

Algunos problemas y soluciones en la rehabilitación psicosocial del enfermo psiquiátrico y neurológico[†]

Dr. Héctor Lara Tapia*

† Presentado como la Conferencia Magistral "Dr. Dionisio Nieto" en la Reunión Anual de la AMEINNN, A.C. Acapulco, Gro., septiembre 2003.

* Coordinador de Especialidades Psiquiátricas del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, actualmente Facultad de Psicología, UNAM, y Servicio de Psiquiatría, Hosp. Reg. "Lic. A. López Mateos", ISSSTE.

RESUMEN

Antecedentes. Una de las principales dificultades en la atención de personas que presentan problemas de enfermedades crónicas es el proceso de deterioro global y de institucionalización, para lo que se debe integrar la rehabilitación psicosocial en su tratamiento integral.

Método. Se investigan y analizan algunos de los factores que inciden en la cronicidad y problema de manejo de pacientes psiquiátricos y neurológicos, los motivos de su frecuente hospitalización y las características de la asistencia médica, con el objetivo de realizar intervenciones de rehabilitación psicosocial y establecer normas para resolver y prevenir los problemas dados por la cronicidad.

Resultados. Se identificaron como problemas: mala adherencia terapéutica, escaso control institucional, aspectos psicosociales dados por el nivel socioeconómico y educativo, deterioro cognitivo por la cronicidad, problemas por la dinámica familiar y conflicto, psicopatología propia de los familiares de pacientes crónicos, actitudes negativas hacia su paciente y del personal hacia el enfermo psiquiátrico, así como factores socioculturales como pasividad.

Conclusiones. Se plantean como soluciones: seguimiento telefónico en su domicilio, capacitación y educación para los familiares, tratamiento conjunto con técnicas grupales y de terapia familiar, modificación de actitudes de los familiares y del personal del equipo de salud y evaluación del tratamiento farmacológico en conjunto con la terapia de rehabilitación psicosocial.

Palabras clave: Rehabilitación psicosocial, pacientes psiquiátricos y neurológicos, problemas y soluciones.

INTRODUCCIÓN

Una de las principales dificultades en la atención de personas que presentan problemas de enfermedades, del comportamiento o de conducta social, es

Some problems and solutions in psychosocial rehabilitation of psychiatric and neurological patient

ABSTRACT

Background. One of the main problems in treatment of patients with chronic disease is a global deterioration process and institutionalization, and because for this a psychosocial rehabilitation treatment most is include.

Method. Present communication analyzed some factors included in chronicity and deficient therapeutic control in psychiatric and neurological patients, in his frequent hospitalizations and the medical assistance characteristics to obtain norms to psychosocial intervention.

Results. Deficient therapeutic adherence, low institutional control, psychosocial aspects due to socioeconomic and educational level, family dynamics and conflict, psychopathology in some members of families, negative attitudes to his patient, and deficient attitudes of the personal and sociocultural attitudes of passivity.

Conclusions. Some changes in treatment are to the solution of these problems, include telephonic follow-up after delivery; capacitating and educational programs to families, treatment of these through familiar therapy, and behavioral treatment to modify negative attitudes of medical and nurses staff, and behavioral observation of the psychopharmacological treatment. All of these in a psychosocial therapeutic program.

Key words: Psychosocial rehabilitation, psychiatric and neurological patients, problems and solutions.

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, re-

clusorios, albergues o casas de salud, con períodos también variables de tiempo en su domicilio.

En este complejo problema se añaden la estructura social, la dinámica familiar y la interacción del sujeto 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 baja adherencia terapéutica, con una 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, a través de procedimientos médicos, de aprendizaje y de soprote ambiental”*.^{2,3}

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.^{4,5} En nuestro país,⁶ y en general en Latinoamérica, existe aún 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.⁷

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.

Estos estudios fueron realizados por personal de la División de Psiquiatría del Instituto Nacional de Neurología y psicólogos de la Facultad de Psicología de la UNAM, así como de otras dependencias de la misma Universidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Para ello se analizaron múltiples variables, clínicas, psicobiológicas, cognoscitivas y psicosociales, en tres grupos de pacientes crónicos: 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.⁸

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, mala adherencia terapéutica 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 mala adherencia terapéutica o sus familias *versus* aquellos con buena adherencia y sus familias.

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 y 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.

RESULTADOS OBTENIDOS

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,⁸⁻¹⁰ siendo éste un modelo susceptible de ser realizado en otras instituciones por las características globales del problema.

Asimismo, se estudiaron los siguientes rubros y se detectaron los problemas principales en los primeros resultados:

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 promedio de tres hospitalizaciones a lo largo de su enfermedad, y promedio de 32 días para cada uno de éstos, significativamente mayor que en pacientes agudos, hospitalizados por tres semanas, 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 adherencia terapéutica 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 las citas. En estos pacientes la respuesta farmacológica obtenida es cada vez más pobre y amerita terapia electroconvulsiva por ello en forma significativamente más elevada que en los pacientes con buena adherencia.¹¹ 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

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, con promedio de más de dos; correspondiendo a un mayor número de pacientes esquizofrénicos, sin diferencias por sexo, con edad promedio adulta joven, con escolaridad baja hasta media, desocupados en 48%, con recursos económicos limitados (41%) y reducidos (48%), solteros 61%. Las familias de tipo nuclear, integradas aparentemente, 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 adherencia terapéutica, 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.^{12,13}

Deterioro cognitivo en enfermos neuropsiquiátricos crónicos

Se estudió el deterioro cognitivo en pacientes crónicos a través de una batería neuropsicológica y a

través del WAIS (con normas de la estandarización mexicana) y el test de Bender,¹⁴ y otra neurofisiológica que incluyó estudios EEG y de neuroimagen, tanto en pacientes "funcionales" como "orgánicos",¹⁵ analizándose también la adherencia terapéutica y el abandono del tratamiento.¹⁶ Posteriormente, con el mismo diseño, se estudiaron varias instituciones psiquiátricas tanto privadas como oficiales, para evaluar dicho deterioro.¹⁷ 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.¹⁸

Los resultados mostraron que los pacientes crónicos muestran un progresivo decremento en sus procesos cognoscitivos con un franco deterioro, measurable tanto por el análisis estadístico de las características de la prueba de Bender calificada objetivamente, como por 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.

Así mismo, se encuentra que se correlacionan con las anormalidades EEG en relación con el trastorno orgánico, tanto en esquizofrénicos como en orgánicos, involucrando lóbulo frontal y temporal en aquellos con alteraciones psicóticas, alucinadoras y delirantes, y primordialmente en lóbulo temporal en pacientes con cuadros de excitación y agresividad.^{16,19}

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 de Olson FACES II (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale), los que permiten evaluar la tipología familiar y los niveles de conflicto y evitación del mismo. Los resultados muestran familias desarticuladas-rígidas con dificultad para negociar y encontrar soluciones. La evitación 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 para la salud.^{20,21}

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 presentan 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 y 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.^{22,23}

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 antecedentes al respecto,²⁴ comparándose éstas en pacientes con buena adherencia terapéutica versus aquellos con mala adherencia terapéutica y mayor conflicto, encontrándose notorias diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, siendo actitudes más positivas en los de buena adherencia. Estas actitudes claramente observables en comparación del estado agudo, activo del trastorno mental, comparados 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.^{25,26}

Actitudes del personal de enfermería hacia el enfermo psiquiátrico

Se estudiaron las actitudes hacia el enfermo psiquiátrico con una escala ad hoc tipo Liskert 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 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.^{27,28} 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.²⁴

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 psicopatología del mexicano,²⁹ 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 versus mala adherencia 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 de la Audacia, al igual que la Independencia emotiva sobresale sobre la Interdependencia.^{30,31} Estos hallazgos confirman el estilo pasivo de defenderse del estrés y la ruptura del patrón cultural de interdependencia, probablemente debido al conflicto inherente en estas familias.

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 y III Cuidados personales y cuatro 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.³²

Evaluación clínica psicológica de pacientes hospitalizados

Como complemento indispensable para la evaluación objetiva de los cambios producidos en el paciente por el tratamiento integral, incluyendo el farmacológico, se aplicaron los tests de Rorschach y el MMPI, para evaluar los cambios cognoscitivos, psicopatológicos observados en los pacientes durante

su tratamiento hospitalario, observándose diferencias estadísticamente significativas en los resultados del test-retest; al igual 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.³³

*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 las áreas 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 puntaje al ingreso y al egreso del paciente. 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 su entorno 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.^{34,35}

*Seguimiento telefónico y
valoración de pacientes en su domicilio*

Este programa se instituyó para evitar que los pacientes sean valorados durante períodos muy largos después de su hospitalización, bien sea por la distancia entre las citas a consulta externa, como por falta de adherencia terapéutica 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 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 manteniéndo-

se la adherencia terapéutica y con mayor participación familiar.^{36,37}

*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, haciendo 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 Morfín^{20,21} y Pacheco.^{22,23} La técnica utilizada mostró con anterioridad y en el caso actual su utilidad 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 en una institución de seguridad social al servicio de los trabajadores del Estado.²⁴

*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 dos horas semanales 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 con la evolución posterior del paciente.^{38,39}

*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 inicia 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 in-

dicadores 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.^{10,11}

CONCLUSIONES

Se identificaron como problemas en la evolución de pacientes crónicos, mala adherencia terapéutica con escaso control institucional; aspectos psicosociales dados por el nivel socioeconómico y educativo, presentándose los problemas con mayor frecuencia en los de bajo nivel en estas áreas. Deterioro cognitivo por la cronicidad, que incluyen la presencia de más y severos síntomas negativos; problemas por la dinámica familiar y conflicto; psicopatología propia de los familiares de pacientes crónicos; actitudes negativas hacia su paciente del personal de enfermería hacia el enfermo psiquiátrico, así como factores socioculturales que incluyen el hacer el cuidador primario siempre en mujeres, generalmente las madres o las esposas de los pacientes, las cuales presentan cuadros depresivos en general, coincidiendo con la etapa del climaterio y la cronicidad del enfermo, reforzado por escasa colaboración de otros miembros de la familia para el cuidado del enfermo y, por otra parte, actitudes de exagerada tolerancia ante el estado clínico del paciente, tolerando incluso su sintomatología psicótica en tanto no muestre conducta agresiva.

Se plantean como soluciones: seguimiento telefónico en su domicilio periódicamente, lo cual aumenta el grado de control médico, sobre todo en aquellos pacientes cuyas citas médicas son prolongadas debido a diversas causas, tanto económicas, como por la sobre población en los servicios asistenciales. Capacitación y educación para los familiares, ya que la ignorancia acerca de las características de la enfermedad y su manejo facilitan la deserción o mala adherencia terapéutica, así como realizar tratamiento conjunto con técnicas grupales y de terapia familiar; modificación de actitudes de los familiares y del personal del equipo de salud y evaluación del tratamiento farmacológico en conjunto con la terapia de rehabilitación psicosocial.

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 crónicos problemas 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 crónicos⁴⁰ 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 social, como ha sido preconizado desde hace décadas en nuestro país.⁴¹

Por otra parte, estas investigaciones con evaluaciones objetivas, tanto psicométricas como neurofisiológicas nos han permitido incluso modificar algunas concepciones sobre aspectos tales como los síntomas negativos en las psicosis, los cuales son generalmente, efectos dados por la cronicidad de los pacientes y el deterioro cognitivo y conductual involucrado en éstos, como por los efectos secundarios de los psicofármacos más que como características propias de la enfermedad.^{42,43}

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 de 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

En la realización de los estudios de investigación y la aplicación de los programas de Rehabilitación Psicosocial participaron, apoyados por una beca-tesis de la Facultad de Psicología de la UNAM, princi-

palmente: Mtra. Angélica Martínez, Lic. Adriana Morfín, Lic. Adriana Cázatl, Mtro. Pablo Andrés Díaz Cantú, Mtra. Gabriela Espinosa; ENEP-Iztacala UNAM: Lic. Adriana Pacheco; FES-Zaragoza UNAM: Mtra. Irma Hernández Berber; fuera del programa de apoyo mencionado, ENEP-Acatlán UNAM: la Pedagoga Luz Ma. Paoletti Mendizábal; División de Psiquiatría INNN MVS: las Trabajadoras Sociales María Teresa Ocampo y Ana María Velásquez, las Enfermeras Psiquiatras: Leticia Aguirre, Carmen Cortés y Nidia Coronado y los Médicos Residentes Alonso G. Montoya y Marco A. Zamora-Lira.

REFERENCIAS

1. Bachrach LL. Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the care of long-term patients. *Am J Psychiatr* 1992; 149: 1455-63.
2. Anthony WA. Understanding and advocating for psychosocial rehabilitation: the use of a metaphor. *Bull WAPR* 1993; 5: 5-6.
3. Anthony WA, Cohen MR, Cohen BF. Philosophy, treatment process and principles of psychiatric rehabilitation approach. In: Bachrach, LL (Ed.). San Francisco: Deinstitutionalization, New Directions of Mental Health Service 17; 1983.
4. Bond GR, Whiteridge F, Setze PJ, Dincin J. Preventing rehospitalization of clients in a psychosocial rehabilitation program. *Hosp Community Psychiatr* 1985; 36: 356-62.
5. Setze PJ, Bond GR. Psychiatric recidivism in a psychosocial rehabilitation setting: a survival analysis. *Hosp Community Psychiatr* 1988; 11: 11-18.
6. Valencia M. Un programa de tratamiento psicosocial para pacientes psicóticos agudos hospitalizados, *Psiquiatría* 1988; 4: 71-96.
7. Córdova A, Duarte D, Rodríguez M, Puertas G. Rehabilitación de esquizofrénicos crónicos sometidos a un triple empuje: psicofármacos, psicoterapia de grupo y ergoterapia. En: Córdova Castro A (Ed.). Teoría y Práctica de la Psiquiatría Social. La Habana: De Científica-Técnica; 1976, p. 89-99.
8. 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* 1998; 3(2): 117-25.
9. Lara Tapia H, Torres-Ruiz A. A comprehensive approach to psychosocial rehabilitation. *Int J Psychol* 1996; 31(3-4): 97-8.
10. Torres Ruiz A, Lara Tapia H. Un programa integral para la rehabilitación psicosocial de pacientes neuropsiquiátricos. *Arch Neuroc* 1998; Suppl. 3: 30.
11. Lara Tapia H. Algunas características de evolución de pacientes psiquiátricos crónicos hospitalizados. *Arch Neuroc* 1997; 2(1): 7-12.
12. Ocampo MT, Cardoso MA. Variables psicosociales en pacientes psiquiátricos crónicos. *Arch Inst Nal Neurol Neurocir* 1995; 10: 148.
13. 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* 1998; 2(4): 242-6.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. 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.
19. 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.
20. 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.
21. Pacheco Morales LA, Lara Tapia H. Dinámica familiar y conflicto en un grupo de pacientes psiquiátricos rehospitalizados en el INNN. *Arch Neuroc* 1998; Suppl. 3: 35.
22. Morfín Núñez A, Lara Tapia H. Psicopatología en familiares de pacientes psiquiátricos hospitalizados en el INNN. *Arch Inst Nal Neurol Neurocir* 1995; 10: 149.
23. Lara Tapia H, Morfín Núñez A, Pacheco Morales LA. Family dynamics, conflict and psychopathology in families of psychiatric in patients. Madrid, Spain: Proc Xth World Congress of Psychiatry; 1996.
24. 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.
25. 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.
26. Hernández Berber I, Lara Tapia H. Actitudes de la familia hacia su paciente psiquiátrico hospitalizado. *Arch Neuroc* 1998; Suppl. 3: 32.
27. Coronado García N, Aguirre Villagrán L. ¿Cuáles son las actitudes de las enfermeras hacia el enfermo mental? *Rev Mex Enf Cardiol* 1994; 2(4): 84-8.
28. 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.
29. Lara Tapia H. Premisas socioculturales y psicopatología. *Arch Neuroc* (Méx.) 1997; 2(3): 171-6.
30. Espinosa Mendoza GE. La filosofía de la vida en familiares de pacientes psiquiátricos crónicos problema. Tesis Receptacional. Facultad de Psicología, UNAM; 1997.
31. Espinosa Mendoza GE, Lara Tapia H. La filosofía de la vida en familiares de pacientes psiquiátricos crónicos problema. *Arch Neuroc* 1998; Suppl. 3: 36.
32. Lara Tapia H, Coronado García N, Aguirre Villagrán L. Cambios conductuales con el tratamiento psicofarmacológico evaluados por enfermeras a través de la escala NOSIE. *Memorias del XIV Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana*. Puerto Vallarta, Jal., 1995.
33. Espinosa Mendoza GE, Hernández Berber I. Modificaciones cognoscitivas y psicopatológicas en enfermos mentales durante tratamiento con zuclopentixol. *Memorias del Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana*. Tuxtla Gutiérrez, Chis., 1997.
34. 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.
35. Cázatl Rivero MA, Lara Tapia H. Evaluación conductual de las técnicas de rehabilitación psicosocial en enfermos psiquiátricos y neurológicos hospitalizados en el INNN. *Arch Neuroc* 1998; Suppl. 3: 31-2.
36. Díaz Cantú P. Seguimiento telefónico y evaluación de pacientes psiquiátricos en un programa de rehabilitación psicosocial. Tesis Receptacional. Facultad de Psicología, UNAM; 1997.
37. Díaz Cantú P, Lara Tapia H. Seguimiento telefónico y evaluación de pacientes psiquiátricos en un programa de rehabilitación psicosocial. *Arch Neuroc* 1998; Suppl. 3: 34.
38. 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.

39. Mendizábal Paoletti LM, Lara Tapia H. Evaluación de un programa de educación para la salud en rehabilitación psicosocial. *Arch Neuroc* 1998; Suppl. 3: 33-4.

40. 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.

41. Monteverde D. Rehabilitación de los inválidos por epilepsia. *Rev Inst Nal Neurol* 1967; 1: 15-17.

42. Zamora Lira MA, Lara Tapia H. Criterios diagnósticos de esquizofrénicos crónicos hospitalizados en el INNN. *Arch Inst Nal Neurol Neurocir* 1995; 10: 149.

43. Lara Tapia H, Zamora Lira MA. Síntomas negativos en las psicosis. Un análisis discriminativo. *Arch Neuroc* 1998; Suppl. 3: 30-1.

Recibido: Agosto 6, 2004.
Accepted: Septiembre 27, 2004.