,4  | 28     | 100,0 |

Nota: Los por cientos están calculados en base al total de las filas

Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon: -4,388  $p=0,000$  ( $p<0,05$ ).

La percepción que el propio paciente pueda tener y expresar, sobre el afecto, atención y apoyo recibido por la propia familia, se evalúa antes y después de la intervención efectuada (tabla 6), se observó que de los 22 que presentaban una mala relación inicial, 4 (18,2%) mantuvieron esta condición al final de la investigación, 11 (50,0%) mejoraron a regular y 7 (31,8%) de ellos presentaron una relación final evaluada de buena; de los 5 que presentaban relaciones de

evaluación regular al comienzo de la investigación, la totalidad finalizó con buenas relaciones familiares y el paciente que presentaba esta evaluación desde inicio, mantuvo dicha condición.

La mejoría experimentada en las relaciones familiares y notada por los pacientes, representó un cambio significativo evaluado por la prueba estadística empleada con un resultado notable.

Según el consenso de expertos, es importante recoger la frecuencia y calidad de las relaciones sociales que ha mantenido el paciente a lo largo de su vida, así como las relaciones significativas en el momento actual. La evaluación de la estructura familiar y el patrón de relaciones es importante para establecer un plan terapéutico. Es fundamental la evaluación de los factores de relaciones sociales y familiares que pueden actuar como elementos de estrés o vulnerabilidad, así como los que pueden actuar como factores de protección (6).

El trabajo de intervención psicoterapéutica con la familia es condición indispensable para el control y disminución de los síntomas en pacientes de todas las psicopatologías, para mantener los niveles de funcionalidad, debido a que al incorporarse el paciente al mismo contexto familiar y social que pudo haberlo dañado, posiblemente va a recaer porque encontrará la misma situación disfuncional que hará que se reactiven los síntomas de su trastorno (7).

Tabla 7. Pacientes según relaciones con el equipo de trabajo antes y después de la intervención. Ciego de Ávila. 2013.

| Relaciones con el | Relaciones con el equipo de trabajo | Total. |
|-------------------|-------------------------------------|--------|
|-------------------|-------------------------------------|--------|

| equipo de trabajo<br><br>antes de la<br>intervención. | después de la intervención. |     |          |      |        |      |     |       |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------|-----|----------|------|--------|------|-----|-------|
|                                                       | Mala.                       |     | Regular. |      | Buena. |      |     |       |
|                                                       | No.                         | %   | No.      | %    | No.    | %    | No. | %     |
| Mala.                                                 | 1                           | 4,2 | 10       | 41,7 | 13     | 54,2 | 24  | 100,0 |
| Regular.                                              | 0                           | 0,0 | 1        | 25,0 | 3      | 75,0 | 4   | 100,0 |
| Total.                                                | 1                           | 3,6 | 11       | 39,3 | 16     | 57,1 | 28  | 100,0 |

Nota: Los por cientos están calculados sobre la base del total de las filas

Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon: -4,594  $p = 0,000$  ( $p < 0,05$ ).

La tabla 7 muestra la distribución de pacientes según las relaciones con el equipo de trabajo antes y después de la intervención. Se observó en la evaluación inicial que 24 pacientes presentaban malas relaciones con el equipo de salud, de los cuales, solo 1 (4,2%) mantuvo esa condición, mientras 10 (41,7%), finalizaron con una evaluación regular y 13 (54,2%) con una buena relación; por su parte, de los 4 pacientes que mantenían una relación inicial regular con el grupo de trabajo, 1 (25,0%) mantuvo esa condición, mejorando los restantes 3 (75,0%) a una buena evaluación de relación con el equipo médico.

En general se consideró de positivo el cambio percibido por el personal que trabaja directamente con estos pacientes, representando además significativo al realizar el análisis estadístico con la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon con un valor de la  $p$  calculada, muy inferior a 0,05.

Una alianza terapéutica de apoyo permite al psiquiatra conseguir información esencial sobre el paciente, permite a éste adquirir confianza en el psiquiatra y un deseo de cooperar en el tratamiento. Identificar los objetivos y las

aspiraciones del paciente y relacionar éstos con los resultados, promueve la adherencia al tratamiento, así como la relación terapéutica (6).

Tabla 8. Pacientes según vínculo familiar antes y después de la intervención.  
Ciego de Ávila. 2013.

| Vínculo familiar<br><br>antes de la<br><br>intervención. | Vínculo familiar después de la<br><br>intervención. |      |                  |      |          |       | Total. |       |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------|------------------|------|----------|-------|--------|-------|
|                                                          | Inestable.                                          |      | Poco<br>estable. |      | Estable. |       |        |       |
|                                                          | No.                                                 | %    | No.              | %    | No.      | %     | No.    | %     |
| Inestable.                                               | 3                                                   | 21,4 | 9                | 64,3 | 2        | 14,3  | 14     | 100,0 |
| Poco estable.                                            | 0                                                   | 0,0  | 1                | 7,7  | 12       | 92,3  | 13     | 100,0 |
| Estable.                                                 | 0                                                   | 0,0  | 0                | 0,0  | 1        | 100,0 | 1      | 100,0 |
| Total.                                                   | 3                                                   | 10,7 | 10               | 35,7 | 15       | 53,6  | 28     | 100,0 |

Nota: Los por cientos están calculados en base al total de las filas Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon: -4,630  $p = 0,000$  ( $p < 0,05$ ).

Al realizar el análisis del vínculo familiar de los participantes con sus familiares antes y después de la intervención (tabla 8), se pudo observar que inicialmente, la mayor parte del grupo (14), presentaban un vínculo inestable, 13 de ellos, poco estable y solo uno presentaba un vínculo estable; una vez finalizado el programa intervencionista, solo 3 (21,4%) de los 14, mantuvieron la condición de inestable, mientras 9 mejoraban a poco estable y 2 a vínculo estable, esta última mejoría también la experimentaron 12 (92,3%) de los 13 que

presentaban el estatus inicial de poco estable, siendo mantenido por solo un paciente.

Ninguno de los pacientes empeoró su vínculo familiar inicial y el cambio favorable fue significativo, al realizar el análisis estadístico con la prueba empleada.

Las familias constituyen el principal recurso de cuidado y soporte comunitario de los pacientes con trastornos mentales persistentes. De hecho la gran mayoría vive con sus familias. Sin embargo, la convivencia con el paciente puede suponer dificultades y conflictos, que en ocasiones puede llevar a las familias a sentirse desbordadas y con escasos recursos para hacer frente a estos problemas. Asimismo, en algunos casos esta situación puede generar una importante tensión y sobrecarga para las familias.

En función de lo anterior, las familias deben ser apoyadas y cuidadas (es necesario cuidar a los que cuidan), necesitan información, educación, asesoramiento y apoyo para entender la problemática de su familiar con trastorno mental persistente, contar con estrategias, recursos para asistir al paciente, mejorar la convivencia y para ser agentes activos de la rehabilitación del mismo. Además necesitan ayuda y apoyo para mejorar la calidad de vida de la propia familia (1).

Tabla 9. Pacientes según nivel de rehabilitación antes y después de la intervención. Ciego de Ávila. 2013.

| Nivel de rehabilitación antes de la | Nivel de rehabilitación después de la intervención. |            |           | Total. |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------|-----------|--------|
|                                     | Nivel II.                                           | Nivel III. | Nivel IV. |        |

| intervención. | No. | %    | No. | %    | No. | %     | No. | %     |
|---------------|-----|------|-----|------|-----|-------|-----|-------|
| Nivel I.      | 7   | 70,0 | 0   | 0,0  | 3   | 30,0  | 10  | 100,0 |
| Nivel II.     | 1   | 5,9  | 11  | 64,7 | 5   | 29,4  | 17  | 100,0 |
| Nivel III.    | 0   | 0,0  | 0   | 0,0  | 1   | 100,0 | 1   | 100,0 |
| Total.        | 8   | 28,6 | 11  | 39,3 | 9   | 32,1  | 28  | 100,0 |

Nota: Los por cientos están calculados sobre la base del total de las filas  
Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon: -4,744  $p = 0,000$  ( $p < 0,05$ ).

La tabla 9 muestra el nivel de rehabilitación de los pacientes antes y después de realizada la intervención para la inserción comunitaria de los mismos. Se observó al término de la investigación que casi la totalidad de los pacientes mejoraron el nivel de rehabilitación inicial. De los 10 pacientes que presentaban nivel I, 7 (70,0%), pasaron a nivel II y 3 a nivel IV. El nivel II tenía inicialmente la mayor cantidad de casos con 17, de los cuales solo uno (5,9%) mantuvo esta condición, 11 (64,7%), mejoraron a nivel III y 5 (29,4%) terminaron en nivel IV. Solo un paciente presentaba nivel III inicialmente y pudo mejorar al siguiente nivel. Ninguno de los pacientes presentaba el máximo nivel en la evaluación inicial, en la que finalmente terminaron 9 de ellos. Los cambios reportados resultaron significativos al aplicar la prueba estadística al efecto.

Hablar de integración social y familiar, en definitiva, es hablar de interacción persona-ambiente. Tal interacción pasa obligatoriamente por poseer las capacidades y habilidades que la hagan posible.

Si se quiere conseguir que las personas afectadas por un trastorno mental persistente se integren normalizada y autónomamente en su entorno, si se quiere alcanzar el objetivo máximo de la rehabilitación psicosocial, habrá que

conocer el modo y la manera en que estas personas interactúan con los eventos y circunstancias que conforman el ambiente en el que viven. Esto solo podrá lograrse evaluando si poseen las capacidades y habilidades necesarias para hacerlo y si las emplean de un modo adaptado y adaptativo (1).

La funcionalidad buscada con la realización de este trabajo, no es más que la capacidad de adaptación del individuo a sus necesidades personales, familiares, sociales y laborales. Es la habilidad formada en el paciente para cuidar de sí mismo, desempeñar una serie de roles socialmente definidos en una determinada cultura y participar e integrarse en diferentes actividades sociales-recreativas (7).

## **CONCLUSIONES.**

- 1.- Predominaron en la investigación los pacientes del sexo masculino, las edades cercanas a los 60 años y el nivel de escolaridad primaria.
- 2.- La casi totalidad de los pacientes terminaron con un estado de compensación de su sintomatología psiquiátrica y una evolución favorable del trastorno.
- 3.- En casi la totalidad de los pacientes se logró una mejoría significativa de la participación en actividades sociales después de aplicada la intervención.
- 4.- El vínculo familiar, desde la perspectiva del paciente y del familiar, así como la relación con el equipo de trabajo, experimentó cambios significativos en la mayoría en la evaluación final.
- 5.- Solo un paciente no presentó mejoría del nivel de rehabilitación inicial, por lo que resultó adecuada la intervención.

### **RECOMENDACIONES.**

- 1- Divulgar y enfatizar en las diferentes áreas de salud la importancia del programa de Rehabilitación Psicosocial.
- 2- Lograr a través de los Consejos Populares, Salud Pública y el Ministerio de trabajo la inserción social de estos pacientes.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

1. Alarcón, Dermis (Autora); León, M. (Tutor): "Institucionalización y Deterioro Psicológico". Tesis de Maestría en Psiquiatría Social. ISCMH. Facultad 10 de Octubre. Curso Académico 2000-01. Ciudad Habana. 2001.
2. OMS/OPS: "La Comunidad Terapéutica". 93º Reporte del Comité de Expertos de la OMS. Ginebra, Suiza. 2009.
3. Feiner, J: "Psychiatry rehabilitation: the role and training of psychiatrist". V Congreso de Psiquiatría: "Alternativas y retos del siglo XXI". C. Habana. 7-11-Oct 2011.
4. Ordaz, B, Domínguez, M, Calzadilla, L, et cols: "Rehabilitación del paciente Psiquiátrico". V Congreso de Psiquiatría: "Alternativas y retos del siglo XXI". C. Habana. 7-11-Oct-91.
5. Salazar, O, Bustamante, S, Arjona, B: "La rehabilitación en un hospital Psiquiátrico de larga estadía". V Congreso de Psiquiatría: "Alternativas y retos del Siglo XXI". Ciudad Habana. 7-11-Oct-91.
6. Zabala Margarita: "La Clínica de Rehabilitación de Pamplona". Rev. Norte de Manual del operador en Salud Mental comunitaria. Edit. Conexiones. Pág. 90-98. Colab. Ital. en Cuba. Ciudad Habana. 2003. Salud. Vol. VII No. 26. España. 2009.
7. Rodríguez, A: Rehabilitación Psicosocial. Reflexiones y Perspectivas. Boletín de la AMRP, 2009, No.10.

8. Evaristo, P.: "Rehabilitación de los crónicos en la comunidad". Tomado de: Revista Panamericana de Salud Pública. Octubre – Noviembre 2009. Vol. 18, Nov. 4/5. OPS.
9. Trevín, Iliana; Barrientos, G; León, M "Esquizofrenia. Deterioro e Integración social". TTR-Psiquiatría. Curso Académico 1993-94.
10. Bases conceptuales y guías para su implantación. Programa de salud del adulto y salud mental. Washington: OPS; 2010.
11. Reed, Kathlyn: "Los comienzos de la Terapia Ocupacional". Tomado de Terapia Ocupacional. T-I. 8va Edición. ECIMEC. Pág. 26-39. Ciudad Habana. 2009.
12. Torre-Salaya, Emilia (Autora); León, M. (Tutor): "Rehabilitación psicosocial. Hospital Psiquiátrico "Isidro de Armas". Situación actual y estrategias para su desarrollo". Tesis de la Maestría en Salud Mental Comunitaria. ISCMH. Facultad 10 de Octubre. Curso Académico 2009-10. Ciudad Habana. 2010.
13. Torres, Caridad (Autora); León, M. (Tutor): "Rehabilitación. Impacto en Caibarién". Tesis Maestría en Psiquiatría Social. ISCMH. Facultad 10 de Octubre. Curso académico 2001-02. Ciudad Habana. 2002.
- 14-Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales: "Normas mínimas Recomendadas para la formación de terapeutas ocupacionales". OPS-OMS. Artegrafía. CA. Caracas, Venezuela. 2009.
15. Jiménez, F.: "Historia de la gerocultura y evolución de la enfermería geriátrica y gerontológica". Tomado de Síndromes y cuidados del paciente geriátrico. Colectivo de autores. Masson-Salvat. Barcelona. España. 2010.

16. Gribson, Diane; Richert, G.: "Psiquiatría y Salud Mental". Tomado de: "Terapia Ocupacional". Tomo III. 12ma Edición. Editorial Ciencias Médicas. Cap. 17 "Salud Mental". Pág. 533-535. Ciudad Habana. 2009.
17. Gisbert, C.; et cols.: "Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del Trastorno Mental Severo". Colectivo de autores. AEN. Pág. 3-6. Madrid 2009.
18. Hopkins, Helen; Smith, Helen: "Terapia Ocupacional". Tomo II. 10ma Edición. Editorial Ciencias Médicas. "Alcance de la Terapia Ocupacional". Pág. 3-8. Ciudad Habana. 2009.
19. León, M.: "Impacto de la Rehabilitación Psicosocial en el CCSM Lawton". Mimeo. Conferencia de la Maestría en Salud Mental comunitaria. ISCMH. Facultad 10 de Octubre. Ciudad Habana. 2009.
20. Montero, Martha (Autora); León, M. (Tutor): "Sentimiento de carga del cuidador del paciente esquizofrénico". Tesis de Maestría en Psiquiatría Social. ISCMH. Facultad 10 de Octubre. Curso Académico 2009-10. Ciudad Habana. 2010.
21. Spaniel, L.; Koehler, M.; Hutchinson, D.: "Recuperando la esperanza". Libro práctico. Centro de Rehabilitación Psiquiátrica. Boston University. EUA. 2010.
22. Noiseux S, Ricard N. Recovery as perceived by people with schizophrenia, family members and health professionals: A grounded theory. Int J Nurs Stud. 2009 Aug; 45 (8):1148-62.
23. World Psychiatry. Revista oficial de la Asociación Mundial de psiquiatría. (WPA). Volumen 5, Número 5. Diciembre 2009. Pág. 147-160.
24. W, Liberman, R: "The practice of psychiatric rehabilitation: Historical, conceptual and research base": center for Psychiatric Rehabilitation, Sargent

College of Allied Health Profession. Boston University. Boston. EUA. Vol 17, No 6. 2011.

25. Desviat, M.; García Carmen; et cols.: "Programa de Rehabilitación y de apoyo comunitario". Inst. Psiq. Serv. Salud Mental "José Germain". Edit. Imprenta de la comunidad de Madrid. España. 2010.

26. Heinz, E.; Lehmann, M.: "Trastornos psicóticos: esquizofrenia". Tomado de Freedman, A.; Kaplan, H.; Sadock, B.: "Tratado de Psiquiatría". Tomo 2. Edic Rev- Editorial Científico-Técnica. III Edición de la versión Norteamericana. pág. 1045. Ciudad Habana. 1982.

27. Lin, T.Y.; Sartorius, N: "Esquizofrenia: un estudio multinacional". Cuadernos de Salud Pública. OMS. No. 93. Versión resumida del EPIE. Ginebra. 2009.

28. Isaac, Ermys (Autora); León, M. (Tutor): "Rehabilitación Psicosocial en el HPH. Impacto y su relación con la comunidad". Tesis de Maestría en Psiquiatría Social. ISCMH. Facultad 10 de Octubre. Curso Académico 2008-09. Ciudad Habana. 2009.

29. González, M, Bazzani, M, Gaicedo, M: "Unidad de Terapia Ocupacional en Hosp. Psiq. y Unidad de Salud Mental integrada a Hosp. General": Manual Dir. Gral. At. Médica. Div. S.mental. Bogotá, Colombia. 2009.

30. TTR. Psiquiatría. ISCMH. Facultad 10 de Octubre. Curso Académico 2009-10. Ciudad Habana. 2010.

31. Hernández Lira NA, Ramírez Beltrán B, Díaz Pineda C. Terapia Cognitivo – Conductual y Entrenamiento en Habilidades Sociales para Esquizofrenia. Psiquiatría. com [Internet]. 2011.

31. Marhein ST. About culture on old age population. Psychiatric News, American Psychiatry Association, professionals News, 42(15) 9-11, 2009.
33. Quintero FJ, Vega M. El adulto mayor con deterioro. Manual de urgencias psiquiátricas. Editorial Masson, Madrid, 2009.
34. Bountres K, Parentification and family responsibility in the family of origin of damaged old adult Addictive Behaviors. 32(4)734, 2009.
- 35- .Petersen AH et al. Cognitive deterioration criteria. Am J 42 (23): 234-240, 2010.
36. Marlow, F. J. Recovering from cognitive deterioration. Am New England Journal of Medicine. 34 (46): 36-38.2009.
37. Jones JE. Influence of education on cognitive deterioration old persons. Guilford Press, New York, 2009.
38. AEN. Rehabilitación Psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Madrid: Cuadernos Técnicos n: 9. Asociación Española de Neuropsiquiatra. (2009).
39. Aldaz, J.A. y Vázquez, C. (2011). Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación. Madrid: Edit. S.XXI.
40. Alonso, B., García, B. y Salamero, C. (1997). Habilidades de autocontrol y manejo del estrés. En Rodríguez, A. (Coord.). Rehabilitación psicosocial de personal con trastornos mentales crónicos. Madrid: Ed. Pirámide S.A., pp. 210-228.

41. Anderson, C; Hogarty, G y Reiss, D (2011). The psychoeducational family treatment of schizophrenia. En Goldstein, M (coord). New development in interventions with families of schizophrenics. San Francisco: Jos-Seg-Bass.
42. Anthony, W.; Cohen, M.; Nemec, P. (2010). Assessment in psychiatric rehabilitation. En Brian, Phd Bolton (ed.). Handbook of measurement and evaluation in rehabilitation. Aspen Publishers, hc
43. Goldman, H.H.; Gatozzi, A.A.; Tanbe, C.A. Defining and counting the chronically mentally ill. Hospital and Community Psychiatry. 32, pp.22. 1981.
44. Anthony, W.A. (2009). A Rehabilitation Model for rehabilitating the psychiatrically disabled. Rehabilitating Counseling Bulletin, 54, pp. 6-21.
45. Anthony, W.A. y Liberman, R.P. (2009). The Practice of Psychiatric Rehabilitation: Historial, Conceptual and Research Base. Schizophrenia Bulletin, 12(4).
46. Anthony, W. A. Nemec P. (2012). Psychiatric Rehabilitation. En A.S. Bellack (Ed). Schizophrenia: treatment and care. N.Y.: Grunne & Stratton.
47. Desviat, M. (1995). La Reforma Psiquiátrica. Madrid: Ediciones DOR S.L.
48. Bedia, G. M. A y Colaboradores: Rehabilitación Sociolaboral de Personas con Esquizofrenia. Variables relacionadas con el proceso de inserción. Acta Esp. Psiquiátrica. 2011, 49 (9).
49. Aparicio, V (2009). La Reforma Psiquiátrica en 1985. En V. Aparicio (coord). Evaluación de Servicios de Salud Mental. Madrid: A.E.N.
50. Consejera de Servicios Sociales (2009). Diseño de Centro de Rehabilitación Psicosocial. En Programa de Atención Social a Personas con

Enfermedad Mental Crónica. Dirección General de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.

51. Bandura A. (2010). Social foundation of thoughts and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs, N. J. Prentice-Hall,

52. Bandura A. y Walters R. (2009). Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. Madrid España: Alianza.

53. Beck A. T., Freeman A.; Davis D.; Pretzer J.; Fleming B.; Arntz A.; Butler A.; Fusco G.; Simon K.; Beck J.; Morrison A.; Padesky C. y Renton J. (2009). Terapia Cognitiva de los trastornos de personalidad. 3ª. Edición. España: Paidós.

54. Beck, A. T., Rector, N. A., Stolar, N. y Grant, P. (2010). Esquizofrenia. Teoría cognitiva, investigación y terapia. España: Paidós.

55. Mahoney M. J. (2009). Psicoterapia Constructivista. España: Paidós.

56. Semerari A. (2012). Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva. España. Paidós.

57. Hernández L. N. y Sánchez S. J. (2009). Manual de Psicoterapia Cognitivo – Conductual para trastornos de la salud. Argentina: Libros en Red.

58. Beck, A. T.; Rush A. I; Shaw B. F. y Emery G. 2009. Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Descleé de Brouwer.

59. Beck, S. J. (2010). Terapia Cognitiva. Barcelona, España: Gedisa.

60. Caballo V. E. (1997). Manual para el tratamiento cognitivo – conductual de los trastornos psicológicos. Vol.1. España: siglo XXI.

61. Caballo V. E. (1993). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. España: Siglo XXI.
62. Folsstein M., Folsstein S., Mc Hugh P. (2008). A practiced method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatry Research*. 12. 189 – 198.
63. Kelly J. A. (2009). Entrenamiento de las habilidades sociales. 9ª edición. España. Descleé.
64. Caballo V. E. (2009). Evaluación de las habilidades sociales en Fernández Ballesteros R. y Carrobbles J. A. (comps.). *Evaluación conductual: metodología y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
65. Walter R. (2009). *Terapia Cognitiva: fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Colombia: Norma.
66. Dion, G.L. and Anthony, W.A. (2010). Research in Psychiatric Rehabilitation: A review of experimental and quasi-experimental studies. *Rehabilitation Counseling Bulletin*. March.
67. Díaz, M., Comeche, M. y Vallejo, M. (1993). Técnicas de autocontrol. En Labrador, F., Cruzado, J.A. y Muñoz, M. (Coords.). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Ed. Pirámide S.A., pp. 577-593.
68. Pérez M; Fernández J. R; Fernández C; Amigo I. (coords). (2009). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*. España: Pirámide.
69. Semerari A. (2009). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. España. Paidós.

70. Walter R. (2009). Terapia Cognitiva: fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico. Colombia: Norma.
71. Zumaya L. M. 2011. Bases teóricas de la psicoterapias cognitivo – conductuales. Salud Mental volumen19. 1.
72. Farkas, M., (2011). Rehabilitación y recuperación: Qué queremos decir exactamente? En IV Jornadas A.M.R.P. (Documentación Ponencia).
73. Fernández Aguirre, M. V., González Cases, J., Fernández Chavero, J.M. y Eizaguirre de Luna, L. (2009). El campo de la rehabilitación psicosocial. En Rodríguez, A. (Coord.). Rehabilitación de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Ed. Pirámide S.A., pp. 85-99.
74. Fernández, J.; Calamares, J.; Otero, V. (2000). Evaluación funcional y planificación de la intervención en rehabilitación psicosocial. En Rodríguez, A. (coord.). Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Ed. Pirámide S.A., pp.103-123.



## **Anexo I.**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **Hospital Provincial Psiquiátrico de Ciego de Ávila**

Yo: \_\_\_\_\_ me encuentro en completa disposición para formar parte de este proyecto de investigación. Afirmo que se me ha explicado la gran importancia que reviste dicho trabajo, y los grandes beneficios que puede reportar para mí como paciente. Se me ha garantizado que toda la información aportada por mí, será de naturaleza y carácter confidencial y para fines puramente investigativos. El aplicador de esta encuesta me da el libre derecho de interrumpir la investigación si lo considero necesario, sin que esto se convierta en un aspecto represivo contra mi persona.

Paciente: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Dr.: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Anexo II.

### ENCUESTA DIRIGIDA AL PACIENTE.

Nombre y Apellidos del paciente-----

HC: -----

Edad:

30-39-----

40-49-----

50-59-----

Más de 60-----

Sexo:

Masculino-----

Femenino-----

Grado de escolaridad:

Primaria sin terminar-----

Primaria-----

Secundaria-----

Preuniversitaria-----

Universitaria-----

Vínculo familiar:

Estable-----

Poco estable-----

Inestable-----

Sintomatología Psiquiátrica:

Compensada-----

Descompensada-----

Evolución del trastorno:

Favorable----- Desfavorable-----

Participación en actividades sociales:

Buena----- Regular----- Mala-----

Relaciones familiares:

Buena----- Regular----- Mala-----

Relaciones con el equipo de trabajo:

Buena----- Regular----- Mala-----

### **Anexo III.**

Programa de intervención psicoterapéutico para lograr eficacia en la rehabilitación psicosocial de pacientes con trastornos mentales persistentes residentes permanentes en el Hospital Psiquiátrico de Ciego de Ávila.

#### **Actividad 1.**

Tema: Presentación del programa.

Tiempo: 30 minutos.

Sumario:

1. Presentación del proyecto y objetivos.
2. Aplicación de las encuestas.
3. Cierre.

Objetivos: Crear un ambiente de confianza, desinhibir al personal y establecer las reglas.

Tipo de Actividad: Dinámica de grupo.

Recursos: Papeles, lápices y lapiceros.

Frecuencia: Semanal.

Responsable: E.S.M del servicio y autora de la investigación.

Participantes: Pacientes con trastornos mentales persistentes, residentes permanentes en el Hospital Psiquiátrico de Ciego de Ávila y sus familiares.

#### **Actividad 2.**

Tema: Presentación y confección de la Historia de Rehabilitación Psicosocial.

Tiempo: 60 minutos.

Sumario:

1. Presentación de la Historia de Rehabilitación Psicosocial.
2. Aplicación de la Historia de Rehabilitación Psicosocial.

Objetivos: Conocer datos generales del paciente, diagnóstico psiquiátrico, motivaciones, intereses, aspiraciones y posibilidades reales que tiene para rehabilitarse.

Tipo de Actividad: Dinámica de grupo.

Recursos: Papeles, lápices y lapiceros.

Frecuencia: Una.

Responsable: E.S.M del servicio y autora de la investigación.

Participantes: Pacientes con trastornos mentales persistentes, residentes permanentes en el Hospital Psiquiátrico de Ciego de Ávila y sus familiares.

### **Actividad 3.**

Tema: Presentación de los niveles de Rehabilitación Psicosocial Intrahospitalarios.

Tiempo: 30 minutos.

Sumario:

1. Definición de los niveles de Rehabilitación Psicosocial Intrahospitalarios.

2. Actividades a desarrollar en cada nivel de rehabilitación, teniendo en cuenta las individualidades de cada paciente, red de apoyo social y recursos necesarios.

Objetivos: Proporcionar información de los niveles a los pacientes y sus familiares, ubicarlos en el nivel correspondiente de acuerdo a sus posibilidades reales.

Tipo de Actividad: Cara a cara y propaganda gráfica.

Recursos: Papeles, lápices y lapiceros.

Frecuencia: Quincenal.

Responsable: E.S.M del servicio y autora de la investigación.

Participantes: Pacientes con trastornos mentales persistentes, residentes permanentes en el Hospital Psiquiátrico de Ciego de Ávila y sus familiares.

#### **Actividad 4.**

Tema: Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS).

Tiempo: 30 minutos.

Sumario:

1. Definición del EHS, observación en vivo de las habilidades del paciente.
2. Ensayo de conductas con el paciente mediante diferentes técnicas.

3. Aplicación de técnicas cognitivas para estructurar pensamientos, creencias sobre sí mismo y sobre el mundo.

Objetivos: Modificación de conductas y su aplicación en la vida cotidiana, estructuración de pensamientos, creencias y generalización de las habilidades o situaciones aprendidas en su medio ambiente natural.

Tipo de Actividad: Role play, ensayo conductual, modelamiento, psicodrama y técnica cognitiva.

Recursos: Humano (Paciente) y materiales (en correspondencia con la situación que modele el paciente).

Frecuencia: Dos veces por semana.

Responsable: E.S.M del servicio y autora de la investigación.

Participantes: Pacientes con trastornos mentales persistentes, residentes permanentes en el Hospital Psiquiátrico de Ciego de Ávila.

### **Actividad 5.**

Tema: Participación del paciente en actividades sociales y su relación con el equipo de trabajo.

Tiempo: 30 minutos.

Sumario:

1. Exponer las actividades culturales, recreativas y deportivas en que puede participar el paciente.

2. Realización de actividades participativas que mejoren la relación E.S.M - paciente.

Objetivos: Mejorar las relaciones interpersonales del paciente, la socialización y modificación de estilos de vida saludables.

Tipo de Actividad: Técnicas didácticas y participativas.

Recursos: Papeles, lápices y lapiceros.

Frecuencia: Dos veces por semana.

Responsable: E.S.M del servicio y autora de la investigación.

Participantes: Pacientes con trastornos mentales persistentes, residentes permanentes en el Hospital Psiquiátrico de Ciego de Ávila y sus familiares.

### **Actividad 6.**

Tema: Aspectos generales para la atención de los pacientes con Trastornos Mentales Persistentes que debe conocer la familia.

Tiempo: 30 minutos.

Sumario:

1. Conocer o identificar los síntomas de estos trastornos.
2. Su atención por parte de la familia y cambiar falsas creencias sobre el trastorno del paciente, su recuperación, expectativas que se han creado sobre la integración a la actividad económico-productiva.

Objetivos: Lograr estructurar la información que la familia posee sobre el trastorno del paciente.

Tipo de Actividad: Técnicas participativas, cara a cara, audiencias sanitarias, escuelas de familia.

Recursos: Papeles, lápices, lapiceros, pizarra, pancartas.

Frecuencia: Semanal.

Responsable: E.S.M del servicio y autora de la investigación.

Participantes: Familiares de los pacientes.

### **Actividad 7.**

Tema: Cierre y evaluación.

Tiempo: 30 minutos.

Sumario:

1. Reafirmación de contenidos.
2. Aplicación final de las encuestas.
3. Cierre del programa.

Objetivos: Conocer las irregularidades del proyecto y evaluar los avances del mismo.

Tipo de Actividad: Dinámica de grupo, lluvia de ideas.

Recursos: Papeles, lápices, lapiceros, microcomputadoras.

Frecuencia: Mensual.

Responsable: E.S.M del servicio y autora de la investigación.

Participantes: Pacientes con trastornos mentales persistentes, residentes permanentes en el Hospital Psiquiátrico de Ciego de Ávila y sus familiares.

## **Anexo IV.**

### **ENCUESTA DIRIGIDA A LA FAMILIA.**

Nombre y Apellidos del paciente: -----

Nombre y Apellidos del familiar: -----

Vínculo con familiares:

Inestable-----

Poco estable-----

Estable -----

La participación en actividades socio laborales familiares:

Buena-----

Regular-----

Mala-----

Estado de la sintomatología psiquiátrica:

Compensada-----

Descompensada-----

Evolución del trastorno:

Favorable-----

Desfavorable-----

Relaciones con el equipo de trabajo.

Buena-----

Regular-----

Mala-----

## **Anexo V.**

### **Historia Clínica de Rehabilitación Psicosocial.**

Nombre y Apellidos: -----

Consultorio Médico: -----

Edad: ----- Sexo: ----- Color de la Piel: ----- Estado Civil: -----

Escolaridad: ----- Dirección: -----

-----

Diagnóstico: -----

Codificación: ----- Ocupación (sí la tiene): -----

Centro de Trabajo (sí lo tiene): -----

Dirección del Centro (sí lo tiene): -----

Otras profesiones u oficios (sí lo tiene): -----

- 1- Describa las actividades que realiza el paciente habitualmente. Escoja el modelo de un día común, desde el momento en que se levanta hasta que se acuesta.
- 2- Participación en otras actividades sociales. Señale la utilización del tiempo libre, distracciones, paseos, actividades eventuales, participación en actividades de su cuadra o vecindario, etc.
- 3- Hogar. Relaciones familiares y filiales. Convivencia, hacinamiento, economía familiar.

- 4- Relaciones con vecinos, amigos, compañeros de trabajo o estudio. Nivel de socialización.
- 5- Aspiraciones, motivaciones, necesidades y actitudes ante la misma.
- 6- Mayores dificultades de socialización. Criterio del terapeuta.
- 7- Posibilidades de rehabilitación y plan de trabajo a seguir: Incluir participación familiar y de la comunidad.

### **PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL:**

-----1er Nivel- Domiciliario, con la participación de la familia, vecinos, amigos y Equipo de Atención Primaria de Salud.

----- 2do Nivel- En el Taller de Terapia Ocupacional, aprendizaje de oficios, actividades en el C.C.S.M (terapéuticas, grupales, recreativas, etc.).

----- 3er Nivel- Vínculo Laboral: Trabajador por cuenta propia. Industrias Locales, etc.

### **DESCRIBIR PROGRAMA DE ACTIVIDADES POR ETAPA:**

***PENSAMIENTO***

## **Pensamiento.**

Los máximos logros al principio y por un tiempo son un sueño. El roble duerme en la simiente; el ave aguarda en el huevo; y en la visión más elevada del alma, un ángel empieza a despertar. Los sueños son las semillas de las realidades.

***James Allen.***

# ***DEDICATORIA***

## **Dedicatoria.**

### **A MI MADRE**

Que es el ángel que ilumina mi destino, gracias por cultivar en mi tanto de ti.

### **A MI PADRE**

Por ser un paradigma a seguir con su honestidad y valores humanos.

### **A MI SOBRINO**

Por representar la sinceridad, la esperanza y traer la felicidad a nuestra familia.

## ***AGRADECIMIENTO***

### ***Agradecimiento.***

Como es lógico, numerosas son las personas que han contribuido a llevar a feliz término esta investigación, conste mi reconocimiento especial a la Dra. Yaniet Angulo Ledón por la ayuda incondicional brindada.

Agradezco a mi prima Yuritza Espinosa Llovera por su apoyo admirable.

En fin, mi agradecimiento a todos aquellos amigos que me han ayudado en la realización de esta investigación.

## ***Índice.***

|                                        |    |
|----------------------------------------|----|
| Introducción                           | 1  |
| Objetivos                              | 6  |
| Marco teórico                          | 7  |
| Metodología                            | 27 |
| Análisis y discusión de los resultados | 38 |
| Conclusiones                           | 51 |
| Recomendaciones                        | 52 |
| Referencias bibliográficas             | 53 |

# ***RESUMEN***

# ***INTRODUCCIÓN***

## ***MARCO TEÓRICO***

## ***MATERIAL Y MÉTODO***

## ***DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS***

## ***CONCLUSIONES***

## ***RECOMENDACIONES***

## ***REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS***

***ANEXO***

