

La rehabilitación psicosocial del enfermo neurológico y psiquiátrico crónico. Problemas y soluciones

Dr. Héctor Lara Tapia,* Mtra. Psic. Angélica Martínez,** Lic. Adriana Morfín,
 Lic. Adriana Cázatl,** Mtro. Psic. Pablo Andrés Díaz-Cantú,**
 Mtra. Psic. Gabriela Espinosa,** Lic. Adriana Pacheco,***
 Mtra. Psic. Irma Hernández-Berber,**** Pedag. Luz Ma. Paoletti Mendizábal,*****
 T.S. María Teresa Ocampo, T.S. Ana María Velásquez,*****
 Enf. Psiq. Leticia Aguirre, Enf. Psiq. Nidia Coronado*****

* Servicio de Psiquiatría. Hosp. Reg. "Lic. Adolfo López Mateos" ISSSTE y Facultad de Psicología de la UNAM;

Ex Coordinador de Especialidades Psiquiátricas del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez".

** Facultad de Psicología UNAM. *** ENEP-Iztacala UNAM. **** FES-Zaragoza UNAM. ***** ENEP-Acatlán UNAM. ***** División de Psiquiatría INNN MVS.

RESUMEN

Se presenta una serie de investigaciones relacionadas con la rehabilitación psicosocial de enfermos neuropsiquiátricos, tanto en la investigación de factores de riesgo para la cronicidad y el bajo apego terapéutico, así como las soluciones propuestas para evitarlos. Éstas comprenden análisis clínicos de evolución, características de la atención médica, aspectos psicosociales, dinámica familiar y conflicto, sicopatología y actitudes de la familia, actitudes del equipo médico y paramédico, así como aspectos socioculturales. Las soluciones comprenden modificaciones en el modelo de asistencia médica, el seguimiento domiciliario, terapia familiar y grupal, educación y capacitación para la salud familiar, la atención especial del cuidador primario y programas de capacitación del equipo de salud para mejorar su relación con el paciente y su familia. Todo ello con la integración del equipo multidisciplinario de salud. Este modelo es aplicable a otro tipo de enfermedades y pacientes crónicos.

Palabras clave: Rehabilitación psicosocial, enfermos neuropsiquiátricos.

Psychosocial rehabilitation of the neurological and psychiatric chronic patient. Problems and solutions.

ABSTRACT

We present a research series about psychosocial rehabilitation of neuropsychiatric patients, identification of main risk factors to chronicity and low therapeutic adherence, and proposals to control them. These include clinical analysis of evolution, characteristics of medical attention, psychosocial aspects, family dynamics and conflict, psychopathology and attitudes of families and the medical and paramedic team, and sociocultural features. Solutions include modifications of medical treatment scheme, follow-up in homes, family and group therapy, health education and training issues to family and health personal, special attention to the primary care members of family. All of these include the multidisciplinary team of health personnel. This model will be applied to another kind of illness and patients.

Key word: Psychosocial rehabilitation, neuropsychiatric patients.

Una de las principales dificultades en la atención de personas que presentan problemas de enfermedades, del comportamiento o de conducta social, es el proceso de institucionalización, el cual se hace

más evidente en el caso de aquellos aquejados por enfermedades crónicas, degenerativas o infecciosas, o cualquier motivo que tienda a recluirlos por períodos variables de tiempo, bien sea en hospitales, reclusorios, albergues o casas de salud, con períodos también variables de tiempo en su domicilio.

A este complejo problema se añade la estructura social, la dinámica familiar y la interacción del sujeto

Correspondencia:

Dr. Héctor Lara-Tapia

Avenida Universidad 1321, Col. Florida, México, D.F.

Tel: 56616364, ext. 1127 y 1249.

afectado con su entorno familiar o social, incluyendo al personal de la institución en la cual se encuentre.

A su vez, la atención terapéutica, asistencial o de otra índole de la que es objeto, también influye en la evolución del problema, tornándolo crónico, con bajo apego terapéutico, evolución tórpida o respuestas poco satisfactorias a la intervención que se realiza para la atención del problema.

Por ello, en las últimas décadas la rehabilitación psicosocial ha ido obteniendo prominencia como una modalidad terapéutica muy importante en la atención de pacientes con trastornos mentales, sobre todo aquellos que tienden a la cronicidad,¹ definiendo esta intervención como “una aproximación terapéutica para la atención integral de los enfermos, que anima a cada paciente a desarrollar plenamente sus capacidades, por medio de procedimientos médicos, de aprendizaje y de soporte ambiental”.²

En países desarrollados esta intervención ha mostrado resultados positivos con una mejor evolución de las enfermedades, mayores índices de mejoría y menos recaídas, comparativamente con lo que ocurre con pacientes tratados en forma más convencional sin esta aproximación terapéutica.^{3,4} En nuestro país,⁵ y en general en Latinoamérica, aún existe escasa información acerca de esta modalidad y pocas investigaciones al respecto, al igual que sobre las condiciones de evolución y tratamiento de estos pacientes dentro de este marco de referencia terapéutica, en los cuales, sin embargo, se ha observado una mejor respuesta cuando estos procedimientos psicosociales se agregan al tratamiento médico convencional, sobre todo con psicofármacos, como muestra la larga experiencia obtenida en Cuba al respecto.⁶

La presente comunicación analiza algunos de los factores que inciden en la cronicidad y problema de manejo de pacientes psiquiátricos y neurológicos crónicos, así como los motivos de la frecuente hospitalización de éstos, las características de la asistencia médica a los mismos, con el objetivo de realizar intervenciones de rehabilitación psicosocial, así como establecer normas para ello, y es una propuesta para prevenir los problemas dados por la cronicidad tanto de enfermedades mentales como de otra índole médica o social.

Para ello se analizaron múltiples variables, clínicas, psicobiológicas, cognoscitivas y psicosociales, en tres grupos de pacientes crónicos del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”: uno de esquizofrénicos, el segundo con trastornos afectivos (principalmente depresión mayor y trastorno bipolar tipo I) y uno más de trastornos mentales orgánicos, incluyendo epilépticos, debido a las características especiales de atención psiquiátrica

que tiene el mencionado Instituto, cuyas características han sido revisadas recientemente.⁷

El diseño experimental ha sido realizado a lo largo de cuatro años, retroalimentándose a sí mismo y comprende dos rubros fundamentales: el estudio de las características que tienen los enfermos “problema” con frecuentes recaídas, mal apego terapéutico y “hospitalismo”, así como las soluciones implementadas a través de este conocimiento y la evaluación de sus efectos. En todos los casos se compararon los pacientes “problema” con mal apego terapéutico o sus familias vs. aquellos con buen apego terapéutico y sus familias.

De esta manera tenemos en el primer renglón los problemas detectados durante la exploración clínica y psicosocial de estos pacientes y sus familias para establecer un programa de rehabilitación psicosocial fundamentado en hallazgos objetivos y de acuerdo con las características de la población que se atiende en este Instituto,⁸ siendo estos modelos susceptibles de ser realizados en otras instituciones por las características globales del problema.

Así se investigaron las características de evolución de los pacientes y la “historia natural” de las enfermedades mentales, las características psicosociales de los pacientes, su estructura y dinámica familiar, el deterioro cognitivo conductual y social producido por lo anterior, las actitudes de los familiares hacia su paciente y la psicopatología en otros miembros de la familia del paciente atendido, así como algunas de las características socioculturales implicadas en este proceso.

De esta manera se estudiaron los siguientes rubros y se detectaron los problemas principales en los primeros resultados que se muestran a continuación:

LOS PROBLEMAS

Características clínicas de evolución de pacientes crónicos “problema”

Respecto a la evolución clínica de los pacientes, se encontró comprendida una población adulta joven, con mayor cronicidad en enfermos esquizofrénicos y con trastornos afectivos, con promedios de tres hospitalizaciones a lo largo de su enfermedad, y de 32 días para cada uno de éstos, significativamente mayor que en pacientes agudos, en los cuales el promedio es de 21 días, con intervalos de recaída entre dos y tres años, siendo más prolongado en los trastornos afectivos y menor en los esquizofrénicos.

El promedio de consultas es de una por cada año de evolución, asistiendo generalmente al Servicio de Urgencias una de cada dos consultas, siendo la principal causa la suspensión del tratamiento, más por problemas de apego terapéutico que económicos,

añadiéndose un segundo factor dado por la carga de trabajo institucional que facilita las citas en tiempos de intervalo prolongados entre cada una de ellas. En estos pacientes la respuesta farmacológica obtenida es cada vez más pobre y amerita por ello en forma significativamente más frecuente terapia electroconvulsiva que en los pacientes con buen apego terapéutico.⁹ De acuerdo con estos resultados se indicaron las acciones dirigidas para corregirlos, a través de la vigilancia periódica controlada de estos enfermos y un programa de educación para la salud.

Aspectos psicosociales en pacientes crónicos problema

Dentro del programa para el estudio de las causas que facilitan la cronicidad de los pacientes psiquiátricos hospitalizados en reiteradas ocasiones, en el presente estudio se analizaron las causas aparentes de hospitalización, la estructura y dinámica familiar, los datos socioeconómicos de los pacientes y las características de la comunidad donde radican. Los resultados más relevantes fueron: dos a cinco internamientos durante el tiempo de evolución, con promedio de más de dos; correspondiendo a un mayor número de pacientes esquizofrénicos problema, sin diferencias por sexo, en edad promedio adulta joven, con escolaridad baja hasta enseñanza media, desocupados en (48%), con recursos económicos limitados (41%) y reducidos (48%), solteros (61%). Las familias de tipo nuclear, aparentemente integradas, con padres analfabetos o de escolaridad reducida, menor que la de los pacientes y con niveles ocupacionales bajos, poco remunerados e inestables.

Las principales causas de recaída fueron: suspensión del tratamiento y problemas de control familiar y de apego terapéutico, en parte por las características de la enfermedad del paciente, como de ignorancia acerca de la enfermedad o escasa comprensión del problema, de su tratamiento y control, relacionado con su bajo nivel de escolaridad y limitaciones socioeconómicas.^{10,11}

Deterioro cognitivo en enfermos neuropsiquiátricos crónicos

Se estudió el deterioro cognitivo en pacientes crónicos a través de la batería neuropsicológica "Neuropsi"¹² y a través del WAIS y el test de Bender,¹³ y otra batería neurofisiológica que incluyó estudios EEG y de neuroimagen, tanto en pacientes "funcionales" como "orgánicos",¹⁴ analizándose también el apego terapéutico y el abandono del tratamiento.¹⁵ Posteriormente, con el mismo diseño, se estudiaron varias instituciones psiquiátricas tanto privadas como oficiales, para evaluar dicho deterioro.¹⁶ Éste es similar al utilizado para la selección de pacientes

psiquiátricos de acuerdo con su deterioro y posibilidades de rehabilitación, provenientes del antiguo manicomio de La Castañeda, y su referencia al nuevo sistema hospitalario psiquiátrico.¹⁷

Los resultados mostraron que los pacientes crónicos presentan un progresivo decremento en sus procesos cognoscitivos con un franco deterioro en todas las áreas, measurable tanto por el análisis estadístico de las características de la batería Neuropsi, como en la prueba de Bender calificada objetivamente, y en el perfil del WAIS, incluyendo la calificación de deterioro. Éste es más notorio en pacientes crónicos independientemente del diagnóstico, teniendo una elevada correlación con el tiempo de evolución del tratamiento y desapego al mismo, ya que no se observa con las mismas características en pacientes bien controlados médicamente.

Asimismo, se encuentra que se correlacionan con las anormalidades EEG en relación con el trastorno orgánico, tanto en esquizofrénicos como en orgánicos, involucrando lóbulos frontal y temporal en aquellos con alteraciones psicóticas, alucinatorias y delirantes, y primordialmente en lóbulo temporal en pacientes con cuadros de excitación y agresividad.¹⁸ La mayor parte de los estudios de neuroimagen fueron normales.

Dinámica familiar y conflicto en pacientes crónicos

Para este estudio se aplicaron: 1) un cuestionario clínico, 2) la Escala de Evitación de Conflicto, y 3) la escala FACES II de Olson (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale), las que permiten evaluar la tipología familiar y los niveles de conflicto y erradicación del mismo. Los resultados muestran familias desarticuladas-rígidas con dificultad para negociar y encontrar soluciones. La negación del conflicto es elevada y se encuentra en relación con la conducta agresiva del paciente y al tiempo prolongado de evolución. Estos indicadores proporcionan los objetivos para la terapia familiar y las actividades de terapia de familia y de grupo, así como para proporcionar normas para educación de la salud.^{19,20}

Psicopatología en familiares de pacientes crónicos

Dentro del estudio integral de los pacientes psiquiátricos, durante las pláticas de orientación para sus familiares, se aplicaron las escalas de Depresión de Zung y el IDARE a los padres de los enfermos y al cuidador primario de éstos, encontrando que un importante número de familiares presenta puntajes de depresión ambulatoria "enmascarada" y diversos grados de ansiedad, con diferencias significativas respecto a los enfermos agudos, los cuales se correlacionan tanto con la situación del enfermo como con

problemas de índole familiar, incluyendo económicos, de dinámica y conflicto en las familias, así como a eventos cotidianos, afectando, principalmente, a las madres y con la edad de éstas. Detectándose también importante frecuencia de depresión del climaterio en ellas. Todos estos factores influyendo en las actitudes hacia el paciente y otros miembros de la familia involucrados en el conflicto.^{20,21}

Actitudes de la familia hacia su paciente hospitalizado

Se estudiaron las actitudes de la familia, principalmente de los padres y/o el cuidador primario a través del Diferencial Semántico de Osgood, tomando en cuenta el antecedente al respecto,²² comparándose éstas en pacientes con buen apego terapéutico vs. aquellos con mal apego terapéutico y mayor conflicto, encontrándose notorias diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, siendo actitudes más positivas en los de buen apego al tratamiento.

Estas actitudes son claramente observables en comparación del periodo agudo y activo del trastorno mental, contra el tiempo en que el paciente no muestra sintomatología activa o cuando tiene buen control, incluyendo una apreciación más positiva del enfermo cuando está bien controlado y, sobre todo, participa activamente en la economía familiar y en el trabajo.²³

Actitudes del personal de enfermería hacia el enfermo psiquiátrico

Se estudiaron las actitudes hacia el enfermo psiquiátrico con una escala *ad hoc* tipo Likert en todos los servicios hospitalarios del INNN, encontrándose actitudes más positivas relacionadas con el personal de enfermería de mayor nivel de capacitación y más calificadas, como son las de Terapia Intensiva y quirófanos, las cuales son mejores incluso que aquél de las enfermeras psiquiatras con nivel puramente técnico.²⁴

Las de personal menos capacitado tienen actitudes más negativas y menor conocimiento profesional de estos enfermos, llamando la atención que las enfermeras psiquiatras tienen actitudes más neutrales, siendo menos positivas que las antes mencionadas.²⁵

Estos elementos son similares a los encontrados en otras instituciones y proporcionan indicadores para capacitación y cambio de actitudes en el personal médico y paramédico.²²

Factores socioculturales en el paciente crónico

Uno de los aspectos a considerar en el estudio de estos factores, que se conoce se involucran en la psi-

copatología del mexicano,²⁶ relacionado con el tema investigado, corresponde a varios hechos, uno de ellos es la excesiva tolerancia del paciente en su domicilio aun con un proceso psicótico activo, que puede ser de varios meses de evolución, solicitando hospitalización o consulta médica hasta que se presenta conducta agresiva, involucrando una defensa pasiva del estrés, dentro de un marco de referencia sociocultural. Otro hecho es que, generalmente, el cuidador primario es la madre o un miembro de la familia del sexo femenino, v. gr. tíos o hermanas.

Para investigar lo anterior se estudió la Filosofía de la Vida en las familias de estos pacientes, encontrándose que entre las familias de buen control vs. mal apego terapéutico no existen diferencias en todos los factores como son el Factor de Autoafirmación Activa vs. Obediencia Afiliativa, al igual que en el Factor de Control Interno o Externo Activo, sobresaliendo la Cautela Pasiva en comparación con la Audacia, al igual que la Independencia emotiva sobresale sobre la Interdependencia.²⁷

Estos hallazgos confirman el estilo pasivo de defenderte del estrés, así como una importante dependencia del exterior, y la ruptura del patrón cultural de interdependencia probablemente debido al conflicto inherente en estas familias, el cual, como en el caso de las actitudes hacia el paciente muestran diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con buen apego terapéutico y los que no lo tienen.

De acuerdo con los datos obtenidos en las investigaciones mencionadas con anterioridad, se plantearon posibles soluciones, las cuales fueron, a su vez, instrumentadas y evaluadas en cuanto a su efectividad, siendo las siguientes:

LAS SOLUCIONES

Evaluación de Enfermería para rehabilitación psicosocial

Para evaluar la conducta de los pacientes durante el tratamiento psiquiátrico, se utilizó la escala NOSIE para enfermeras, que incluye tres grupos de factores positivos: I. Competencia social, II. Intereses sociales, III. Cuidados personales y IV. Factores negativos que corresponden a la patología mental del sujeto, observándose que a medida que decrecen los factores negativos se incrementan los positivos con diferencias estadísticas ($p = 0.001$) respecto al puntaje inicial, permitiendo observar la mejor participación en actividades sociales de rehabilitación y mejoría en sus relaciones interpersonales.²⁸

Evaluación clínica psicológica de pacientes hospitalizados

Como complemento indispensable para la evaluación objetiva de los cambios producidos en el pa-

ciente por el tratamiento integral, incluyendo el farmacológico, se aplicaron los tests de Rorschach y el MMPI, para evaluar los cambios cognoscitivos y psicopatológicos observados en los pacientes durante su tratamiento hospitalario, observándose diferencias estadísticamente significativas en los resultados del test-retest, y que en el Diferencial Semántico aplicado a los familiares para medir sus actitudes hacia el paciente, al igual que se ha mostrado efectivo en las actitudes respecto a los enfermos mentales que muestra el equipo de salud.²⁹

Evaluación conductual del efecto de psicofármacos en Rehabilitación Psicosocial

Para evaluar los efectos conductuales de los psicofármacos en lo que respecta al comportamiento social del paciente, importante para su rehabilitación y reinserción social, durante el tratamiento con neurolépticos se realizó una evaluación mediante el BOI (Behavior Observation Instrument), encontrándose un incremento progresivo de las conductas positivas a medida que se observaba la mejoría clínica. En el Área de Conducta Social, Conductas Motoras, Conductas de Trabajo y Conductas de Participación individual, con un nivel de significancia de $p = 0.001$ de la diferencia de puntuaje al ingreso y al egreso del paciente.³⁰⁻³²

Esto, por otra parte, permite medir objetivamente la conducta producida por síntomas negativos en la esquizofrenia, así como el grado de readaptación del paciente a sus entornos familiar y social. El marco de referencia utilizado comprende el programa de Psicofarmacología conductual del Área de Psicobiología de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Seguimiento telefónico y valoración de pacientes en su domicilio

Este programa se instituyó para evitar que los pacientes sean valorados durante períodos muy largos posterior a su hospitalización, bien sea por la distancia entre las citas a consulta externa, como por falta de apego terapéutico con el consiguiente abandono del tratamiento, causa primordial de recaída y rehospitalización. Tiene como antecedente la intervención psicológica en crisis de SAPTEL de la Cruz Roja Mexicana, que realizan psicólogos.

Se practicó mediante el conocimiento del paciente por el psicólogo encargado del procedimiento durante su hospitalización, posteriormente mediante una llamada telefónica mensual, evaluando la situación del paciente con la Escala de Funcionamiento Global y, en caso necesario, remitiendo al paciente al Servicio de Urgencias para atención inmediata, comparándose con los pacientes no incluidos en el estudio (grupo control). Hubo diferencias estadísticamente significativas en el número de recaídas en el grupo control. El

seguimiento al cabo de un año confirmó la utilidad del procedimiento manteniéndose el apego terapéutico y con mayor participación familiar.³³

Formación de grupos de familiares para dinámica de grupos

Para tratar los problemas de dinámica familiar de los pacientes psiquiátricos, se formaron grupos de familiares durante la hospitalización de los enfermos que es, en promedio, de cuatro semanas. Durante éstas se manejaron sesiones de dos horas de terapia familiar semanales durante el tiempo en que el paciente permanecía internado, haciéndose hincapié en las áreas específicas de conflicto intrafamiliar, al mismo tiempo que se refirieron para su atención a los familiares con psicopatología manifiesta observada en los estudios realizados por Morfín²¹ y Pacheco.¹⁹ La técnica cognitivo-conductual utilizada mostró su utilidad con anterioridad y en el caso actual en el cambio de actitudes negativas y el reforzamiento de las actitudes positivas tanto de los familiares involucrados en el conflicto como en el personal médico y paramédico que proporciona los servicios de salud.^{22,34}

Capacitación de familiares de pacientes agudos y crónicos

Este programa se instituyó como parte del correspondiente a Educación para la Salud del área de Psicología de la salud, para capacitar a los familiares de los pacientes acerca de las características de la enfermedad de su paciente, de los psicofármacos empleados y observación tanto de la conducta del enfermo como de los efectos del tratamiento, tanto positivo, como de posibles efectos secundarios, de las normas de atención hospitalaria, del manejo de problemas surgidos durante el tratamiento o la negativa para aceptarlos, etc., realizándose en sesiones de una hora semanal durante el periodo de hospitalización del paciente, en conjunto con la atención en dinámica de grupos.

Los resultados en el seguimiento confirmaron la utilidad del procedimiento, evaluándose los resultados del proceso de enseñanza-aprendizaje a través de un cuestionario *ad hoc* antes y después del curso, tanto como lo relacionado con la evolución posterior del paciente.³⁵

Los pacientes que fueron incluidos voluntariamente en este programa, mostraron mejor apego terapéutico y un número considerable menor en recaídas con promedio de hospitalización para reajuste de medicamentos no mayor de una semana, comparativamente con los del grupo control, con una diferencia estadísticamente significativa al $p = 0.001$.³⁶

Evaluación del Programa de Rehabilitación Psicosocial

Como puede observarse en los rubros antes mencionados, todas las acciones tendientes a mejorar la atención integral de los pacientes se inician desde la hospitalización, observándose en el tratamiento farmacológico no sólo la desaparición de la sintomatología, sino la presencia de conductas individuales y sociales más positivas, las cuales sirven como indicadores de la eficacia de la técnica de rehabilitación psicosocial empleada, tanto como la presencia de síntomas que facilitan el deterioro cognitivo o la respuesta al tratamiento más deficiente, permitiendo a su vez instalar otra técnica conductual para la modificación de estas patologías. Por otra parte, permite integrar más a la familia en la atención del paciente, así como resolver otros problemas psicopatológicos familiares que se detectan durante el estudio del paciente y, por ende, incidir en la resolución de los mismos.⁸

CONCLUSIONES

La necesidad de evaluar los resultados obtenidos con estas acciones terapéuticas y retroalimentarlas, es primordial para el buen resultado de las mismas, sobre todo considerando que la falta de este control ha echado por tierra muchos de los esfuerzos realizados en el intento de solucionar estos problemas reincidentes en la atención de los enfermos mentales que tienden a ser crónicos, como se puede observar en el esfuerzo realizado al cierre del antiguo manicomio de La Castañeda y trasladar a los pacientes a un flamante hospital para enfermos "agudos" y a hospitales de estancia prolongada a los más crónicos³⁷ cuyo problema de tratamiento persiste hasta la fecha, desencadenando incluso patológicas actitudes de una obsoleta antipsiquiatría, más demagógica que efectiva, con fondos más políticos que realmente objetivos y humanitarios, debiéndose incluir esta filosofía en la atención de los sujetos que se atienden en todos los rubros de patología mental y social³⁸ como ha sido preconizado desde hace décadas en nuestro país.³⁹

Estas actividades pueden ser reforzadas por las propias investigaciones al respecto, como ocurre en el caso de los enfermos esquizofrénicos crónicos, donde se ha demostrado que muchos de los síntomas cognoscitivos de deterioro se desarrollan por la falta de apego terapéutico y de un tratamiento integral, comparativamente con aquellos pacientes que no muestran estos problemas,⁴⁰ modificando incluso algunos de los criterios comúnmente utilizados para su diagnóstico y tratamiento.⁴¹

Esto puede lograrse también a través del seguimiento y control de estos pacientes en su propio do-

micio, ⁴² lo que permite mejorar su atención y apego terapéutico, contribuyendo a la integración más efectiva de la familia dentro del programa asistencial integral, lo que se traduce a su vez en factor retroalimentador en la prevención de recaídas o deserción del tratamiento.^{43,44}

Estas actividades, como se observa en lo antes expuesto, permiten una mejor interacción y participación dinámica del equipo multidisciplinario de salud, con directrices más objetivas y mesurables, que a su vez son factibles de ser retroalimentadas, permitiendo además la optimización de los recursos humanos y materiales ya existentes, así como la capacitación y docencia en esta área tan actual de Psicología de la Salud, en la cual se incluye la Educación para la Salud y la intervención tanto en la prevención, como el tratamiento y la rehabilitación de los problemas que causan el deterioro cognitivo y social de los pacientes, y como medida para prevenir y resolver los problemas tales como la institucionalización.

El esfuerzo para realizarlas debe ser permanente, y este conocimiento incluido en los programas de capacitación y adiestramiento en servicio, al igual que en los planes de estudio de los profesionales involucrados, nutrido con experiencias obtenidas en nuestro propio medio, para evitar que factores culturales o sociales faciliten el fracaso de los mismos.

RECONOCIMIENTO

Los estudios de investigación y la aplicación de los programas de Rehabilitación Psicosocial que participaron fueron apoyados por Becas-Tesis del Programa de Apoyo a la Titulación de la Facultad de Psicología de la UNAM para los alumnos de la misma.

REFERENCIAS

- Bachrach LL. Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the care of long-term patients. Am J Psychiat 1992; 149: 1455-63.
- Anthony WA. Understanding and advocating for psychosocial rehabilitation: The use of a metaphor. Bull WAPR 1993; 5: 5-6.
- Bond GR, Whiteridge TF, Setze PJ, Dincin J. Preventing rehospitalization of clients in a psychosocial rehabilitation program. Hosp Community Psychiat 1985; 36: 356-62.
- Setze PJ, Bond GR. Psychiatric recidivism in a psychosocial rehabilitation setting: A survival analysis. Hosp Community Psychiat 1988; 11: 11-8.
- Valencia M. Un programa de tratamiento psicosocial para pacientes psicóticos agudos hospitalizados. Psiquiatría 1988; 4: 71-96.
- Córdoba A, Duarte D, Rodríguez M, Puertas G. Rehabilitación de esquizofrénicos crónicos sometidos a un triple empuje: Psicofármacos, psicoterapia de grupo y ergoterapia, en Córdoba Castro A. Ed. Teoría y Práctica de la Psiquiatría Social. La Habana: Ed. Científica-Técnica; 1976, p. 89-99.
- Torres Ruiz A, Lara Tapia H, Díaz Cantú P, Espinosa Mendoza G, Hernández Berber I. Análisis epidemiológico de la hospitalización psiquiátrica en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de México. Arch Neuroc (Méx) 1998; 3(2): 117-25.

8. Lara Tapia H, Torres Ruiz A. A comprehensive approach to psychosocial rehabilitation. *Int J Psychol* 1996; 31(3-4): 97-8.
9. Lara Tapia H. Algunas características de evolución de pacientes psiquiátricos crónicos hospitalizados. *Arch Neuroc (Méx)* 1997; 2(1): 7-12.
10. Ocampo MT, Cardoso MA. Variables psicosociales en pacientes psiquiátricos crónicos. *Arch Inst Nal Neurol Neurocir* 1995; 10: 148.
11. Cardoso MA, García Y, Ocampo MT, Velásquez AM, Lara Tapia H. Aspectos psicosociales de pacientes psiquiátricos crónicos para un programa de rehabilitación psicosocial. *Arch Neuroc (Méx)* 1998; 2(4): 242-6.
12. Stevenson Andón AR. Un estudio sobre el deterioro cognitivo en pacientes esquizofrénicos a través de la batería neuropsicológica NEUROPSI. Tesis Receptacional. Facultad de Psicología, UNAM. 2001.
13. Miranda G, Lara Tapia H. Índices de deterioro cognoscitivo en pacientes psiquiátricos crónicos hospitalizados. Memorias del VII Congreso Mexicano de Psicología. México: UNAM; 1995, p. 153-4.
14. Lara Tapia H, Martínez Ramírez A. EEG, cognitive and psychopathological characteristics in epilepsy and organic mental disorders. *Int J Psychol* 1996; 31(3-4): 271.
15. Arenas Rodríguez C, Martínez Ramírez A, Lara Tapia H. Correlatos electrofisiológicos y psicopatología en trastornos mentales orgánicos y epilepsia del lóbulo temporal. *Arch Inst Nal Neurol Neurocir* 1995; 10: 149.
16. Sánchez Álvarez MA. Un estudio prospectivo sobre el deterioro cognoscitivo en enfermos psicóticos crónicos a través del WAIS y el Bender GT. Tesis Receptacional, Facultad de Psicología, UNAM, 1995.
17. Lara Tapia L. Variables diagnósticas para diversos cuadros psicopatológicos a través de la escala de Wechsler. Colegio de Psicología. Facultad de Filosofía y Letras, UNAM, 1965.
18. Guerrero BL, Martínez Ramírez A, Lara Tapia H. Deterioro cognitivo y psicopatología en los trastornos mentales orgánicos y epilépticos crónicos hospitalizados en el INNN. *Arch Inst Nal Neurol Neurocir* 1985; 10: 149-50.
19. Pacheco Morales LA, Lara Tapia H. Dinámica familiar y conflicto en un grupo de pacientes psiquiátricos hospitalizados en el INNN. Memorias del XIV Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana. Puerto Vallarta, Jal., 1995.
20. Lara Tapia H, Morfín Núñez A, Pacheco Morales LA. Family dynamics, conflict and psychopathology in families of psychiatric inpatients. Proc. Xth World Congress of Psychiatry. Madrid, Spain, 1986.
21. Morfín Núñez A, Lara Tapia H. Psicopatología en familiares de pacientes psiquiátricos hospitalizados en el INNN, Arch Inst Nal Neurol Neurocir 1995; 10: 149.
22. Dávila Alpízar AG, Del Río Balmori, EJ. Evaluación de un programa para mejorar la relación trabajador de la Salud-derechohabiente en el ISSSTE. Tesis Receptacional, Facultad de Psicología, UNAM, 1990.
23. Hernández Berber I. Actitudes de la familia hacia su paciente psiquiátrico dentro de un programa de rehabilitación psicosocial en el INNN, Tesis Receptacional, FES Zaragoza UNAM, 1998.
24. Coronado García N, Aguirre Villagrán L. Actitudes de las enfermeras hacia el enfermo mental hospitalizado en el INNN. *Arch Inst Nal Neurol Neurocir* 1995; 10: 148.
25. Coronado García N, Aguirre Villagrán L. ¿Cuáles son las actitudes de las enfermeras hacia el enfermo mental? Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 1994; 2(4): 84.
26. Lara Tapia H. Premisas socioculturales y psicopatología. *Arch Neuroc (Méx)* 1997; 2(3): 171-6.
27. Espinosa Mendoza GE. La filosofía de la vida en familiares de pacientes psiquiátricos crónicos problema. Tesis Receptacional, Facultad de Psicología, UNAM, 1997.
28. Cortés C, Coronado García N, Aguirre Villagrán L. Evaluación conductual de las técnicas de rehabilitación psicosocial en enfermos psiquiátricos hospitalizados durante tratamiento farmacológico a través de la escala NOSIE. Memorias del XIV Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana. Puerto Vallarta, Jal., 1995.
29. Espinosa Mendoza GE, Hernández Berber I. Modificaciones cognoscitivas y psicopatológicas en enfermos mentales durante tratamiento con zuclopentixol. Memorias del XV Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana. Tuxtla Gutiérrez, Chis., 1997.
30. Cázatl Rivero MA. Evaluación conductual de las técnicas de rehabilitación psicosocial en enfermos psiquiátricos hospitalizados en el INNN. Tesis Receptacional, Facultad de Psicología, UNAM, 1998.
31. Lara Tapia H, Cázatl Rivero MA. Evaluación conductual de las técnicas de rehabilitación psicosocial en enfermos psiquiátricos hospitalizados durante tratamiento farmacológico. Memorias del LXI Congreso de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría. México, D.F., marzo 26-28, 1999.
32. Lara Tapia H. Evaluación clínica, conducta social y reinserción social con tratamiento con zuclopentixol. Simposio sobre tioxantenos. Memorias del Simposio Regional de la World Psychiatric Federation y la Asociación Psiquiátrica Mexicana. Guadalajara, Jal., octubre 28-31, 1998.
33. Díaz Cantú P. Seguimiento telefónico y evaluación de pacientes psiquiátricos en un programa de rehabilitación psicosocial. Tesis Receptacional, Facultad de Psicología, UNAM, 1997.
34. Lara Tapia H. Evaluación de la capacitación de personal en el área de la Salud. Memorias del XIII Congreso Nacional de Psicología del Trabajo y X Iberoamericano de las Organizaciones. Acapulco, Gro., junio 20-23, 2002 (en CD).
35. Mendizábal Paoletti LM. Propuesta de un programa de educación para la salud a familiares de pacientes psiquiátricos crónicos hospitalizados en la línea de rehabilitación psicosocial en el INNN MVS. Tesis Receptacional. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Acatlán, UNAM, 1999.
36. Mendizábal Paoletti LM, Lara Tapia H. Evaluación de un programa de capacitación para familiares de pacientes psiquiátricos hospitalizados en un programa de rehabilitación psicosocial. Memorias del XV Congreso Nal. de la Asoc. Psiq. Mex., Tuxtla Gutiérrez, Chis., Nov. 1997.
37. Calderón Narváez G. La Psiquiatría en México. Década de los 50 y principios de los 60. 1950-1965. *Arch Neuroc (Méx)* 1996; 1(4): 303-10.
38. Anthony WA, Cohen MR, Cohen BF. Philosophy, treatment process and principles of psychiatric rehabilitation approach. In: Bachrach LL Ed.: Deinstitutionalization, San Francisco, New Directions of Mental Health Service; 1983, p. 17.
39. Monteverde D. Rehabilitación de los inválidos por epilepsia. *Rev Inst Nal Neurol* 1967; 1: 15-7.
40. Lara Tapia H, Zamora Lira MA. Síntomas negativos en las psicoses. Un análisis discriminativo. *Psiquiatría* 2000; 15(2): 73-6.
41. Zamora Lira MA, Lara Tapia H. Criterios diagnósticos de esquizofrénicos crónicos hospitalizados en el INNN. *Arch Inst Nal Neurol Neurocir* 1995; 10: 149.
42. Díaz Cantú P, Lara Tapia H. Seguimiento a largo plazo y evaluación del funcionamiento global con el tratamiento con zuclopentixol durante un año. Memorias del XV Congreso Nacional de la Asoc Psiq Mex., Tuxtla Gutiérrez, Chis., Nov. 19-23, 1997.
43. Lara Tapia H. Tratamiento integral de la esquizofrenia, en el Simposio sobre Enfoque Integral y Desarrollo de la Esquizofrenia, Memorias del LXI Congreso de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría. México, D.F., Marzo 26-28, 1999.

Recibido: Abril 4, 2004.

Aceptado: Agosto 21, 2004.