



TESIS DOCTORAL

Rehabilitación integral para el adulto esquizofrénico hospitalizado

Juan Carlos Mirabal Requena.

República de Cuba

Sancti Spíritus

2024

Rehabilitación integral para el adulto esquizofrénico hospitalizado.

Las ciencias biomédicas y la salud del ser humano

Universidad de Ciencias Médicas

Tesis en opción al título de Doctor en Ciencias Médicas

Autor: Dr. Juan Carlos Mirabal Requena.

Tutores: Dr. C. José Alejandro Concepción Pacheco.

Dra. C. Gladys Alejandra Rojas Sánchez.

República de Cuba

Sancti Spíritus

2024

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Declaro que la tesis es de mi total autoría y no ha sido enviada con antelación a ninguna otra universidad para ser evaluada o ser utilizada para examen de grado.

BASES LEGALES

- Lineamientos del Partido Comunista de Cuba:
Capítulo 6: Política social. Lineamientos generales 154 (Elevar la calidad del servicio que se brinda, lograr la satisfacción de la población) y 155 (Garantizar que el propio Sistema de Salud facilite que cada paciente reciba la atención correspondiente con la calidad necesaria).
- Objetivos de Desarrollo Sostenible en Cuba (Agenda 2030):
Objetivo 3: Salud y bienestar. 3.4: Reducir la mortalidad por enfermedades no transmisibles y promover la salud mental.
- Objetivos de trabajo del Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba. 2024.
Objetivo 1: Incrementar el estado de salud de la población y su satisfacción con los servicios.
- Programa priorizado por el sistema de salud cubano de determinantes de salud, riesgos y prevención de enfermedades en grupos vulnerable.

LISTA DE PUBLICACIONES DERIVADAS DE LA TESIS

1. Mirabal-Requena JC. Necesidad de Rehabilitación integral individualizada al adulto mayor con esquizofrenia residual. Arch. Méd. Camagüey. 2019; 23(5): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/6472>
2. Mirabal-Requena JC, Alvarez-Escobar B. Reinserción social en la unidad de Psiquiatría Forense en Sancti Spíritus. Arch. Méd. Camagüey. 2020; 24(2): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/6844>
3. Mirabal-Requena JC, Alvarez-Escobar B, Naranjo-Hernández Y, Clemente-Molina M. Multimedia de apoyo docente en Psiquiatría de adulto. Arch. Méd. Camagüey. 2020; 24(3): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/7096>
4. Mirabal-Requena J, Álvarez-Escobar B, Concepción-Pacheco J. Rehabilitación en psiquiatría como problema social de la ciencia. Rev. electron. Zoilo. 2020; 45 (4). Disponible en: <http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2146>
5. Mirabal-Requena J, Alvarez-Escobar B, Naranjo-Hernández Y. Intervención para lograr la independencia física en los adultos mayores con esquizofrenia residual. Arch. Méd. Camagüey. 2021; 25(3): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/8231>
6. Mirabal-Requena JC, Alvarez-Escobar B, Concepción-Pacheco JA, Naranjo-Hernández Y. Rehabilitation For Hospitalized Patients With Schizophrenia. Int J Psychiatry. 2022; 7(4), 182-185. Disponible en: <https://www.opastpublishers.com/peer-review/rehabilitation-for-hospitalized-patients-with-schizophrenia-4557.html>
7. Mirabal-Requena J, Álvarez-Escobar B, Martínez-Rodríguez L. Autocuidado frente a la COVID-19 en enfermos psiquiátricos hospitalizados. MediCiego. 2022; 28(1). Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/2553>

8. Mirabal-Requena J, Alvarez-Escobar B, Concepción-Pacheco J, Naranjo-Hernández Y. Caracterización de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Psiquiátrico Provincial de Sancti Spíritus. Arch. Méd. Camagüey. 2023; 27 Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/9365>
9. Mirabal-Requena JC, Alvares-Escobar B, Concepción-Pacheco JA, Rojas-Sánchez G. Rehabilitación integral en psiquiatría para la independencia física en pacientes esquizofrénicos hospitalizados. Rev. Cuba. de Medicina Mil. 2023; 52 (4) Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/16149>
10. Mirabal-Requena JC, Álvarez-Escobar B, Concepción-Pacheco JA, Rojas-Sánchez GA, Oviedo-Cornelio Y. Capacitación sobre rehabilitación integral de pacientes esquizofrénicos de un hospital psiquiátrico. Rev Méd Electrón. 2024; 46(0). Disponible en: <https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/5507>
11. Mirabal Requena JC, Alvarez Escobar B, Concepción Pacheco JA, Roja Sánchez GA. Comprehensive Rehabilitation Program for Hospitalized Schizophrenic Patients. Clinical Research and Reports, BioRes Scientia Publishers. 2024; 3(1):1-6. DOI: 10.59657/2995-6064.brs.24.046. Disponible en: <https://bioresscientia.com//article/comprehensive-rehabilitation-program-for-hospitalized-schizophrenic-patients>

RESUMEN

Fundamentación: la rehabilitación física se hace necesaria para que los diagnosticados con enfermedad mental se desenvuelvan con la mayor autonomía y calidad de vida posible. El tratamiento es complejo, se precisa un abordaje integral biopsicosocial y espiritual con una buena alianza terapéutica. Muchas veces, esta rehabilitación no toma en cuenta las potencialidades del sujeto. En la revisión bibliográfica realizada no se encontraron suficientes investigaciones sobre este tema. **Objetivo:** desarrollar un programa de rehabilitación integral para la independencia física de los adultos esquizofrénicos hospitalizados en hospitales psiquiátricos con mejoría cognitiva, afectiva y conductual. **Diseño metodológico:** diseño de investigación mixto. Se emplearon métodos del nivel teórico y empírico, así como estadísticos matemáticos, lo que permitió hacer la búsqueda bibliográfica que sirvió para comparar con los resultados alcanzados, caracterizar a los adultos esquizofrénicos hospitalizados y diseñar el programa de rehabilitación integral. Se evalúa la modificación de la independencia física teniendo en cuenta la mejoría cognitiva, afectiva y conductual de los pacientes tras la aplicación del programa a través de un preexperimento con grupo único y mediciones antes y después. Fue utilizado el criterio de especialistas para valorar la viabilidad del programa. **Resultados:** se diseñó un programa integral de rehabilitación para adultos esquizofrénicos hospitalizados, considerado viable y favorecedor de la independencia física de los estudiados. **Conclusión:** el programa de rehabilitación integral diseñado favoreció la independencia física de los pacientes con esquizofrenia que se encontraban hospitalizados incluidos en el estudio realizado, a través de modificaciones experimentadas hacia conductas generadoras de salud en sus esferas afectiva, cognitiva y conductual.

Palabras clave: rehabilitación integral, esquizofrenia, hospitalizado, programa

ABSTRACT

Background: physical rehabilitation is necessary so that those diagnosed with mental illness can function with the greatest autonomy and quality of life possible. The treatment is complex, a comprehensive biopsychosocial and spiritual approach is required with a good therapeutic alliance. Many times, this rehabilitation does not take into account the potential of the subject. In the bibliographic review carried out, not enough research was found on this topic.

Objective: develop a comprehensive rehabilitation program for the physical independence of schizophrenic adults hospitalized in psychiatric hospitals with cognitive, affective and behavioral improvement. **Methodological design:** mixed research design. Theoretical and empirical methods were used, as well as mathematical statistics, which made it possible to carry out a bibliographic search that served to compare with the results achieved, characterize the hospitalized schizophrenic adults and design the comprehensive rehabilitation program. The modification of physical independence is evaluated taking into account the cognitive, affective and behavioral improvement of the patients after the application of the program through a pre-experiment with a single group and before and after measurements. The criteria of specialists were used to assess the viability of the program. **Results:** a comprehensive rehabilitation program was designed for hospitalized schizophrenic adults, considered viable and promoting the physical independence of those studied. **Conclusion:** the comprehensive rehabilitation program designed favored the physical independence of patients with schizophrenia who were hospitalized included in the study carried out, through modifications experienced towards health-generating behaviors in their affective, cognitive and behavioral spheres.

Keywords: integral rehabilitation, schizophrenia, hospitalized, program

TABLA DE CONTENIDOS

ÍNDICE	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. REHABILITACIÓN INTEGRAL DEL ADULTO ESQUIZOFRÉNICO	11
1.1. Rehabilitación en psiquiatría para el tratamiento de los pacientes esquizofrénicos	11
1.1.1. Los programas de rehabilitación para pacientes esquizofrénicos en salud	17
1.2. Rehabilitación integral de los adultos esquizofrénicos	20
1.2.1. Esquizofrenia, características y tipos	22
1.3. Independencia física en el adulto esquizofrénico hospitalizado	30
1.4. Mejoría cognitiva, afectiva y conductual de la esquizofrenia	31
1.5. Concepción del programa de rehabilitación integral para el adulto esquizofrénico hospitalizado en hospitales psiquiátricos	37
1.5.1. Diseño del programa de rehabilitación	41
CAPÍTULO 2. FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL PARA EL ADULTO ESQUIZOFRÉNICO HOSPITALIZADO	45
2.1. Etapas de la investigación	46
2.2. Operacionalización de las variables de estudio	64
CAPÍTULO 3. RESULTADOS OBTENIDOS CON LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL PARA EL ADULTO ESQUIZOFRÉNICO HOSPITALIZADO	75
3.1. Etapa 1 Diagnóstico (exploración y descripción)	75
3.2. Etapa 2. Diseño del programa	76
3.2.1. Fundamentación del programa.	76
3.2.2. Programa de rehabilitación integral para el adulto esquizofrénico hospitalizado	77
3.3. Etapa 3. Viabilidad del programa	82
3.4. Cuarta etapa. Aplicación del programa	85
3.5. Quinta etapa. Evaluación del programa	86
CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA INVESTIGACIÓN	88

4.1.	Primera etapa. Diagnóstico (exploración y descripción)	88
4.2.	Segunda etapa. Diseño del programa	91
4.3.	Tercera etapa. Viabilidad del programa	92
4.4.	Cuarta etapa. Aplicación del programa	93
4.5.	Quinta etapa. Evaluación del programa	94
4.5.1.	Evaluación del Programa de Rehabilitación Integral para el adulto esquizofrénico hospitalizado antes y después de introducido	97
	CONCLUSIONES	99
	RECOMENDACIONES	100
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
	ANEXOS	

LISTA DE ABREVIACIONES

APA: Asociación Psiquiátrica Americana

AVD: Actividad de la vida diaria.

AIVD: Actividad instrumentada de la vida diaria.

CIE11: Clasificación Internacional de Enfermedades en su edición 11.

DSM5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 5ta edición.

PANSS: Escala de síntomas positivos y negativos.

PRIAEH: Programa de Rehabilitación Integral para el Adulto Esquizofrénico Hospitalizado.

GLOSARIO

Actividad de la Vida Diaria (AVD): Se refiere al cuidado personal, alimentación e higiene que debe realizar una persona lo más independiente posible (comer, vestirse, acostarse o levantarse, bañarse).

Actividad Instrumentada de la Vida Diaria (AIVD): Se refiere a las actividades que realiza la persona más allá del cuidado personal para funcionar de forma independiente en el hogar y comunidad (usar el teléfono, transporte, manejar el dinero, medicación).

Asociación Psiquiátrica Americana (APA): Agrupación de psiquiatras de Norteamérica y otros países.

Clasificación Internacional de Enfermedades, edición 11(CIE11): Permite al personal de la salud compartir información estandarizada en todo el mundo.

Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS-Positive and Negative Syndrome Scale): Escala para medir la gravedad de los síntomas en pacientes esquizofrénicos. Es uno de los instrumentos más utilizados con ese fin.

Esquizofrenia: Trastorno que afecta la capacidad de una persona para pensar, sentir y comportarse de forma lucida. Es causada por una combinación de factores genéticos y ambientales, junto a alteraciones de las sustancias químicas y estructurales del cerebro.

Independencia Física: Cuando la persona no necesita del cuidado o apoyo de personal de salud u otra persona para sus actividades de la vida diaria.

Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales, 5ta edición (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 5ta edition): Manual utilizado para el diagnóstico y clasificación de las enfermedades mentales.

Niveles de rehabilitación en psiquiatría: Son los grupos donde se ubican a los pacientes teniendo en cuenta las habilidades que puedan tener y desarrollar otras, con el objetivo de elevar los niveles de capacidad funcional hasta su futura reinserción social.

Programa para la Rehabilitación Integral al Adulto Esquizofrénico Hospitalizado en Hospitales Psiquiátricos (PRIAEH): Brinda la metodología para llevar a cabo las

acciones y actividades que influyen de forma positiva en estos pacientes sobre su independencia física.

Rehabilitación en Psiquiatría: Constructo que resulta más abarcador que permite la inclusión de otras especialidades y no solo la psiquiatría para el restablecimiento y desarrollo de conocimientos y habilidades en personas con trastornos mentales.

Rehabilitación Integral a pacientes con esquizofrenia: Son las actividades que colocando al paciente en su centro, se llevan a cabo con una visión biopsicosocial y espiritual del mismo. En ella participan varias especialidades que enfocan las acciones para la mejoría de la esfera cognitiva, afectiva y conductual.

Rehabilitación Integral para el adulto Esquizofrénico Hospitalizado en hospitales Psiquiátricos: Los pacientes esquizofrénicos adultos con larga estadía hospitalaria, presentan deterioro cognitivo, afectivo y conductual con la consiguiente dependencia física en menor o mayor grado. Con esta rehabilitación se potencia la autonomía de estos pacientes al restablecer su movilidad, cuidado personal, habilidad manual y comunicación.

1. Introducción

Toda persona con enfermedad crónica o con secuelas de algún tipo agudo, es tributaria de ser rehabilitada. La rehabilitación física se hace necesaria para que los diagnosticados con enfermedad mental se desenvuelvan con la mayor autonomía y calidad de vida posibles. La esquizofrenia, como una de las enfermedades mentales graves, necesita de una rehabilitación integral.

Es una enfermedad neuropsiquiátrica que afecta a un gran número de personas en todo el mundo. Sin embargo, resulta poco comprendida y no es tratada eficazmente, a pesar de que los enfermos esquizofrénicos padecen un alto grado de discapacidad. Es una de las enfermedades mentales más debilitantes y desconcertantes.^{1,2}

Los adultos diagnosticados con esta enfermedad tienen la agravante de que ha incidido en ellos un deterioro de sus hábitos y habilidades. Existe una significativa falta de consenso entre los expertos sobre la clínica y conceptualización de la esquizofrenia. La revisión bibliográfica realizada ofrece diversos criterios al respecto: la esquizofrenia es vista como un trastorno mental severo que afecta a una persona de cada 100 en el pensamiento, las emociones y el comportamiento, es poco frecuente antes de la pubertad y más probable que comience entre los 15 y los 35 años,^{3,4} durando toda la vida.

Una persona que sufre esquizofrenia tendrá dificultades para realizar un buen trabajo en la escuela o mantener amistades, será más vulnerable a desarrollar una depresión o intentar suicidarse. Por lo general, no será un peligro para los demás.

⁵ La poca comprensión de esta enfermedad puede llevar a estas personas y sus familias a sufrir el doloroso efecto del estigma.⁶

La prevalencia de la esquizofrenia se ha establecido alrededor del 1% de la población, con escasas variaciones entre los países.⁷ Estudios realizados en el Reino Unido y Sudáfrica determinaron que la esquizofrenia ocupa el primer lugar de ingresos y reingresos en hospitales psiquiátricos.⁸ En Cuba, la prevalencia de esta enfermedad es del 1,2 %.⁹

Se invocan diferentes factores en el desarrollo de la esquizofrenia, ¹⁰⁻¹² también existe diversidad de tratamientos validados para el control de la enfermedad. Los programas contra el abuso de sustancias, la psicoeducación, el entrenamiento en habilidades sociales, la terapia y la psicoeducación familiar, el tratamiento comunitario y el empleo con apoyo a pacientes con esquizofrenia, cuentan con evidencia científica que respalda la mayor probabilidad de que mejoren el funcionamiento psicosocial y se reduzcan las recaídas de la enfermedad.

El tratamiento es complejo, se precisa un abordaje integral biopsicosocial y espiritual con una buena alianza terapéutica.¹³ Con el tratamiento farmacológico se pueden controlar los síntomas de la enfermedad y conseguir la estabilidad, sin embargo, la rehabilitación como parte de la conducta terapéutica en estos pacientes, logra su reinserción social con mayor posibilidad de adaptación al medio.

La enfermedad mental, por su propia naturaleza, impacta no solo en los factores cognitivos, afectivos y de la personalidad, sino también en el desempeño de numerosos e importantes roles, como el trabajo y la reproducción.¹⁴ Es necesario que las áreas de trabajo y socialización sean incluidas en las diferentes modalidades de tratamiento a utilizar.^{15, 16}

Cuando se utiliza la psicoterapia (Terapia Cognitivo-Conductual) e intervenciones psicosociales, pueden ayudar a las personas a convivir con su enfermedad psíquica en su medio social. Permiten un abordaje rehabilitador para poder mantener sus actividades de la vida diaria. No obstante, el estímulo a la realización de actividades físicas en este tipo de pacientes, es una forma de que se mantengan activos. Igual de importante es motivarles a cuidar su dieta y rodearles de cariño, donde la familia juega un papel preponderante.

Los programas de rehabilitación buscan no apartar al enfermo mental de la sociedad, están encaminados a disminuir el tiempo de estancia hospitalaria y, de ser necesaria esta larga estadía, que no se sientan reclusos o aislados en las instituciones psiquiátricas. Sin embargo, en la revisión bibliográfica realizada, no se encontraron programas dirigidos a la rehabilitación integral de pacientes

esquizofrénicos hospitalizados en hospitales psiquiátricos con actividades encaminadas a mejoras cognitiva, conductual y afectiva.

En los adultos esquizofrénicos hospitalizados, pueden agravar los síntomas la edad avanzada y el tiempo prolongado de hospitalización. La revisión realizada para esta investigación permitió conocer sobre estudios que demuestran, a mayor edad en pacientes con larga estadía de hospitalización, los efectos nocivos sobre su esfera psicológica cognitiva, conductual y afectiva se incrementan.¹⁷⁻²⁰

Aunque los estudios mencionados no están centrados en adultos esquizofrénicos, estos mantienen un comportamiento similar al de adultos mayores. Sin comparar los cuadros demenciales en el adulto mayor con las características de los pacientes esquizofrénicos, se observan pérdidas cognitivas, conductuales y afectivas por el deterioro o proceso degenerativo que sufre el cerebro con la edad y la pérdida de la relación social, lo que trae consigo la limitación para lograr dar respuestas a problemas de la cotidianidad.

En la actualidad, la concepción integradora de la naturaleza humana y la salud, junto a los adelantos científicos-médicos y la preocupación a nivel nacional e internacional por la rehabilitación física a pacientes esquizofrénicos, condiciona el establecimiento de diversas formas de intervención con fundamento en múltiples enfoques teóricos.^{21,22} En el proceso de rehabilitación integral de pacientes esquizofrénicos es necesaria la apropiación de habilidades, capacidades motrices y conocimientos, hábitos y motivaciones necesarios para enriquecer la capacidad productiva y el aprendizaje para la vida.

Al abordar los términos de dependencia y autonomía, las actividades de la vida diaria (AVD) están relacionadas significativamente con el deterioro generado por la institucionalización.^{23, 24} Esto constituye un factor que actúa en la disminución de la autonomía del adulto esquizofrénico hospitalizado al verse obligado a adaptarse a un entorno ajeno que no domina, de ahí que se deterioren sus relaciones personales y se olviden la competencia y la historia personal.²⁵⁻³⁰

Existen revisiones sobre rehabilitación en pacientes con esquizofrenia,^{30,31} donde los autores concluyeron que para la rehabilitación de estos pacientes debe combinarse la terapia con psicofármacos como piedra angular y la rehabilitación

sobre las diferentes esferas psicológicas. Cuando se analiza la bibliografía revisada, se puede observar:

Estudio de la independencia física de los pacientes esquizofrénicos no hospitalizados.³²⁻³⁴

No existencia de un abordaje sistémico en función de lograr la independencia física de los pacientes con esquizofrenia en las actividades de la vida diaria, debido a la no integración de intervenciones dirigidas a la esfera psicológica (cognitiva, afectiva y conductual).³⁵⁻³⁷

Los programas de rehabilitación revisados para este tipo de pacientes,³⁸⁻⁴¹ reconocen la necesidad de la rehabilitación cognitiva y la práctica del ejercicio físico como factores que pueden desencadenar mejoras funcionales, pero no exhiben un abordaje sistémico en función de lograr la independencia física de los pacientes con esquizofrenia hospitalizados en hospitales psiquiátricos.

No se conciben acciones sobre la esfera psicológica afectiva, cognitiva y conductual en pacientes esquizofrénicos hospitalizados en hospitales psiquiátricos, para permitirles restablecer su movilidad, el cuidado personal, la habilidad manual y la comunicación.⁴²

Desde la perspectiva del estudio realizado, se considera necesario mantener la capacitación, actualizada y sistemática, de los profesionales de la salud que se dedican al cuidado de este tipo de pacientes.⁴³⁻⁴⁵

Resultan insuficientes los estudios sobre intervenciones de rehabilitación para pacientes esquizofrénicos hospitalizados en hospitales psiquiátricos desde el punto de vista de la medicina física y rehabilitación.^{46,47}

Vita y Barlati,⁴⁸ encontraron evidencias del progreso en la recuperación de pacientes diagnosticados con esquizofrenia. Estos autores reconocen la efectividad de la rehabilitación psicosocial, pero los estudios que analizan fueron realizados en la comunidad.

Otro estudio consultado,⁴⁹ refiere la posibilidad de mejoras en pacientes esquizofrénicos una vez que se les introduce un programa de terapia ocupacional durante el periodo en que se encuentran hospitalizados. Estos autores describen la relación que pudo existir entre la aplicación de este tipo de programa con la

mejoría cognitiva y el funcionamiento social de los evaluados, pero los resultados se evaluaron en la comunidad.

Shimada y colaboradores,⁵⁰ consideran la posibilidad de la relación entre la aplicación de un programa de terapia ocupacional individualizado durante el periodo de hospitalización de los pacientes esquizofrénicos evaluados y la disminución de sus reingresos. En esta investigación, la evaluación de los resultados también se refieren a la comunidad.

En Cuba, en todos los hospitales psiquiátricos se realizan acciones de rehabilitación de los pacientes esquizofrénicos ingresados, pero estas se hacen sin una guía que le facilite al personal encargado de estas funciones la ejecución de acciones y actividades destinadas a la recuperación de estos pacientes. En ocasiones, la rehabilitación se produce a medida que surgen y se detectan las necesidades del paciente sin una adecuada planificación en función de objetivos terapéuticos.

Un estudio realizado en el Hospital Psiquiátrico de La Habana,⁵¹ demostró que los pacientes esquizofrénicos incluidos tenían un bajo nivel de bienestar psicológico, que provocaba en ellos sentimientos de enajenación y baja autoestima por su condición de enfermos. Muchos de estos pacientes no contaban con una red sólida de apoyo familiar que, unido al sentimiento de minusvalía y la inseguridad, les producía una percepción desfavorable de las situaciones y experiencias obtenidas a lo largo de toda la vida.

Muchas veces, la rehabilitación que se implementa a pacientes esquizofrénicos hospitalizados a nivel nacional se desarrolla sobre el postulado de la existencia solo del déficit, con énfasis en los procesos afectados, sin que se tomen en cuenta para esta rehabilitación las potencialidades del sujeto. A pesar de que se reconoce esta situación, no se cuenta con suficientes investigaciones sobre este tema.⁵²

La atención al paciente esquizofrénico implica que los proveedores de salud deben integrar la visión biologicista, que considera que la enfermedad mental es de causa orgánica, y el desempeño clínico para involucrar los aspectos psicológicos de orden familiar y social, para preparar al sujeto a adecuar las limitaciones de la enfermedad a su actividad diaria. Es necesaria la integración de

profesionales de los perfiles clínicos (Psiquiatría, Medicina Física y Rehabilitación, Medicina Interna, Psicología), epidemiólogos y trabajadores sociales para lograr avances en su intervención.

Lograr la independencia física de estos pacientes no es solo la posibilidad de una mejor movilidad, se basa en lograr el adecuado desenvolvimiento de las AVD y AIVD (actividades instrumentadas de la vida diaria) a partir de la mejora que se logra en las esferas cognitiva, afectiva y conductual. En la literatura revisada se constata que existen investigaciones que tratan de potenciar en estos pacientes sus relaciones con otros, pero son insuficientes las que integran las esferas psicológicas antes mencionadas en la rehabilitación para pacientes esquizofrénicos hospitalizados en hospitales psiquiátricos.

El análisis de estas limitaciones, en contraste con las demandas actuales que amerita la rehabilitación al paciente adulto esquizofrénico hospitalizado en hospitales psiquiátricos, constituye insuficiencias teóricas en el conocimiento de la rehabilitación a estos pacientes. En este sentido, se hace necesario contar con vías con qué y cómo actuar para mejorar la independencia física de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados, a partir de su rehabilitación.^{53,54} Al respecto y para contribuir a la pertinencia del problema científico que se trata, y brindar soluciones a este, se han publicado por el autor de la presente investigación artículos relacionados con la rehabilitación en Psiquiatría, teniendo en cuenta su conducta, cognición y afectividad.^{14,54}

Lo anterior pone en evidencia la necesidad de contar con programas que permitan mitigar los efectos que afectan de manera significativa la salud mental de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados en hospitales psiquiátricos. Estos pacientes, a pesar de que muchos no tienen posibilidad de retorno a un medio familiar, sí necesitan lograr mejores patrones de conducta, que incluyan disciplina laboral, sentimientos de utilidad, elevación de autoestima, y las habilidades sociales dirigidas a la comunicación, la asertividad, el manejo de estrés y la solución de problemas de la vida cotidiana, los autocuidados y las relaciones interpersonales.

Los programas de rehabilitación no deben estar centrados solo en lo ocupacional o en el entretenimiento, al hacer por hacer, tendrán que estar dirigidos a incorporar o reforzar en lo conductual del paciente habilidades importantes para la consecución de autonomía e integración.

La ciencia se enfrenta al desafío de promover una nueva mirada a la rehabilitación en pacientes con esquizofrenia que integre varias modalidades de intervención a partir de experiencias y evidencias de la rehabilitación en estas personas. El enfoque holístico de la rehabilitación integral proporciona el mejoramiento de la atención, aprendizaje, memoria, habilidades comunicacionales, funciones ejecutivas y calidad de vida en pacientes con trastornos mentales.

Considerar el papel de las funciones cognitivas conservadas, la reserva cognitiva, la metacognición, los estados afectivos, entre otros factores, desde un enfoque integral, puede abrir las puertas a nuevos modelos teóricos y metodológicos centrados más que en la restauración, en la potenciación de habilidades cognitivas y estrategias de compensación que permitan una mayor adaptación de los pacientes a su entorno. De aquí la necesidad de intervenir con actividades organizadas y dirigidas a un objetivo de carácter educativo, instructivo, cultural, recreativo y desarrollador que posibilite la remodelación psicológica del paciente.

En el Hospital Psiquiátrico Docente Provincial de Sancti Spíritus, se atienden adultos con diagnóstico de esquizofrenia, quienes representan a la mayoría de los pacientes según el Análisis de la Situación de Salud del 2018. Este análisis evidenció un deterioro en la independencia física, manifestado en su conducta, cognición y afectividad. La falta de información del equipo de salud mental sobre rehabilitación llevó a implementar un programa de capacitación.

De la situación problemática presentada, se desprende el siguiente problema científico: ¿Un programa de rehabilitación para pacientes adultos esquizofrénicos hospitalizados en hospitales psiquiátricos, que se integre con las acciones farmacológicas, permitirá mejorar la independencia física a partir de la mejoría afectiva, cognitiva y conductual de esos pacientes?

La investigación se centra en la hipótesis de que la implementación de un programa de rehabilitación integral para pacientes adultos esquizofrénicos

hospitalizados en hospitales psiquiátricos, que se integre con las acciones farmacológicas, permitirá mejorar la independencia física con mejoría afectiva, cognitiva y conductual de esos pacientes.

Objetivo General: Desarrollar un programa de rehabilitación integral para pacientes adultos esquizofrénicos hospitalizados en hospitales psiquiátricos, que se integre con las acciones farmacológicas, en función de mejorar la independencia física con mejoría afectiva, cognitiva y conductual de esos pacientes.

Tareas científicas:

- Determinación de los fundamentos teóricos y metodológicos que sustentan la rehabilitación integral del adulto esquizofrénico hospitalizado.
- Diseño de un programa de rehabilitación integral para el adulto esquizofrénico hospitalizado dirigido a su independencia física con mejoría afectiva, cognitiva y conductual.
- Valoración del programa de rehabilitación integral diseñado en función de su viabilidad y de la satisfacción de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados.
- Evaluación del programa diseñado después de introducido.

Desde el punto de vista teórico y teniendo en cuenta el contexto donde se realizó la investigación, se aporta el constructo “rehabilitación integral para el adulto esquizofrénico hospitalizado en hospitales psiquiátricos”, el componente de la asistencia médica encargada de desarrollar, desde la perspectiva biopsicosocial y espiritual, las capacidades funcionales y psicológicas de estos pacientes. Esta rehabilitación influye en la esfera psicológica afectiva, cognitiva y conductual del paciente esquizofrénico, para permitirle llevar una existencia autónoma y dinámica, dentro de sus limitaciones, al restablecer su movilidad, el cuidado personal, la habilidad manual y la comunicación.⁵⁴

Se aporta a la teoría un programa que trasciende las formas tradicionales trabajadas en la Rehabilitación Física del paciente esquizofrénico adulto hospitalizado. Se ubica al paciente en el centro del proceso y lo interrelaciona con

la teoría biomédica de la Neuroplasticidad con lo cual se enriquece la planificación, ejecución y control del proceso rehabilitador.

El aporte práctico se concreta en el programa para la rehabilitación integral al adulto esquizofrénico hospitalizado en hospital psiquiátrico, que brinda la metodología para llevar a cabo los procedimientos en los hospitales psiquiátricos. Ofrece estrategias para estimular la responsabilidad en la relación personal de salud-paciente, el crecimiento personal y el aprendizaje para la vida de todos los implicados.

Su rasgo distintivo es la rehabilitación integral que busca la independencia física del paciente con mejoría afectiva, cognitiva, conductual en función de la integración de la persona en condición de discapacidad al medio familiar, social y ocupacional. Se entrega una guía para el trabajo con estos pacientes que incluye la posibilidad de que sea de forma individual según las características de los mismos.

Esta rehabilitación está articulada con el desarrollo de habilidades funcionales, ocupacionales y sociales. En ella participan especialidades como la Psicología, la Medicina Física, la Terapia ocupacional, la Psiquiatría, la Medicina Interna, la Logopedia y foniatría y Trabajo social como expresión de las relaciones interdisciplinarias.

Tiene implícito un aporte social porque con la aplicación del programa de rehabilitación se lograría influir en la reinserción del adulto esquizofrénico al medio social y familiar, con la menor limitación posible y la mayor capacidad de independencia. En el programa están presentes la familia y las instituciones gubernamentales o las organizaciones de masas.

La socialización de estos resultados científicos conlleva a la implementación de espacios y procesos estratégicos de comunicación científica que involucren tanto la divulgación como la difusión del conocimiento. Brinda a las comunidades académicas la posibilidad de generalización y socialización oportuna y responsable de los resultados de la investigación, fortaleciendo su quehacer investigativo, su aporte en los procesos de innovación y aumentando el impacto de

las publicaciones en la sociedad. Los procesos de retroalimentación permiten la evaluación del desarrollo del programa y el aumento de su impacto regional.

La novedad científica se expresa en una concepción que identifica, perfecciona y da continuidad al proceso de Rehabilitación Física del paciente adulto esquizofrénico hospitalizado en hospitales psiquiátricos en virtud de un aprendizaje para la vida del paciente y la superación profesional del rehabilitador.

Da solución a la situación problemática relacionada con el deterioro de la independencia física de estos pacientes.

El informe se estructura en introducción, cuatro capítulos, conclusiones y recomendaciones, abordando desde los fundamentos teóricos hasta los resultados obtenidos y su discusión. En el primer capítulo se abordan los fundamentos teóricos de la rehabilitación integral del adulto esquizofrénico hospitalizado. En el segundo se expone el diseño metodológico de la investigación. En el tercero se muestran los resultados obtenidos en el proceso investigativo mediante el preexperimento y en el capítulo cuarto, se presenta la discusión de los resultados. Finaliza la tesis con la bibliografía utilizada y un conjunto de anexos que enriquecen la información ofrecida.

...

CAPÍTULO 1.

REHABILITACIÓN INTEGRAL DEL ADULTO ESQUIZOFRÉNICO

En este capítulo se presentan los fundamentos teóricos sobre la rehabilitación en psiquiatría para el tratamiento de los pacientes esquizofrénicos, se realiza un recorrido por los programas de rehabilitación para pacientes esquizofrénicos en salud, se alude a la rehabilitación integral de los adultos esquizofrénicos hospitalizados, características y tipos de esquizofrenia. Se incorpora a este capítulo la independencia física en el adulto esquizofrénico hospitalizado, la mejoría cognitiva, afectiva y conductual de la esquizofrenia, así como su diseño. Se aproximan las carencias teóricas encontradas en la revisión bibliográfica realizada en cada acápite relacionadas con el problema científico que se trata.

1.1. Rehabilitación en psiquiatría para el tratamiento de los pacientes esquizofrénicos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la rehabilitación como:⁵⁵ un conjunto de intervenciones diseñadas para optimizar la función y reducir la discapacidad de un individuo con condiciones de salud en interacción con su entorno. Condición de salud se refiere a enfermedad (aguda o crónica), trastorno, lesión o traumatismo.

Nace la rehabilitación con la aparición de secuelas invalidantes, donde la etiología y el tratamiento primario se han instituido y el hombre se encuentra ante su familia y la sociedad desprotegido social y económicamente a causa de sus deficiencias.^{56, 57} Con la rehabilitación a pacientes con esquizofrenia se busca la independencia dentro de sus limitaciones y que se integre a la sociedad, lo que se logra con una labor de equipo (inter- y multidisciplinaria), tanto en la evaluación como en el tratamiento. En ella intervienen varios integrantes con el objetivo de averiguar y valorar, cuantitativa y cualitativamente, las características de las dificultades funcionales y sociales.

La rehabilitación es un proceso complejo. Resulta de la aplicación integrada de muchos procedimientos para lograr que el individuo recupere su estado funcional

óptimo, tanto en el hogar como en la comunidad, en la medida que lo permita la utilización apropiada de todas sus capacidades residuales.⁵⁶⁻⁶⁰ Cuando se aborda la rehabilitación como área del conocimiento científico, se desenvuelve en el contexto de la sociedad y de la cultura. Interactúa con sus más diversos componentes para lograr un desempeño físico, sensorial, intelectual, psicológico y social del individuo afectado.

En el caso de pacientes esquizofrénicos hospitalizados, se persigue promover múltiples espacios y propuestas en las que los pacientes elaboren nuevamente nexos con su entorno, desde los distintos ámbitos de su vida, dado la interrupción en sus relaciones sociales por el tiempo que permanecieron internados. Cuando se realizan estas actividades es necesario considerar aspectos relativos a la integración del sujeto en la sociedad, teniendo en cuenta la realidad en la que se encuentran inmersos y de la que forman parte. La rehabilitación persigue lograr el mayor grado de autonomía que en cada caso sea posible, desarrollando las siguientes áreas ligadas a la calidad de vida:

- Adquirir o recuperar hábitos, destrezas, habilidades y competencias necesarias para su integración social.
- Prevenir cuadros de descompensación psicopatológica, sostener la estabilidad psíquica en prevención de posibles ingresos o reingresos.
- Propiciar el compromiso y mantenimiento del tratamiento psicológico y/o psicofarmacológico.
- Potenciar la autonomía personal ligada a una concepción de autocuidado y salud integral.
- Incrementar su red social.
- Recuperar y/o reforzar su red familiar.
- Conocer y utilizar adecuadamente los recursos comunitarios.
- Adquirir conocimientos básicos sobre determinados oficios y sobre tareas administrativas.
- Conocer y hacer efectivos sus derechos ciudadanos.

El modelo cubano considera la rehabilitación en salud mental, como un proceso dinámico en el que se integran y complementan las prestaciones asistenciales del equipo profesional y las prestaciones de entrenamiento en tareas de oficio/administrativas.⁶¹ Toda rehabilitación tiene componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.³⁶

El autor de la presente investigación considera la pertinencia del constructo Rehabilitación en Psiquiatría. Este está definido como el proceso que consiste en el restablecimiento y/o desarrollo de conocimientos y habilidades mediante el aprendizaje y el entrenamiento en personas que presentan alguna modalidad de discapacidad como consecuencia de un trastorno mental.³⁸

Tiene el objetivo de elevar los niveles de capacidad funcional y mejorar la calidad de vida desde el punto de vista biopsicosocial y espiritual. Presupone la inclusión de todos los especialistas que forman parte de un equipo de salud mental y no solo a los psiquiatras. No obstante, en esta definición no queda del todo claro el abordaje sistémico de las esferas psicológicas: cognitiva, afectiva y conductual.

Otros estudios abordan la rehabilitación de pacientes esquizofrénicos,^{37,39} pero no con el enfoque de integrar acciones terapéuticas (o de rehabilitación) específicas dirigidas a los síntomas que aparecen en estos pacientes en su esfera cognitiva, afectiva y conductual (positivos y negativos) de los adultos esquizofrénicos hospitalizados. La rehabilitación en psiquiatría constituye un complemento al tratamiento psicofarmacológico tradicional aportando mejoras en los aspectos deteriorados relacionados con las capacidades y características que se ven afectadas por la enfermedad.

El empleo de tratamiento farmacológico por sí solo resulta insuficiente para una rehabilitación integral que abarque todas las dimensiones de su cuidado. La rehabilitación psicosocial, además, ayuda a contrarrestar las consecuencias negativas asociadas con el uso de psicofármacos.⁶²⁻⁶⁴

No se pueden alcanzar objetivos terapéuticos con una atención fragmentada, es decir, enfocada solo en lo mental o lo físico. Cuando esto ocurre, se convierte en

una especie de obstáculo, ya que se le da prioridad solo a los síntomas psicológicos que rodean la enfermedad y se subestima u olvida la importancia de los síntomas orgánicos de la persona.⁶⁵

Durante las últimas décadas, la rehabilitación en psiquiatría ha desarrollado una extensa base de evidencias. Estas muestran que, hasta las personas con los trastornos más graves, pueden alcanzar una actividad funcional significativa, con objetivos dirigidos a lograr una vida independiente, empleo competitivo, relaciones personales satisfactorias y mejor calidad de vida.^{19,66, 67}

Las prácticas de la rehabilitación en psiquiatría son pragmáticas y están centradas en problemas del mundo real. Son estos aspectos los que las convierte en fortalezas para la rehabilitación integral.²⁰

Existen fundamentos esenciales que permiten relacionar científicamente los constructos que se abordan en esta investigación: rehabilitación integral del adulto esquizofrénico hospitalizado, independencia física, y mejoría afectiva, cognitiva y conductual de estos pacientes los que de manera interdisciplinar se interrelacionan entre sí. Las ciencias médicas incluyen tres componentes fundamentales: las ciencias biomédicas (básicas y clínicas), las ciencias de la salud pública y las ciencias sociomédicas, estos componentes se fusionan a partir de un enfoque interdisciplinar, comparten áreas de conocimientos comunes y se imbrican mediante las alteraciones fisiopatológicas.

Las ciencias biomédicas aportan al estudio de esta integración la manera en que las funciones neurológicas superiores se integran en un sustrato neuroanatómico común, la corteza cerebral, en la que entre las diferentes áreas que la conforman se establecen conexiones, se suceden complejos procesos fisiológicos a nivel celular y tisular, se producen y liberan neuromediadores y otras sustancias biológicas. De este trabajo armónico surgen, en su componente biológico, la vida vegetativa y la vida de relación de las personas, se desarrolla la personalidad y se conforma la psiquis, función superior del hombre.

Las ciencias socio médicas desde el propio desarrollo de la personalidad y la conformación de la psiquis reconocen en la socialización un principio fundamental y a su estudio se han dedicado las diferentes corrientes del pensamiento de las ciencias psicológicas. El doctorando asume la teoría histórico cultural de la formación de la psiquis iniciada por Vigotsky,⁶⁸ y continuada por prestigiosos investigadores.

Para la teoría histórico cultural, la personalidad se desarrolla mediante la integración de los componentes cognitivo instrumental, afectivo motivacional y volitivo regulatorio, por ende, la ruptura de esta unión en la esquizofrenia pudiera constituir un punto de partida para iniciar la rehabilitación. El autor de esta tesis defiende la idea de que en la rehabilitación integral del paciente esquizofrénico hospitalizado se requiere de un proceso de interiorización o socialización para transformar al paciente en un ente activo, consciente, orientado hacia un objetivo en condiciones socio-históricas concretas.

En la literatura consultada que aborda la fisiopatología de la esquizofrenia,⁶⁹⁻⁷¹ se describen varias etiologías que pueden dar lugar a que un individuo la padezca. Existen factores asociados a afecciones en los neurotransmisores: Dopamina, Acido gamma aminobutírico (GABA) y Glutamato, también se ha demostrado factores de riesgo ambientales, genéticos y los vinculados al neurodesarrollo. La combinación de ellos puede llevar a que se desarrolle la esquizofrenia. Los síntomas de esta enfermedad pueden ser controlados con los psicofármacos, pero la combinación con el ejercicio físico puede actuar de forma efectiva sobre los síntomas negativos que los aqueja.⁷²

El ejercicio físico, según nivel de tolerancia del paciente, influye en la estabilización de Dopamina y otros neurotransmisores, ejerce un efecto beneficioso sobre los trastornos que puedan estar presentes por causas de alteraciones del neurodesarrollo como es favorecer el desarrollo del hipocampo, pero actuará también sobre la esfera psicológica cognitiva, afectiva y conductual

logrando la mejoría en estas. Los efectos que se logran con el ejercicio físico llevan a una mayor independencia del paciente esquizofrénico.⁷³

Es común los altos niveles de cortisol y glucosa en el plasma de las personas con esquizofrenia.⁷⁴ Este desorden puede llevarlos a presentar síndrome metabólico (incremento de grasa visceral, hiperinsulinemia, resistencia a la insulina, dislipidemia e hipertensión).⁷⁵

El cortisol, indicador neuroendocrino de la exposición mantenida a situaciones estresantes, puede llevar a la inhibición de la actividad del eje hipotalámico-pituitario-adrenal provocando un incremento de la Dopamina con la consiguiente exacerbación de los síntomas negativos en el paciente esquizofrénico.⁷⁶ La práctica de ejercicios aeróbicos logra disminuir el Cortisol y eleva la Serotonina en estos pacientes según lo planteado por dos Santos *et.al.*⁷⁷

Sánchez y Martínez,⁷⁸ encontraron evidencias que muestran que la práctica del ejercicio físico aumenta la motivación intrínseca del paciente esquizofrénico, mejora su funcionamiento neurocognitivo, relaciones interpersonales y calidad de vida. Los programas de ejercicios, constituyen un apoyo en el tratamiento efectivo a estos pacientes.

La Neuroplasticidad,^{79,80} capacidades del tejido neuronal de organizar y reorganizar, asimilar y modificar mecanismos implicados en la comunicación intracelular, adaptando los procesos patológicos y de la normalidad según las demandas del entorno, sustenta la importancia de la Medicina Física y Rehabilitación en estos pacientes. La rehabilitación individualizada busca reintegrarlos de la mejor manera posible a un ambiente biopsicosocial adecuado. Con la rehabilitación integral, el sistema nervioso evoluciona por medio de la reorganización y adaptación de éste a estímulos recibidos en condiciones normales y patológicas permitiendo minimizar los efectos de las alteraciones estructurales y funcionales independientemente de la causa. Esto permite que el individuo mejore su funcionalidad en cuestión de calidad de vida, facilitando el afrontamiento a las situaciones que se presenten día a día.^{81, 82}

La rehabilitación física ejerce un efecto modulador sobre la Neuroplasticidad. Esto se logra a través de cambios plásticos en la representación cortical del movimiento o por aumento de la eficacia sináptica por desenmascaramiento o por plasticidad estructural que estabiliza los cambios que potencian las modalidades cruzadas, es decir, cortezas que habitualmente procesan determinada información que, al estar ausentes, dan entrada o procesan información de otras modalidades sensitivas.⁸¹

En estos pacientes se busca las habilidades aun presentes en ellos y a partir de estas incorporar otras perdidas. Se trata de lograr la remodelación psicológica al modificar sus patrones de comportamiento para ajustarse a las normas sociales. Existen recursos y técnicas de rehabilitación para contrarrestar la hospitalización que conlleva un rompimiento de los lazos familiares y comunales con efectos sumamente nocivos para la personalidad del paciente. Esta inicia desde el mismo momento del ingreso hospitalario, con la preparación de la familia para el regreso del paciente al hogar.

Ha de acortarse el internamiento haciendo uso no solo de los psicofármacos y la psicoterapia, sino también de la terapia ocupacional, no como un medio para pasar el tiempo, como algunos equivocadamente pueden interpretarlo, sino como método activo de tratamiento que posee una profunda significación psicológica y social. Es un medio en virtud del cual el paciente puede expresar los sentimientos que fortalecen su contacto con la realidad.⁸³

1.1.1. Los programas de rehabilitación para pacientes esquizofrénicos en salud

En Cuba, ocho programas nacionales garantizan la atención a las personas con discapacidad.⁸⁴ En la literatura revisada, existen programas de rehabilitación integral al adulto esquizofrénico, pero no al que está hospitalizado en hospitales psiquiátricos.⁸⁵ Los revisados para este tipo de pacientes tampoco exhiben acciones de carácter sistémico para lograr la independencia física (conducta,

cognición, afectividad y síntomas positivos y negativos) de los pacientes con esquizofrenia hospitalizados en hospitales psiquiátricos.^{40-42,86}

Al consultar el Programa de rehabilitación neurocognitiva para pacientes con trastorno mental grave, de Sutu et al.,⁶⁴ se incursiona en el deterioro cognitivo como un síntoma central en trastornos mentales graves como la esquizofrenia, con un impacto negativo en el funcionamiento psicosocial. Las autoras plantearon la importancia de encontrar un método no farmacológico que mejore estas funciones.

Fue revisado el Programa de salud mental y psiquiatría.⁸⁷ Este describe el conjunto de actividades a realizar en los distintos establecimientos para la promoción de salud mental y la prevención, detección, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales.

Se consultó el Programa de rehabilitación y reinserción psicosocial en salud mental,⁸⁸. La rehabilitación en este programa, cuenta con dos estrategias principales:

- 1) ayudar al paciente a desarrollar o adquirir de nuevo habilidades sociales e instrumentales
- 2) modificar los soportes del entorno físico y social del paciente para compensar las limitaciones y minusvalías que puedan permanecer (metáfora de “la llave y la cerradura”).

La bibliografía consultada ofrece vías de rehabilitación integral del adulto esquizofrénico que pudieran contribuir a su independencia física, pero no fue direccionada a pacientes hospitalizados en hospitales psiquiátricos.⁸⁹ Otras no ofrecen un programa con enfoque conceptual de las esferas psicológicas y síntomas mencionados como un todo.^{43,87}

Lograr la rehabilitación integral para pacientes esquizofrénicos en condiciones de hospitalización es fundamental. Esto les permite restablecer su movilidad, cuidado personal, habilidad manual y comunicación lo que constituye un vacío teórico en las ciencias que estudian estas perspectivas.

Según la revisión bibliográfica realizada, no existe una guía uniforme en Cuba para que el personal encargado del cuidado y seguimiento del paciente esquizofrénico hospitalizado mantenga la rehabilitación integral del mismo.⁹⁰ Los protocolos de actuación o guías de buenas prácticas clínicas,⁹¹ carecen de la integralidad necesaria que se recomienda. Existen guías para la rehabilitación de estos pacientes asumidas en diferentes países,⁹²⁻⁹⁴ pero no existe una indicación para que estas se pongan en práctica en el contexto que se desarrolló la presente investigación.

La formación de los tecnólogos en terapia ocupacional en Cuba, trae implícito el trabajo con pacientes que presentan trastornos mentales graves, pero no cuentan con un programa con la metodología para hacer las acciones y actividades que se planifiquen. En la formación de los especialistas en Medicina Física y Rehabilitación,⁹⁵ no se incluye la preparación para la atención a estos pacientes. Estas lagunas son elementos que están a favor de la puesta en marcha de un programa de rehabilitación que de forma integral contribuya a la mejoría de los adultos esquizofrénicos hospitalizados.

La concepción de un programa de acciones y actividades desarrollado a partir de las características de los futuros beneficiarios, traería mayor estado de satisfacción de estos. En las guías revisadas el denominador común consiste en que el plan de tratamiento tiene que tener en cuenta el entorno, los tratamientos que se utilizarán y las áreas a tratar.

Con los diferentes formatos de rehabilitación, los pacientes serán dirigidos, pero también es necesario tener en cuenta los criterios de estos, de los cuidadores y personal involucrado en la atención rehabilitatoria. Los planes de tratamiento responderán a las necesidades de los beneficiarios, ser prácticos, factibles y flexibles; continuamente reevaluados y modificados según sea necesario.⁹⁶

No contar con programas de rehabilitación integral del adulto esquizofrénico hospitalizado, de acuerdo con la bibliografía consultada al respecto y en opinión del autor de la presente investigación, invalida la contribución a la independencia

física de este tipo de pacientes en función de su mejoría afectiva, cognitiva y conductual. Esto frena la posibilidad de la reinserción social necesaria para estos pacientes.

1.2. Rehabilitación integral de los adultos esquizofrénicos

Este tipo de rehabilitación se hace necesaria teniendo en cuenta los elementos estructurales acordes con el grupo etario, de modo que contribuyan a evitar discapacidades físicas. Esta rehabilitación deberá responder a cada paciente, según características propias y niveles de rehabilitación en el que se clasifique.

En el uso sereno y constructivo de las manos para hacer cosas, aún por los individuos más afectados, se puede hallar una extraña paz. Esto los hará más aptos para aceptar otras formas de tratamiento para beneficiarse con ellas.

Una vez reinsertado el paciente se debe continuar con actividades de rehabilitación. Estas pueden desarrollarse en:

Hospital diurno. En este sistema, los pacientes vienen al hospital y trabajan en algunos de los talleres terapéuticos cumpliendo un horario laboral. El paciente no rompe con su familia ni con la comunidad, y, por otra parte, sus ingresos al hospital disminuyen evitándose los efectos de la hospitalización.

Talleres protegidos. Funcionan fuera del hospital. En estos el objetivo principal es la protección y rehabilitación del enfermo. El paciente trabaja en una atmósfera terapéutica que lo hace sentirse seguro al dar sus primeros pasos en el trabajo o reintegrarse a él. Además, el enfermo recibe un incentivo terapéutico monetario, toma sus medicinas, recibe el beneficio terapéutico del trabajo y se transforma de nuevo en miembro activo de la comunidad.

Hogares transitorios. Son viviendas que funcionan como albergues para pacientes que carecen de familiares; los enfermos pueden trabajar en los talleres del hospital o bien ubicarse laboralmente y utilizar las casas como un medio transitorio mientras se estabiliza su situación socio ambiental. También, los

pacientes tienen amplia autonomía organizándose internamente para las tareas de aseo, disciplina y aspectos culturales.

Círculos terapéuticos. Pueden expresarse espontáneamente, organizados y dirigidos por ellos mismos con la cooperación del equipo que presta su auxilio siempre que este sea solicitado. La función del círculo terapéutico es la de prevenir al paciente de la alienación social.⁹⁷

En ninguna de estas variantes se interfieren las responsabilidades laborales o familiares del paciente. La familia, en ciertas ocasiones, puede participar en algunas actividades.

Cuando se trabaja la rehabilitación de pacientes esquizofrénicos, se hace teniendo en cuenta los niveles de rehabilitación según el trabajo que pueden realizar. Esto tiene el objetivo del restablecimiento o desarrollo de habilidades y conocimientos en pacientes que padecen algún tipo y grado de discapacidad como consecuencia de un trastorno mental, elevar los niveles de capacidad funcional y mejorar su calidad de vida para poder reincorporarlos a una vida social útil.

Niveles de rehabilitación:⁹⁸

El nivel I de rehabilitación incluye a aquellos pacientes que no desarrollan una actividad socialmente útil. Son dependientes a la hora de realizar cualquier actividad, las cuales tienen lugar en talleres intrahospitalarios creados para este fin.

Dentro del nivel II se sitúan los pacientes que desarrollan una actividad social útil, y tienen independencia parcial en el desarrollo de su actividad. Asisten al departamento de Terapia Ocupacional donde realizan actividades más especializadas, o se incorporan a brigadas, talleres o departamentos intrahospitalarios para laborar conjuntamente con los trabajadores.

Se clasifican en el nivel III los pacientes que desarrollan una actividad social útil con mayor grado de independencia, mantienen vínculo con la comunidad y reciben algún tipo de estímulo por la actividad. En el nivel IV están los pacientes

que desarrollan una actividad social útil y realizan trabajos que exigen buena atención y un raciocinio casi normal, tales como cultivos y confecciones, entre otras. Los pacientes que están en el nivel V realizan trabajos iguales al de un obrero normal.

Es necesario realizar entonces una atención integral y buscar con ello el mejoramiento de la vida de la persona enferma. El apoyo familiar y social, la autonomía económica, el soporte residencial o las dificultades en las actividades de la vida diaria, influyen en la evolución y se convierten en dianas de las intervenciones para la rehabilitación a las personas esquizofrénicas para mejorar su ajuste funcional e inclusión social.

1.2.1. Esquizofrenia, características y tipos

La esquizofrenia afecta las emociones y el comportamiento. Los síntomas llegan a influir en diversos procesos psicológicos, como la percepción (alucinaciones), cuando piensan que leen su mente; la comprobación de la realidad (delirios), cuando en una conversación comienza a hablar de otro tema, se pierden y resulta imposible dialogar coherentemente con ellos; los sentimientos (afecto plano e inapropiado) no expresan lo que realmente sienten.

Por esa razón a veces es incómodo para algunos convivir con una persona que padezca esta enfermedad.^{99, 100} Es un trastorno que afecta alrededor de 7 a 8 personas de cada 1 000; comienza entre los 15 y los 35 años como tal, y es una enfermedad que, cuando se presenta, el individuo permanecerá con ella por el resto de su vida.¹⁰¹

La evidencia científica de este padecimiento realmente sugiere que la razón principal de que se sufra inicia por acontecimientos estresantes, dificultades de relación dentro de la familia o por un estado de shock como consecuencia de algún acontecimiento de gran impacto emocional.¹⁰² Esta enfermedad afecta de distinta forma. Existen dos grupos basados en la presencia de síntomas positivos y negativos; pero normalmente siempre padecen de los dos.⁵

Como enfermedad del sistema nervioso central, cuya aparición se da en cambios de comportamiento que suelen ser habituales o no habituales, en la esquizofrenia existen factores positivos y negativos.¹⁰³ Esta enfermedad se caracteriza por la alteración de sentimientos (afecto), la forma de pensar y, por supuesto, la conducta de la persona.⁵⁹ Se produce una disfunción social, académica y laboral significativa, a pesar de que la persona posea las habilidades cognitivas pertinentes.

Existen diferentes tipos de esquizofrenia debido a sus síntomas y con signos diferentes entre ellos. Los síntomas positivos se caracterizan por las ideas, comportamientos y percepciones de la persona, que no coinciden con la realidad por lo que resultan incomprensibles a los demás, pareciendo que el enfermo se inventa cosas o historias porque él percibe otra realidad; el paciente no tiene consciencia de su enfermedad y no es recomendable contraponerse a ellos.¹⁰⁴

Todo paciente con esquizofrenia puede presentar ciertas características como:¹⁰⁵

- Alteraciones. Se dan específicamente en la conducta y son un tanto extravagantes, fuera de lugar y sin finalidad concreta.
- Desorganización. Es aquella incapacidad para decir u ordenar algún pensamiento de forma clara, lo que lleva a expresarlo de una forma poco normal, carente de sentido y de lógica.
- Alucinaciones. El enfermo refiere la existencia de estímulos, sin que realmente existan. Lo más recurrente es que la persona esquizofrénica suela escuchar voces cuando se encuentra sola o simplemente nadie le habla, aunque estas alucinaciones no solo son a nivel auditivo, sino que pueden ser gustativas o visuales.

Cuando las alucinaciones son táctiles o cenestésicas, la persona tiene sensaciones no correspondientes con los estímulos que recibe en ese momento (ardor en la piel o quemazón, sensación de aire frío, entre otras). Si son olfatorias, percibe olores que no se corresponden con el lugar en el que está o simplemente no existen.

Las alucinaciones gustativas se producen cuando se percibe sabores anormales o inventos de sabores (tierra, cemento, cal). Si son visuales, observa cosas más allá de lo real: ataques, objetos extras o gente que no se encuentra allí.

- Aislamiento. La persona suele perder el interés y la capacidad de socializar y llega a quedar solitario.
- Afectividad aplanada. El paciente esquizofrénico reduce su capacidad de expresarse, está apático, nada le interesa, reduce sus movimientos, deja de gesticular, disminuye el tono de la voz, su mirada es inexpresiva y al hablar no emplea muchas palabras.
- Delirios. Son aquellas ideas falsas e ilógicas que crea la persona interpretándolas de forma errónea. Entre ellos están los delirios de persecución, cuando cree que hay algo o alguien que lo está viendo o lo persigue; los delirios de grandeza, cuando piensa que él es más que todos, que es invencible; los delirios de perjuicio, cuando la persona cree que todos están en su contra y desean dañarlo.

Aunque no están definidos como característica típica, existen también los llamados factores negativos, los que son más difíciles de reconocer ya que se encuentran de forma disminuida y, por tanto, no llaman la atención en un primer momento: la persona se manifiesta de manera antisocial, su apariencia es desaliñada, es apático, deja de disfrutar las cosas que le gustaban o solía hacer y se bloquea a la hora de establecer contacto con otras personas.

Tipos de esquizofrenia

La esquizofrenia se clasificaba en cinco subtipos fundamentales, Esquizofrenia paranoide, Esquizofrenia desorganizada, Esquizofrenia catatónica, Esquizofrenia simple y la Esquizofrenia hebefrénica. Según se declara en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su 5ta edición (DSM 5) y la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su 11na edición (CIE 11),^{106,107} estos subtipos eran solo constructos que proporcionaban alguna información sobre el cuadro clínico.¹⁰⁸

En la actualidad se utiliza como nomenclador: ¹⁰⁷

1. Esquizofrenia, primer episodio: personas que experimentan síntomas que cumplen los requisitos de diagnóstico de la esquizofrenia (incluida la duración), pero que nunca antes han experimentado un episodio en el que se cumplan los requisitos de diagnóstico de la esquizofrenia.
2. Esquizofrenia, episodios múltiples: personas que experimentan síntomas que cumplen los requisitos de diagnóstico para la esquizofrenia y que también han experimentado previamente episodios durante los cuales se cumplieron los requisitos de diagnóstico, con una remisión sustancial de los síntomas entre los episodios. Algunos síntomas atenuados pueden permanecer durante periodos de remisión y pueden haberse producido remisiones en respuesta a la medicación u otro tratamiento.
3. Esquizofrenia continua: han estado presentes todos los síntomas y los requisitos de definición de la esquizofrenia durante casi todo el curso de la enfermedad por un período de al menos un año, con períodos muy breves de síntomas por debajo del umbral en relación con el curso general.

Se introduce en la CIE 11 un especificador de síntomas como reemplazo de los subtipos de esquizofrenia. Se registra la información sobre la presencia o ausencia de síntomas, su curso longitudinal, la respuesta al tratamiento y el pronóstico en el trastorno. ¹⁰⁹

Las categorías del especificador incluyen los síntomas positivos, negativos, depresivos, maníacos, psicomotores y déficits cognitivos. ¹¹⁰ Este último, aunque no se ha considerado un síntoma nuclear de la esquizofrenia, su inclusión como especificador se basó en el papel que cumple en la recuperación psicosocial y funcional de los pacientes.

Estos especificadores captan de manera más precisa y dinámica los distintos síntomas de la esquizofrenia. Permiten evaluar la heterogeneidad clínica de la esquizofrenia de una manera válida y clínicamente útil. Brinda información sobre

la naturaleza de la enfermedad en un paciente en particular y permite evaluar el impacto del tratamiento en diferentes aspectos del trastorno. ¹¹¹

En el DSM-5 y la CIE-11, ^{112, 1113} los síntomas se dividen en ocho especificadores: alucinaciones, delirios, discurso desorganizado, comportamiento psicomotor anormal, síntomas negativos, alteración cognitiva, depresión y manía, los cuales deben ser evaluados con una escala que va de 0 (ausente) a 4 (severo). Para poder llegar al diagnóstico de esquizofrenia se tienen criterios que lo facilitan.

Criterios diagnósticos de la esquizofrenia (APA, 2013). ¹¹⁴

A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito).

Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):

1. Delirios.
2. Alucinaciones.
3. Discurso desorganizado (p.ej., disgregación o incoherencia frecuente).
4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).

C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este periodo de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos periodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el

Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).

D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.

E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej. una droga o medicamento) o a otra afección médica.

F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

Especificar si:

Los siguientes especificadores del curso de la enfermedad sólo se utilizarán después de un año de duración del trastorno, y si no están en contradicción con los criterios de evolución diagnósticos.

- Primer episodio, actualmente en episodio agudo: La primera manifestación del trastorno cumple los criterios definidos de síntoma diagnóstico y tiempo.

Un episodio agudo es el período en que se cumplen los criterios sintomáticos.

- Primer episodio, actualmente en remisión parcial: Remisión parcial es el período durante el cual se mantiene una mejoría después de un episodio anterior y en el que los criterios que definen el trastorno sólo se cumplen parcialmente.

- Primer episodio, actualmente en remisión total: Remisión total es el período después de un episodio anterior durante el cual los síntomas específicos del trastorno no están presentes.

- Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo: Los episodios múltiples se pueden determinar después de un mínimo de dos episodios (es decir, después de un primer episodio, una remisión y un mínimo de una recidiva).
- Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial.
- Episodios múltiples, actualmente en remisión total.
- Continuo: Los síntomas que cumplen los criterios de diagnóstico del trastorno están presentes durante la mayor parte del curso de la enfermedad, y los períodos sintomáticos por debajo del umbral son muy breves en comparación con el curso global.
- No especificado

Especificar si:

- Con catatonía.

Especificar la gravedad actual:

- La gravedad se clasifica mediante evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis: ideas delirantes, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave).

Las personas con esquizofrenia pueden mostrar problemas en el estado de ánimo, alteraciones del sueño, preocupaciones somáticas, problemas en la conducta alimentaria, ansiedad y miedos, así como déficits cognitivos y de cognición social. Falta de conciencia de los propios síntomas, aunque menos comunes, pueden asociarse la hostilidad y la agresión.

El 15 % de todas las personas a nivel mundial, sufre algún tipo de discapacidad. La primera causa de discapacidad es la intelectual (tasa de 10, 2 por 1 000 habitantes); le siguen por este orden, la físico-motora (8,25), la mental (5,3), la auditiva (4,6) y la visual (3,9).¹¹⁵

El 7 % de la población cubana tiene alguna que demanda una creciente atención y rehabilitación. Desde el año 2003 hasta la fecha, en Cuba ha disminuido la discapacidad intelectual en un 10,4 %, la físico-motora en 3,72 % y la visual en un 1,16 %; se ha incrementado el número de personas que padecen alguna discapacidad auditiva en un 5,3 %, los que padecen la discapacidad mental en un 3 %, en los que se manifiesta la mixta en un 1,1 % y en un 5,6 % la insuficiencia renal crónica, enfermedad también discapacitante.¹¹⁴

Las enfermedades mentales graves constituyen un problema social. La institucionalización (estadía) prolongada o la frecuencia de reingreso, con tiempos cada vez más cortos entre ellos, se ha convertido en una problemática, bien identificada, a enfrentar en las instituciones de salud especializadas en psiquiatría.

Se considera que no es posible abordar un problema médico de semejante magnitud, como la rehabilitación en psiquiatría, aislado del contexto sociopolítico y económico en que se desarrolla. Es válido destacar, en el caso de las enfermedades mentales, que la voluntad política del estado cubano ha estado siempre presente, junto a los sectores sociales, en la búsqueda de las mejores soluciones.

Para una adecuada asistencia a la población esquizofrénica se requiere de un abordaje capaz de integrar los diferentes servicios necesarios, más allá de componentes ideológicos. El carácter comunitario de la asistencia no se deriva exclusivamente del lugar donde se ejerce, hospitalario o extrahospitalario, sino de la capacidad del sistema para ofrecer mejores intervenciones en cada momento, con los mejores resultados, favoreciendo así que los pacientes se mantengan durante más tiempo en su ámbito y entorno socio familiar, con el mejor funcionamiento posible.⁶¹

La enfermedad mental, por su propia naturaleza, impacta no solo en los factores cognitivos, afectivos y de la personalidad, sino también en el desempeño de numerosos e importantes roles, como el trabajo y la reproducción. Es necesario

que las áreas de trabajo y socialización sean incluidas en las diferentes modalidades de tratamiento a utilizar. Un objetivo adicional importante del tratamiento es que el paciente presente y mantenga una imagen saludable.^{116, 117}

Las personas con trastornos mentales como la esquizofrenia viven cada vez más en la comunidad. Sin embargo, en esta visión no se contempla que el logro de su independencia física con mejoría cognitiva, afectiva y conductual, pudiera contribuir a un mejor estado de salud en correspondencia con los tratamientos recibidos.

1.3. Independencia física en el adulto esquizofrénico hospitalizado

Según da Costa y sus colaboradores,¹¹⁸ las personas con esquizofrenia deberían ser contemplados como seres humanos autónomos con garantías, derechos, libertades y responsables de sus propios actos. Esto les abriría oportunidades para obtener autonomía, acrecentaría la confianza en ellos y les generaría un sentido de vida diferente.¹¹⁹

Los individuos con esquizofrenia tienen la habilidad, como cualquier otra persona, de hacerse cargo de sus vidas y de realizar las diversas tareas cotidianas de forma autónoma. Y si esto no fuera posible debido a la gravedad y cronificación de este trastorno, la rehabilitación de estos debería tener en sus principales objetivos el promover y lograr niveles óptimos de independencia física y funcional.¹²⁰

Se ha evidenciado que las personas con esquizofrenia, siempre y cuando tengan una adecuada adherencia a sus tratamientos, son capaces de realizar actividades laborales de forma adecuada y de mantener un trabajo de forma eficaz.⁴² Aunque el trabajo puede suponer un estrés añadido al paciente, el empleo brinda una sensación de responsabilidad y satisfacción, lo que contribuirá al mejoramiento de la salud mental y de su calidad de vida.¹²¹

Las personas esquizofrénicas institucionalizadas sufren pérdidas asociadas a su condición. Disminuye su capacidad funcional traducida en incapacidad para

realizar AVD referidas al autocuidado, como vestirse, comer, bañarse, movilizarse, entre otras, y AIVD de la vida independiente como comprar, tomar transporte público, subir escaleras, cocinar, entre otras.¹²²

Cuando se habla de independencia física, se refiere al estado de una persona que no necesita de otra para la realización de actividades de la vida diaria (AVD). No se depende de otro para hacer algo, o no se quiere depender.²⁴

Hacer que los adultos esquizofrénicos mantengan su independencia en cuanto a la realización de las AVD, es de vital importancia.¹²³ Para ello es necesario preservar el estado general que tienen. En ocasiones, no es el funcionamiento de la persona con esquizofrenia el que está alterado, sino la percepción social y familiar de lo que estas personas son capaces o no de realizar.¹²¹

El estímulo a la realización de actividades físicas es una forma de que se mantengan activos. Es importante motivarles a participar en actividades que implican acciones de tipo personal y social, como puede ser cuidar su dieta, y rodearles de cariño donde la familia juega un papel preponderante. Existe una relación significativa entre autonomía e independencia del adulto y su deterioro como resultado de la institucionalización.¹²⁴ El mantenimiento o incorporación de aspectos vocacionales en estos pacientes, la mejoría en la esfera conductual y afectiva, conllevaría a una posible reinserción social en aquellos pacientes con mayores posibilidades de adaptación al medio.⁹

1.4. Mejoría cognitiva, afectiva y conductual de la esquizofrenia

La finalidad de la rehabilitación psicosocial es mejorar la calidad de vida y el bienestar del paciente, así como su inclusión en la sociedad. Por lo tanto, la rehabilitación psicosocial consiste en trabajar con el paciente su autonomía e independencia, así como sus competencias sociales y su incursión en un puesto de trabajo.

Una terapia rehabilitadora se asienta en dos ejes principales:

Trabajar con el paciente en sus competencias deficitarias (sociales, cognitivas, emocionales).

Trabajar en su adaptación a la vida cotidiana.

Bajo estos objetivos, el programa de rehabilitación social debe cumplir las siguientes funciones:

Ayudar al paciente a la aceptación y normalización de su enfermedad.

Contribuir a que el paciente acepte su situación, sepa reconocer su sintomatología cuando esta se presenta y se comprometa con el tratamiento tanto farmacológico como psicológico.

Asesorar y apoyar a la familia.

No solo el paciente tiene que afrontar su enfermedad para su recuperación, también las personas que comparten su vida, necesitan entender y aceptar la afección de su familiar. Es importante trabajar la tolerancia al estrés y crear nuevas dinámicas dentro del seno familiar que facilite la recuperación del paciente. Se ha demostrado que los pacientes cuyas familias participan en los programas de rehabilitación, sufren menos recaídas con la consecuente mejora de las competencias más afectadas o deficitarias del paciente y la potenciación de sus fortalezas.

Con el objetivo de que el paciente sea autónomo, parte de la rehabilitación se enfocará en la reeducación de hábitos saludables y rutinas cotidianas. Se trabaja para alcanzar en el paciente una buena higiene personal y alimentación, la práctica de ejercicios físicos, el uso del vestuario adecuado, del transporte público y el manejo del dinero.

Inserción laboral y tiempo de ocio

Si la rehabilitación psicosocial está orientada a que el individuo pueda llevar una vida lo más normalizada posible, la inclusión del paciente en el mundo laboral es clave para su recuperación. Y no solo para que alcance cierta independencia económica, sino también para garantizar su desarrollo integral.

Desempeñar un trabajo, así como participar en actividades de ocio grupales, amplía su red social al mismo tiempo que le ayuda a reforzar sus destrezas sociales. Otro beneficio de la inserción laboral es la mejora de la autopercepción

y la autoestima porque sentirse valioso y capaz, repercute en su estado emocional positivo.

En el proceso de inserción laboral del paciente, se evalúan las destrezas y potenciales del individuo y orienta sobre la formación profesional más adecuada a su perfil. En el caso de que sea necesario, puede incluir al paciente en programas de inserción laboral comunitarios. Se enfocará la rehabilitación psicosocial para mejorar la adaptación del paciente a su puesto de trabajo, siempre llevando un seguimiento estable.¹²⁵

Varios autores reconocen los déficits en atención, memoria y función ejecutiva como los más comúnmente observados en pacientes esquizofrénicos,^{113,114} estos se relacionan con un funcionamiento anormal de la corteza prefrontal, dorso lateral y con defectos en su conectividad con otras áreas cerebrales.⁸⁵ Otros proponen un modelo que se centra en un aspecto funcional de la discapacidad social en la esquizofrenia, desconexión social, tanto del paciente con la sociedad como de la sociedad con el paciente esquizofrénico.¹²⁶

Otro trabajo formula un modelo de red en el que se relacionan los síntomas (positivos, negativos, desorganización, hostilidad y malestar emocional) con la neurocognición, la cognición social y la metacognición. Los resultados sugieren que el nodo representado por los síntomas cognitivos es el más central en la red.¹²⁷

Existen diseños para mejorar la cognición, tales como la Terapia Psicológica Integrada,¹²⁸ la Terapia Neurocognitiva Integrada,¹²⁹ la Terapia de Rehabilitación Cognitiva,¹³⁰ la Cognitive Enhancement Therapy,^{131,132} y el Programa de Rehabilitación Cognitiva en Psicosis (REHACOP),¹³³ entre otros. Estos abordan áreas como la atención, el lenguaje, el aprendizaje y la memoria, actividades de la vida diaria, funciones ejecutivas, habilidades sociales y psicoeducación. Si bien los resultados anteriores sugieren que puede mejorar el rendimiento neuropsicológico, estos dan una posible solución al problema cognitivo de estos

pacientes, pero no abordan con eficiencia la necesidad de la integración para tratar el aspecto afectivo y conductual.

Los programas de rehabilitación en psiquiatría, deberán estar unidos al interés de la independencia física de estos pacientes, en función de una mejor integración social. Autores de diferentes países de Europa, América y Asia, refieren el enorme desafío que representan los pacientes esquizofrénicos por su larga estadía hospitalaria. Igualmente consideran necesario establecer programas de atención que favorezcan su funcionalidad.¹³⁴

Estos autores subrayan la necesidad de ampliar nuevas áreas de investigación con el objeto de mejorar la eficacia de los tratamientos rehabilitatorios existentes. En este aspecto el autor de esta investigación coincide con los resultados alcanzados por las antes mencionadas, considerando la aplicación de un programa de rehabilitación integral sustentado en las tres esferas psicológicas afectadas en este tipo de paciente.

El objetivo es optimizar el desempeño en roles sociales, vocacionales, educacionales y familiares para alcanzar la mejor calidad de vida y productividad posible en el paciente esquizofrénico.¹³⁵ Es esencial lograr un sistema de trabajo menos rígido, que sea ágil, flexible, adaptable, con capacidad de ajuste, según demandas y necesidades. Es importante mantener una coherencia del progreso de la rehabilitación que alcance metas de mejoría a mediano y a largo plazo, y se ajuste a las diferentes etapas evolutivas y vitales del paciente.

También los programas de rehabilitación deberán incluir el trabajo con la comunidad para reducir los obstáculos para la plena integración de las personas esquizofrénicas que ocasionan el estigma y la discriminación. Estudios realizados en Europa y América Latina, demuestran la estigmatización que sufren estos pacientes por trabajadores del sector de la salud.^{131, 136}

La familia constituye una institución decisiva para el desarrollo personal y social, por lo que influye en todas las manifestaciones de la personalidad, incluso en el

proceso salud-enfermedad mental. A su vez, la personalidad del individuo repercute en el funcionamiento familiar.¹³⁷

Por lo general, en ellos se manifiesta la pérdida de posibilidades de realización personal al estar inmersos en un contexto de dependencia, resignación, búsqueda de comprensión, apoyo y disfrute. Estos están ávidos de una vida sin estigmas, con seguridad y afecto, en la que se equilibre la necesidad de aislamiento con la de contacto social y en la que la enfermedad no sea el centro.¹³³ Los programas que se apliquen a estos pacientes han de tener en cuenta los aspectos antes mencionados.

El primer programa de rehabilitación cognitiva sistematizada y protocolizada es el de Terapia Psicológica Integrada (IPT) ,¹³⁸ de formato grupal. Trabaja la estimulación cognitiva, la percepción, la comunicación verbal, las habilidades sociales, la resolución de problemas interpersonales y los contenidos emocionales para disminuir el estrés.

Otro programa es la Terapia de Rehabilitación Cognitiva (TRC) ,¹³⁹ que aborda, de forma individual, los déficits cognitivos en atención, memoria y funciones ejecutivas. La Terapia de Mejora Cognitiva (CET) ,¹⁴⁰ diseñada para pacientes ambulatorios, estabilizados y con cierto nivel intelectual socioeducativo, fortalece las habilidades perceptivas y cognitivas para el desempeño social de la persona.¹⁴¹

El entrenamiento de habilidades sociales, indicado para cualquier fase de la enfermedad, adiestra las de afrontamiento ante situaciones estresantes. Este estará en función de mejoras en asertividad, resolución de problemas, aumento de altas hospitalarias y prevención de recaídas mediante el refuerzo positivo.

Este tipo de rehabilitación incluye el automanejo de la medicación y autocuidado, la comunicación, el reconocimiento de síntomas, evitar el consumo de sustancias nocivas y la integración social en la comunidad, con el objetivo de potenciar sus recursos individuales y la red de apoyo social.¹³⁴ Autores como Beltrán et al.,¹⁴² y Rodríguez,¹⁴³ concuerdan en que para lograr mayor efectividad de la

rehabilitación de estos pacientes, es necesario combinar terapias que abarquen más de una esfera afectada.

Gran parte de los programas de rehabilitación a pacientes esquizofrénicos, tienen como objetivo principal la necesidad de la recuperación cognitiva desde el punto de vista de la Psicología, en detrimento de la consideración de lo afectivo y conductual, mucho menos la independencia física del paciente. La interdisciplinariedad necesaria en el tratamiento integral no se ve bien reflejada en la literatura revisada para la presente investigación. El Programa de Reconocimiento Afectivo (TAR) ,¹³¹ propone mejorar el reconocimiento de las emociones faciales, pero no aborda lo conductual y lo cognitivo.

Lo expuesto hasta aquí demuestra que, para lograr una óptima rehabilitación de los pacientes esquizofrénicos, es necesario combinar tanto lo afectivo, como lo conductual y cognitivo. Estas funcionan como un sistema integrado.

El enfoque inicial del tratamiento en esquizofrenia consistía en mantener al paciente libre de síntomas psicóticos, recaídas y hospitalizaciones. Pero era necesario incluir otros criterios, como lograr una vida productiva, recuperar la autonomía y alcanzar bienestar.

Es vital reconocer a la rehabilitación como un proceso que, de la misma manera que ayuda al paciente, también ayuda a la familia a atenuar sentimientos angustiosos y situaciones perjudiciales para la vida del grupo familiar, con el desarrollo de una adecuada calidad de vida. La rehabilitación integral en psiquiatría, como tratamiento para la esquizofrenia, no se le realiza al paciente, se lleva a cabo con el paciente.

Se requiere entonces ampliar la visión de la esquizofrenia más allá de lo psicótico, entendiéndola como un prisma en el que la imagen resultante depende de muchas circunstancias; la atención familiar, la aceptación social, el apoyo económico, entre otros. Se busca que se permita la recuperación de la vida del paciente como propia, y no como un anexo al diagnóstico que lo ha condenado a la marginación social.¹⁴⁴

Diversos estudios reflejan en sus resultados la mejoría de los pacientes a los que se les aplicaron programas de intervención específicos para algún campo afectado,^{145, 146} pero no incluyen intervenciones para lograr cambios positivos en los niveles cognitivo, conductual y afectivo que mejoren la independencia física. González y Rodríguez,¹⁴⁷ hacen un análisis de la metodología descrita en múltiples programas de rehabilitación del paciente esquizofrénico, quienes corroboran la importancia de la rehabilitación cognitiva como elemento fundamental.

Todos estos programas están dirigidos a fomentar la reinserción social del paciente esquizofrénico, pero no se aborda de forma sistémica los aspectos afectivos, cognitivo y conductual como un todo. Como en otros, se trabaja igualmente en los diferentes campos afectados por separado.

En tal sentido, es necesario lograr que en el paciente esquizofrénico disminuya la percepción de falta de seguridad personal, condiciones de vida precaria, estigmatización, conflictos interpersonales y desempleo, entre otros aspectos, en la interacción con su medio ambiente. Es necesario partir de una rehabilitación integral centrada en un sistema de acciones, como proceso, dirigidas a desarrollar las capacidades funcionales y psicológicas en su esfera afectiva, cognitiva y conductual.

1.5. Concepción del programa de rehabilitación integral para el adulto esquizofrénico hospitalizado en hospitales psiquiátricos

La necesidad de intervenir por programas de rehabilitación integral dirigidos a pacientes con trastornos mentales graves se fundamenta en varios trabajos revisados.^{98, 147, 148} En esta concepción se coincide en que la rehabilitación en psiquiatría es aún mal comprendida pues se observa en ocasiones un esfuerzo mal dirigido muchas veces por desconocimiento del cómo hacerlo. El objetivo de estos estudios es la reinserción social del paciente, pero sin la integración de las diferentes especialidades, ni la concepción sistémica de acciones

encaminadas a la mejoría cognitiva, conductual y afectiva como un todo. Con frecuencia las investigaciones están dirigidas a pacientes que interactúan en un ambiente extrahospitalario.

Madoz-Gúrpide *et.al.*,¹⁴⁹ hace un recuento de los avances y desaciertos logrados con la implementación del nuevo enfoque de atención integral a pacientes con trastornos mentales. En este estudio se plantea la necesaria visión sobre que el paciente sea centro de su recuperación y la aplicación de programas que minimicen el estigma que estos sufren. Se basa en la atención que se realiza en los centros de salud mental comunitarios.

López y Laviana,¹⁵⁰ encontraron que existe una discrepancia entre la teoría y la práctica de la rehabilitación en psiquiatría. Plantean que, si bien es reconocida la necesidad de rehabilitar a estos pacientes, en la mayoría de los profesionales de la psiquiatría estas acciones se ven solo como responsabilidad de aquellos que se relacionan con los servicios de rehabilitación, sin reconocer la necesidad de integración. Este análisis se realizó también en el ámbito social comunitario.

Estos antecedentes confirman que los enfoques de intervención que se proponen en su mayoría están encaminados a los pacientes que se encuentran en la comunidad, sin abarcar a los pacientes hospitalizados en hospitales psiquiátricos.

En la exhaustiva revisión realizada, no se encontraron programas para la intervención integral desde los dominios de la Medicina física y rehabilitación que sean aplicables al objeto de estudio. Se encontraron otros programas que no responden a los objetivos de mejorar la independencia física en los pacientes esquizofrénicos hospitalizados en hospitales psiquiátricos con larga estadía.

La concepción teórica de un programa es el sustento de la intervención para el desarrollo de los sujetos a lo largo de su vida y la base de la orientación de normas organizativas y funcionales de esta unidad teórico-práctica.¹⁵¹ Un programa es el conjunto especificado de acciones humanas y recursos materiales diseñados e implantados organizadamente en una determinada

realidad social, con el propósito de resolver algún problema que atañe a un conjunto de personas,¹⁵² es la orientación a metas como respuestas a las necesidades de los beneficiados.¹⁵³

Los programas se rigen por los principios de prevención, desarrollo e intervención social e implican los diferentes agentes de la comunidad. Forman un sistema que fundamenta, sistematiza y ordena la intervención, que se orienta a priorizar y satisfacer las necesidades de desarrollo o de asesoramiento detectadas en los distintos destinatarios de dicha intervención.¹⁵⁴

Para esta investigación se toma como referente la concepción de programa de Pérez y Gardey.¹⁵⁵ Es la intervención teóricamente fundamentada, planificada, dirigida por unos objetivos, que tiene como fin satisfacer las necesidades que se diagnostican en un contexto específico, tiene como componentes el diseño, aplicación y evaluación, tiene en cuenta el currículo existente, y se basa en un enfoque de trabajo en equipo, identifica los resultados y desarrolla un sistema de evaluación continua.

El diseño de cualquier programa tiene diferentes fases.¹⁵⁶ La **fase de diseño** del programa de rehabilitación comprende la elaboración del esquema conceptual cuyos elementos integrantes son las teorías en que se basa, la metodología de intervención que propugna (de diseño, instrumental y didáctica) y los juicios de valor que se pueden realizar a partir de los resultados. El otro componente de la fase de diseño es la programación, en ella se precisan los resultados, se elaboran las orientaciones, se definen las acciones de los sectores implicados, y se preparan las estrategias correctivas y de control.

La programación sigue los siguientes principios:

- Principio de la continuidad (la decisión debe mantenerse sin adaptarse a una planificación rígida).
- Principio de la reversibilidad (las decisiones deben ser revisadas).
- Principio de la precisión inequívoca (es condición de la reversibilidad).
- Principio de la ausencia de contradicción (las decisiones deben ser

concordantes).

- Principio de la adecuación (las decisiones deben ser coherentes y adecuarse a las exigencias reales de la práctica).

El cumplimiento de las acciones precedentes conduce a la declaración de los objetivos, la metodología, los contenidos, la temporalización y los recursos.

La **fase de aplicación** es la constante intercomunicación con todos los elementos implicados en el programa, es la supervisión del desarrollo de sus actividades. Se lleva a cabo a través de tres bloques principales de actividades y tareas:

- Actividades de difusión-implicación y formación, orientadas a implicar de manera activa a los diferentes agentes.
- Actividades y tareas programadas que se concretan en la práctica.
- Actividades de seguimiento y control. Estas se concretan en decisiones derivadas de la evaluación.

En la **fase de evaluación** del programa se incluye la aplicación y evaluación de la propuesta en su diseño, en aplicación y resultados. En esta fase se seleccionan los instrumentos de evaluación, se aplican y efectúa el análisis y registro de las valoraciones. La fase consiste en realizar un seguimiento a lo largo del proceso que permita obtener información acerca de cómo se lleva a cabo, con la finalidad de enfocar la intervención orientadora en correspondencia a los datos obtenidos.

Se da la posibilidad de utilizar la intervención como recurso crítico para mejorar los procesos de acción. Permite valorar la calidad y los logros del programa para la posterior toma de decisiones de mejora, tanto del programa como del personal implicado y, de modo indirecto, del cuerpo social en que se encuentre inmerso.

En relación al contenido y objeto de evaluación, se tiene en cuenta su calidad, la de sus propios objetivos, de su diseño, de sus medios del propio sistema de constatación de sus resultados y sus propios resultados. La evaluación desde la

perspectiva del propio programa considera al programa en cuanto a objetivos, contenidos, recursos y evaluación; en su proceso de implementación y desarrollo; el programa como realidad llevada a cabo y como realidad dinámica; lo que implica la elección de un modelo de evaluación.^{157,158}

1.5.1. Diseño del programa de rehabilitación

Para el diseño del programa se partió de las evidencias aportadas por investigaciones consultadas y la metodología de intervención que propugna a partir de los resultados obtenidos. Luego se establecieron los objetivos, metodología, contenidos, temporalización y recursos que se implementarían.

• Metodología de intervención

La metodología de intervención que propugna el programa de rehabilitación integral para el paciente adulto esquizofrénico hospitalizado, se explica siguiendo un sistema de preguntas que permite caracterizar la esencia de la propuesta, sus vínculos, nexos, estructura, funcionalidad y utilidad para la rehabilitación integral de este paciente con los medios existentes en el hospital.

¿Por qué se trabaja?

Porque existe la necesidad de desarrollar una concepción teórico-metodológica que guíe la práctica procesual de la rehabilitación integral del paciente adulto esquizofrénico hospitalizado desde la posición de sujeto activo, a partir de sus necesidades desde la perspectiva físico-terapéutica o clínico-rehabilitadora, psico-social y de vida y sobre la base de las potencialidades condicionadas por la rehabilitación integral para la mejor reinserción social de estos pacientes.

¿Qué se trabaja?

El constructo teórico-metodológico “Independencia física del paciente adulto esquizofrénico hospitalizado con mejoría cognitiva, conductual y afectiva”.⁵⁴

¿Cómo se trabaja?

Con un programa de rehabilitación integral que esencialmente tiene un carácter

flexible, procesual, contextualizado en función de las necesidades de los pacientes. El eje central del proceso de intervención es la actividad grupal de la dinámica humana que se configura en la relación dialógica rehabilitador-paciente, en función de tareas relacionadas con el desarrollo físico y psicosocial alcanzado. La concepción de la evaluación es integral teniendo en cuenta los avances alcanzados por el paciente según criterios del propio paciente y del equipo de salud mental a cargo de aplicar el programa.

¿Dónde se trabaja?

El proceso no tiene un espacio único, se aplica según las situaciones de tipo organizativa, material, entre otras. Se sugieren los espacios naturales y áreas terapéuticas.

¿Cuándo se trabaja?

Una vez identificados los pacientes tributarios de incorporarse al programa de rehabilitación con diagnóstico previo de la enfermedad y teniendo en cuenta las necesidades de los pacientes. Para comenzar las sesiones de trabajo, se sugieren diferentes técnicas de participación y se planifican las actividades complementarias.

¿Quién trabaja?

Los elementos constituyentes de la relación dialógica rehabilitador (equipo de salud mental)-paciente en coordinación con factores de la institución, la familia y demás agentes socializadores.

¿Para qué se trabaja?

Para facilitar la continuidad del proceso rehabilitador en la comunidad a partir de la posición activa del paciente en la gestión de su validismo y mayor nivel de calidad de vida relacionada con la salud, para su futura reincorporación social. En el trabajo con el paciente adulto esquizofrénico se establecen las premisas para el aumento progresivo del esfuerzo personal con su implicación en el proceso, sin imponer.

Las actividades físicas deben realizarse, de ser posible, en contacto con la

naturaleza y la música como soporte adicional. La tendencia principal de las actividades físicas es facilitar la integración social y laboral y deben implicar la prevención del síndrome de desgaste profesional en el rehabilitador. Se debe procurar en cada sesión de trabajo del grupo, el desarrollo de la autoexpresión y la comunicación interpersonal a través del diálogo abierto. Se deben evitar las conductas sobreprotectoras. Es necesaria la constante superación del equipo de salud mental.

- **Evaluación del programa de rehabilitación**

Según el diseño de evaluación que implicó el pre experimento, la discusión con el equipo de salud mental, la entrevista a los pacientes y las formas de triangulación de la información, se le da cumplimiento a la fase de evaluación del programa de rehabilitación integral al paciente adulto esquizofrénico hospitalizado. Esta fase incluye la aplicación del programa con las actividades de seguimiento y control, la evaluación del programa tanto en su diseño, aplicación y a través del informe y discusión de los resultados del pre experimento. Otra forma de evaluación del programa de rehabilitación es la valoración de los especialistas.

Se mantuvo un seguimiento a lo largo del proceso que permitió obtener información acerca de cómo se llevó a cabo, con la finalidad de enfocar las acciones y actividades en correspondencia a los datos obtenidos. Esto permitió valorar la calidad y los logros del programa como base para la posterior toma de decisiones de mejora, tanto del programa como del personal implicado. Todo esto permitió abarcar el programa en su calidad, tanto la de sus propios objetivos, de su diseño, de sus medios o del propio sistema de constatación de sus resultados y en sus propios resultados.

La rehabilitación integral que se propone es un proceso terapéutico, educativo, formativo y social, que busca el mejoramiento de la calidad de vida y la plena integración de la persona en condición de discapacidad al medio familiar, social y ocupacional. Está articulada en el desarrollo de habilidades funcionales,

ocupacionales y sociales. Constituye un complemento junto a las variantes de tratamiento utilizadas psicofarmacológico y la estimulación eléctrica.

CAPÍTULO 2.

FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL PARA EL ADULTO ESQUIZOFRÉNICO HOSPITALIZADO

En este capítulo se aborda el diseño metodológico de la investigación. Se hace referencia a sus etapas y los métodos utilizados en el proceso investigativo. Para la realización del presente estudio, el diseño de investigación utilizado fue mixto.

Se integraron técnicas y procedimientos de la investigación cualitativa y cuantitativa con el uso de un pre experimento con exámenes pre y postest según la nomenclatura propuesta por Röhrig.¹⁵⁹

La estrategia de búsqueda bibliográfica para la realización de esta investigación se inició en enero del 2022 y se extendió hasta la culminación del informe final para mantener la actualización del tema. Se accedió al localizador de información en salud (Iis) en Infomed. Se efectuó la búsqueda en las bases de datos en línea Lilacs, Ebsco, PeDro, Cochrane Library, Pubmed, entre otras. Esto permitió dar respuesta a la primera tarea científica planteada.

Se evaluaron a los pacientes por el equipo de salud mental y Medicina Física y Rehabilitación antes y después de aplicar el programa. Para ello se aplicaron test y escalas utilizadas por los especialistas. Se articula la metodología de diseño, aplicación y evaluación de programas con la concepción metodológica de la investigación.

El proceso se fortalece por la interacción con los sujetos investigados y profesionales encargados de aplicar el programa y cuidado directo de los pacientes lo cual permitió continuamente planificar, diseñar, incorporar, modificar y perfeccionar en la medida que aparecieran las necesidades. Se enfatiza en una experiencia vivida en la investigación de una transformación socio-cultural en la que la población objeto de estudio interviene al identificar sus necesidades, junto al equipo de salud mental e investigador que interpreta los resultados y busca soluciones durante la discusión grupal.

Se tuvo en cuenta los cambios en las esferas cognitiva, afectiva y conductual que aparecieron, que podían favorecer la independencia física en ellos tras la aplicación del programa de rehabilitación integral para el adulto esquizofrénico hospitalizado. El estudio se dividió en cinco etapas (Anexo 1).

2.1. Etapas de la investigación

– Primera etapa. Diagnóstico (exploración y descripción): se desarrolló durante el periodo comprendido entre el 22 de enero y el 21 mayo del 2018, en el Hospital Psiquiátrico Docente Provincial de Sancti Spíritus. Durante el diagnóstico inicial existían 135 pacientes esquizofrénicos en los diferentes servicios de la institución diagnosticados por los especialistas en Psiquiatría del centro según los criterios establecidos en el DSM 5 y CIE 11. ^{112,113}

Las características que debían reunir los que serían incluidos en el estudio eran: ser menores de 60 años, más de seis meses de estadía hospitalaria y que no estuviesen en crisis o brote de su enfermedad. Una vez culminada la revisión de las historias clínicas de cada uno de los pacientes, por los especialistas en psiquiatría y el autor, existían 65 pacientes que reunían los criterios de inclusión los que fueron incluidos en su totalidad constituyendo la población de estudio (N = 65).

Del total de pacientes 41 eran hombres y mujeres 24. Se tuvieron en cuenta como criterios de salida del estudio la negación a continuar participando en el mismo por parte del paciente o tutor, brote o crisis de la enfermedad de base y la muerte del participante. Durante el estudio no existieron salidas.

Para poder diseñar el programa de rehabilitación se tuvo en cuenta las características de los pacientes seleccionados para lograr los cambios deseados en la autonomía de estos. Se evaluaron las acciones y actividades según edad, sexo, conducta, cognición, afectividad, independencia física y nivel de rehabilitación.

– Segunda etapa. Diseño del programa: se diseñó el Programa de Rehabilitación Integral para el adulto esquizofrénico hospitalizado (PRIAEH) en función de su independencia física con mejoría afectiva, cognitiva y conductual. Fue diseñado del 4 de junio de 2018 al 21 de enero de 2019. Se incluye el proceso de propuestas de acciones y actividades con la discusión para definir las más pertinentes según características de los pacientes, ejecutores del programa y contexto donde se realizó la investigación, así como el proceso de acreditación del curso de capacitación de los profesionales que intervendrían en el programa. Su objetivo fue resolver las necesidades, psicológicas y biomédicas de los adultos a este nivel, enfatizando en la independencia física de los pacientes con mejoría afectiva, cognitiva y conductual, así como de los síntomas de la enfermedad. Para ello se tuvieron en cuenta las dificultades que estos pacientes presentaban en las AVD y AIVD.

El programa trata de promover cambios de estilos de vida, hábitos y costumbres que favorezcan la independencia física de los pacientes adultos esquizofrénicos y retardar la aparición de brotes y de las discapacidades a que estas pudieran conllevar en su evolución. Lleva a identificar la necesidad de la atención oportuna en este grupo y estimula la participación comunitaria en la identificación y búsqueda de soluciones a los problemas de los estudiados.

Considera las modificaciones en el proceso de rehabilitación establecido para estos pacientes. El programa cuenta con actividades que implementan acciones que forman parte del sistema de trabajo del centro.

Las actividades y acciones que se propusieron se analizaron en el grupo de discusión formado por los integrantes del equipo de salud mental, investigador, y tutores. Se utiliza el grupo como generador de ideas bajo el procedimiento lluvia o tormenta de éstas de tipo colectivo para conocer actitudes o comportamientos ante una situación e inducir la reflexión. Estos encuentros se realizaron dos veces por semana (martes y jueves) en horarios vespertinos sin límite de horario.

En el grupo de discusión se explicaron los objetivos. Se presentaron los participantes. Se definieron las reglas. Se asignaron los observadores, que también estarían durante el proceso de aplicación del programa, tres profesionales vinculados al cuidado directo de los pacientes que no forman parte del equipo de salud mental (un asistencial de enfermería y dos de enfermería) capacitados para aplicar las guías de observación para la investigación (Anexo 2) y un moderador, el autor como médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación.

Las notas de los observadores garantizaron contar con la totalidad de la información. El registrador pudo observar y anotar otras expresiones no pronunciadas verbalmente. Los datos se resumieron en matrices. Se escogieron los mejores aportes.

La discusión grupal permitió identificar las necesidades, establecer los objetivos del programa, planificar, diseñar y aplicar las actividades y su sistema de control, la retroalimentación de la ejecución y la acción reflexión orientada. El proceso reflexivo mejoró la práctica y solución teórica del problema mediante el razonamiento comprobado por la acción que es la tentativa de poner en práctica la solución.

Se estableció un ciclo (holístico) en que la acción es seguida de la reflexión y, tras una mayor comprensión, se suceden más acciones y reflexiones. Se manifestó un camino de ascenso que transita desde el descubrimiento conceptual a la planificación y de éste a la ejecución y evaluación de acuerdo a lo planteado por Baxter y Contreras.^{160, 161}

En el grupo se valoraron las acciones del programa por la técnica positivo, negativo, interesante (P.N.I.) y se permitió el razonamiento lógico de las situaciones y el establecimiento de acciones aprendidas en la práctica (proceso de acción-reflexión). Se extrajeron las conclusiones. La comprensión del grupo y la descripción de los participantes conformaron el informe.

Para la construcción de las actividades a desarrollar en cada una de las acciones, se siguió la metodología de técnicas participativas de la promoción de salud, de

tipo auditiva, visual, vivencial, escrita y gráfica. Se combinaron técnicas de promoción individual y grupal, con esquema para facilitar la elección de las dinámicas más adecuadas. Se siguió una secuencia lógica en el proceso de aprendizaje: primero se posibilitó la adquisición de conocimientos, después profundizar en las actitudes y seguidamente se trabajaron las habilidades de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados en el hospital psiquiátrico que permitan alcanzar los objetivos formulados.^{162, 163}

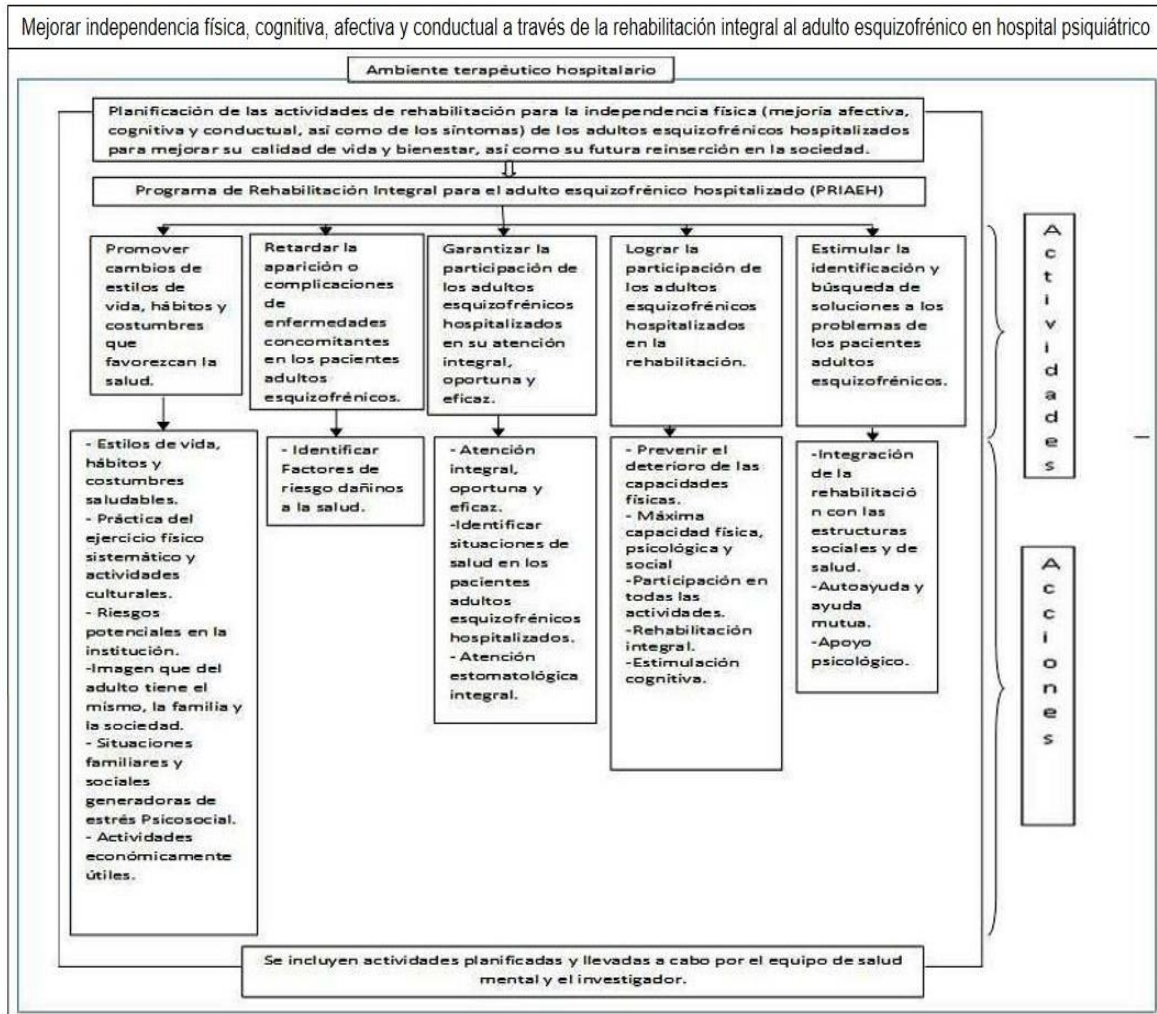
Se orientaron acciones y actividades para el fortalecimiento del sistema músculo-esquelético que favorece la independencia física y una mejor locomoción. Se direccionaron las acciones para resocializar a los individuos afectados, reincorporar hábitos adecuados de higiene y lo relacionado con las AVD. Se deja explícito el cómo, dónde, cuándo, quién y con qué se deben realizar cada una de las actividades de rehabilitación.

El programa promueve cambios de estilos de vida, hábitos y costumbres que favorezcan la independencia física de los pacientes adultos esquizofrénicos, retardar la aparición de brotes y de las discapacidades a que estas pudieran conllevar en su evolución. Lleva a identificar la necesidad de la atención oportuna en este grupo y estimula la participación de la familia en la identificación y búsqueda de soluciones a los problemas de las personas en las que se interviene. La rehabilitación integral para lograr la independencia física con mejora cognitiva, afectiva y conductual en los adultos esquizofrénicos hospitalizados en hospitales psiquiátricos se centra, en la presente propuesta, en los procesos atencionales, perceptivos y cognitivos como la concentración, la formación de conceptos, la capacidad de abstracción y la memoria. Se sincronizan para este efecto el área psicológica afectiva, cognitiva y conductual.

Se aproxima a la disminución de las alteraciones del procesamiento de la información y del déficit cognitivo, y con ello, a la mejora de la capacidad de percepción de la realidad, especialmente en situaciones interpersonales con alta carga emocional. Se acerca al avance de las estrategias de superación en asuntos

vitales importantes para el paciente, al progreso de la capacidad de elaboración de soluciones de problemas, a la ampliación del espacio vital del paciente y al progreso de la integración en áreas vitales importantes.

El programa de rehabilitación se desarrolló en el ambiente terapéutico hospitalario en toda su extensión. Se realizó un esquema del mismo para ofrecer una idea sintetizada:



En la presente propuesta participaron diversas especialidades, en relación interdisciplinaria, como la Psicología, la Medicina Física, la Terapia ocupacional, la Psiquiatría, la Medicina Interna, Logopedia y Foniatría, así como el Trabajo social y ocupacional. Se incluye también el factor social donde están presentes la familia

y las instituciones gubernamentales o de masas, responsabilizadas con el proceso de recuperación o adecuación del paciente al entorno donde se desenvuelve.

Se realizaron reuniones familiares mensuales donde se le informaba al representante o tutor de los pacientes los avances de la investigación. El primer encuentro fue para adentrarlos en las características y objetivos del estudio al que solicitábamos el autorizo o consentimiento de participación de su familiar ingresado. Luego se les mostraba las actividades de rehabilitación y podían ser testigos de la evolución de sus familiares. A medida que fue posible, la familia interactuaba en las actividades y ganaban habilidades para acompañar a su familiar en el medio social a través de pases cortos de uno o dos días a sus casas, los que podían asumir esta acción, hasta que se lograra mayor tiempo en el hogar o la reinserción social.

La reducción de la capacidad del ejercicio físico en adultos con esquizofrenia se asocia con una disminución de la funcionalidad y con la aparición de síntomas negativos. Se llevó a cabo la actividad física para promover los recursos saludables del adulto esquizofrénico hospitalizado con el fin de lograr su reinserción social.

Se consideró a la persona en sus cuatro dimensiones: física, fisiológica, psico-socio-cultural y existencial. Se tiene en cuenta que el volumen del hipocampo aumenta en respuesta al ejercicio aeróbico (potencial mecanismo que sustenta el efecto positivo de la actividad física).¹⁶⁴

Fueron empleadas diferentes habilidades y recursos cognitivos que implican un funcionamiento global del encéfalo. Se involucra la activación de regiones y estructuras, tanto corticales como subcorticales que, conectadas a través de fibras nerviosas, permiten que la comunicación y su contenido se extiendan desde el sistema nervioso central a los nervios periféricos.¹⁶⁵

El objetivo de este programa fue solucionar la problemática esencial de la investigación. Poder lograr la incorporación neurofuncional del individuo en su cotidianidad en función de la actividad del proceso cognitivo (visoespacial,

construccional, procesamiento fonológico, inhibición, razonamiento, coherencia, memorización, coordinación de movimientos, entre muchos otros que se busquen estimular, habilitar o rehabilitar).^{166, 167}

Contempla las regiones cerebrales y las redes sinápticas particulares que intervienen en hacer posible la tarea planteada.¹⁶⁸ Permite integrar el conocimiento del cuadro patológico que presenta el paciente y solapar en análisis clínico las áreas cerebrales necesarias para el desarrollo de la actividad con las afectadas, para lo que se trabajó directamente sobre factores cognitivos, afectivo-emocional y motor, elementos claves para la formulación detallada de las sesiones de rehabilitación.

Se aumentaron las exigencias con el transcurso de la terapia. En su conjunto, aumenta el grado de dificultad del contenido y la forma de realizar la terapia.

Desde una estructuración alta y una orientación en las tareas, se avanza hacia una focalización creciente de las interacciones grupales. De un comportamiento inicialmente dirigido por el terapeuta, se avanza hacia una actitud menos directiva. Los ejercicios se realizaron inicialmente con materiales neutros, sin carga emocional para los pacientes, y a medida que se avanza en el programa, tienen una carga emocional mayor. Los objetivos terapéuticos se elaboraron individualmente para cada paciente a través de un preciso análisis de sus problemas y de su conducta.

La propuesta se caracteriza por la implementación de un sistema de acciones a corto, mediano y largo plazo que permite la transformación de la dirección del proceso. Se persigue la mejoría de los síntomas como el fortalecimiento del sistema músculo-esquelético que favorece la independencia física y una mejor locomoción. Resocializar a los individuos afectados, disminución de la abulia, característica en estos pacientes, reincorporar hábitos adecuados de higiene, así como lo relacionado con las actividades de la vida diaria.

La propuesta es contentiva de acciones con carácter coherente y sistémico. Estas forman parte del sistema de trabajo del centro.

Se redistribuyó a los pacientes incluidos en la muestra para este estudio. Según el grado de deterioro en correspondencia con los niveles de rehabilitación se ubicaron en cubículos (nombrados pabellones de las salas donde estos se encontraban internados), que van desde el alto grado de deterioro (severo) y con altas necesidades asistenciales, pasando por un funcionamiento moderado, hasta llegar a los pacientes esquizofrénicos de alto funcionamiento y deterioro ausente o leve.

Todos los cubículos reunieron las características establecidas para este tipo de pacientes: sin barreras arquitectónicas, con las áreas de baño de las salas ajustadas a las medidas de seguridad y adaptativas establecidas, según normas para evitar discapacidades o limitaciones futuras. Se tomó como base los métodos y procedimientos para el logro de objetivos determinados con un tiempo concreto. Las actividades llevadas a cabo eran sistemáticas y continuas con la finalidad de moldear el Sistema Nervioso Central (SNC). El programa fue aplicado por un período de seis meses, no obstante, se orientó mantener estas actividades de forma periódica a modo de reforzamiento una vez que culminó este período.

Los pacientes estudiados fueron entrenados en habilidades sociales y rehabilitados desde el punto de vista neurocognitivo mientras participaban en actividades deportivas, artísticas y recreativas. Como parte del programa, se estimulaban de forma moral y material según las posibilidades del centro. Se aplicó la Escala de los síntomas positivos y negativos (PANSS por sus siglas en inglés).¹⁶⁹⁻¹⁷¹ Este instrumento se aplicó antes y después de implementada la rehabilitación integral del adulto institucionalizado con esquizofrenia.

– Tercera etapa. Viabilidad del programa: para definir la viabilidad de la propuesta no fue posible utilizar la técnica del grupo nominal,^{172, 173} debido a las condiciones epidemiológicas existentes en el país en esa etapa, por lo que se realizó la pregunta guía de la tarea fundamental a los especialistas seleccionados. Se contactaron por vía correo electrónico a 15 especialistas de Medicina Física y Rehabilitación y Psiquiatría que estaban vinculados a la rehabilitación de

pacientes esquizofrénicos hospitalizados en hospitales psiquiátricos. Estos profesionales tenían experiencia en la temática de investigación propuesta por el autor, críticos en sus valoraciones, tenían categoría docente superior y más de 10 años de experiencia en el trabajo rehabilitador con pacientes esquizofrénicos.

Los diez especialistas que se incluyeron eran de Psiquiatría y Medicina Física y Rehabilitación por ser estos los que dieron su disposición para cooperar, se consideró que esto estaba relacionado con la situación epidemiológica que existía. Todos contaban con más de 18 años de experiencia en sus especialidades y con categorías docentes como profesores asistentes (4) o auxiliares (6). Se encontraban en las provincias Ciego de Ávila (2: 1 psiquiatra y 1 fisiatra), Villa Clara (3: 1 psiquiatra y 2 fisiatras) y Sancti Spíritus (5: 3 psiquiatras y 2 fisiatras). Los participantes con su criterio pudieron corregir y perfeccionar los resultados científicos propuestos.

Esta consulta se llevó a cabo del 28 de enero al 30 de abril del 2019. El propósito fue llegar a consenso acerca de la viabilidad del Programa de Rehabilitación Integral para el adulto esquizofrénico hospitalizado en hospitales psiquiátricos para su aplicación en la práctica de la rehabilitación. Fue adaptado el test de viabilidad aplicado en el estudio realizado por Amatriain.¹⁷⁴ Esto implica una dependencia entre la calidad del programa y la calificación de los especialistas.

Debido a que solo 10 profesionales dieron su aprobación de participar en la investigación, el autor decidió no darle la categoría de expertos. Esta decisión no estuvo condicionada por considerar que los especialistas participantes no contaran con la máxima competencia para ser considerados como tal, se utilizó esta terminología teniendo en cuenta que la consulta de experto debe contar con un mínimo de 15 profesionales, por lo que el autor no consideró ético darle esa categoría.

Otra de las razones que definieron poder tener en cuenta los criterios que emitieron estos 10 especialistas fue que tenían el conocimiento necesario para dar sus opiniones como válidas según los fines investigativos. El criterio de selección

de estos especialistas no se basó en el currículo académico o científico del profesional, sino en su éxito en la actividad.

Esto permitió superar la posible desigualdad en la representación de opiniones y ordenar jerárquicamente la votación final para ponderar un orden en las respuestas. El autor definió la tarea, que era evaluar la viabilidad del programa propuesto, en forma de pregunta (¿Considera viable el programa para la rehabilitación integral al adulto esquizofrénico hospitalizado en función de mejorar su independencia física?).

A los especialistas consultados se les explicó que el propósito era generar ideas, las cuales quedarían registradas en el informe final con la transcripción de sus opiniones, lo que ayudaría a clarificar las actividades y acciones que se proponían. Una vez emitidos sus criterios se procedió a seleccionarlos y se les dio la prioridad según intereses del investigador y recursos con que se contaba.

Les fueron enviados, vía correo electrónico, el programa y el test de viabilidad con sus tópicos de interés para la investigación sin tener conocimiento entre ellos para que emitieran sus criterios. El test de viabilidad (Anexo 3) se aplicó una vez redactado el programa y aprobado en el departamento de posgrado de la Universidad de Ciencias Médicas (UCM) de Sancti Spíritus.

La técnica abarcó cuatro tópicos fundamentales:

- La teoría que sustenta la investigación explica la relación paciente esquizofrénico y equipo de salud mental.
- Coherencia entre los datos cualitativos, los fundamentos teóricos y la construcción del programa.
- La planificación de las actividades para la aplicación práctica del Programa de rehabilitación integral al adulto hospitalizado con esquizofrenia.
- Representación gráfica del Programa de rehabilitación integral al adulto hospitalizado con esquizofrenia.

Permitió determinar la justificación de su aplicación, factibilidad y posible resolución de la situación problemática inicial. Cuando se evaluaron las respuestas

emitidas por los especialistas seleccionados, se realizó a ciegas por el investigador, lo cual evitó posibles sesgos por identificación previa del emisor de los criterios.

– Cuarta etapa. Aplicación del programa: se dirigió a los pacientes esquizofrénicos hospitalizados en hospitales psiquiátricos. Lo llevó a cabo el equipo de salud mental de cada uno de los servicios de larga estadía junto al investigador del 3 de junio al 9 de diciembre del 2019.

Se realizó la capacitación de los equipos de salud mental que participarían en el estudio con la aplicación de un curso de adiestramiento (Anexo 4). Este curso se diseñó a partir de los resultados obtenidos de la encuesta aplicada (Anexo 5), para conocer el nivel de información que tenían sobre la rehabilitación a pacientes esquizofrénicos hospitalizados en hospitales psiquiátricos.¹⁷⁵

Para elaborar este instrumento, se consultó, valoró y adaptó información científica necesaria y disponible para este efecto.^{176, 177} La encuesta fue aplicada una vez que fueron seleccionados para participar en la implementación del programa y se utilizó nuevamente una vez culminado el curso de adiestramiento. En ambos momentos fue el investigador principal de la presente quien la formalizó.

Se redistribuyeron a los pacientes por cubículos según se explicó anteriormente. (Anexos 6 y 7). Se realizaron las acciones y actividades diseñadas en sesiones matinales diarias de 45 minutos. En opinión del autor y el grupo de discusión un tiempo mayor disminuye la creatividad e interés de los participantes.

Fue incorporándoseles, de forma gradual, actividades de menor a mayor complejidad, que brindaron formas de soluciones a problemas que pudieran enfrentar de forma cotidiana. Siempre se mantuvo la observación de la evolución y respuesta al desarrollo del programa en los pacientes.

El programa se concibió con cinco actividades principales las que a su vez se conforman por acciones que dan respuesta a los objetivos trazados con el programa. Se emplearon diferentes técnicas de participación donde se introdujo la información necesaria para lograr cambios favorables en estos pacientes.

Los equipos de salud mental, con el apoyo de profesionales de cultura, fueron parte de las diferentes vías de expresar de forma vivencial los posibles problemas que estos pacientes estaban presentando, lo que servía para que se vieran reflejados y fueran capaces de identificar las situaciones a solucionar. Siempre se trató de lograr en ellos elevar el interés y deseo de participar en las diferentes actividades.

Se emplearon los medios con los que contaba el hospital entre los que estaban equipos y vías para la rehabilitación físico-mental, hojas de papel, televisor y reproductor de audiovisuales, así como instrumentos para las actividades culturales. Se utilizó la musicoterapia para lograr la relajación de los pacientes y favorecer estados emocionales positivos. El ejercicio físico y actividades según inclinación vocacional para lograr mejoras cognitivas que facilitan la resolución de situaciones cotidianas que los pacientes presentaban, como lo sugiere Dauwan et al.¹⁷⁸

Las actividades recreativas extra hospitalarias se utilizaron como estímulo para incentivar el interés en la participación mantenida de los pacientes, basado en los resultados alcanzados por Nibbio et al.¹⁷⁹ En las diferentes actividades planificadas se dio énfasis en la incorporación o refuerzo de hábitos higiénico dietético necesarios para la conservación de la salud. Se utilizaron láminas, charlas, audiovisuales, entre otras.

Durante la aplicación del programa de rehabilitación se tuvo en cuenta la medicación recibida por el paciente. La respuesta podía ser diferente en un paciente que recién se le reajustara o cambiara el tratamiento habitual. Cuando esto fue necesario se mantenía una observación más estricta del paciente por parte del equipo de salud mental e investigador. Se orientó un descanso de las actividades de rehabilitación para alcanzar la estabilidad necesaria en el paciente. La observación personalizada la realizó el autor de la presente investigación. Se aplicó antes, durante y después de aplicado el programa para corroborar, directamente, la mejoría de estos pacientes con la rehabilitación integral. Este

método de tipo cualitativo, permite obtener un registro del comportamiento en el momento en que sucede, por lo que no se incurre en errores y hay mayor exactitud para registrar la información.¹⁸⁰

Se utilizó la triangulación de la información (de fuentes, metodológica y temporal) para contrastar e interpretar la credibilidad, aplicabilidad y consistencia de los datos que aportan las diferentes fuentes, métodos y personal participante desde diferentes ángulos y momentos de la intervención. La triangulación de fuentes recopiló y analizó la información proveniente de pacientes, equipo de salud mental, investigadores y demás trabajadores vinculados a cuidado de los pacientes participantes a fin de contrastarlas e interpretarlas para comprobar sus confirmaciones. La metodológica confrontó los datos obtenidos por la aplicación de los métodos empleados. La triangulación temporal contrastó e interpretó la información obtenida de la discusión grupal (equipo de salud mental e investigador) al inicio y final de la intervención con los resultados de la valoración rehabilitadora en el pre experimento.

La entrevista a pacientes y equipo de salud mental permitió el análisis de sus resultados iniciales y finales que permiten el diagnóstico de las necesidades y se triangulan con los resultados finales que se obtienen después de la aplicación del programa junto a la valoración rehabilitadora.

– Quinta etapa. Evaluación del programa: se realizó la evaluación de la independencia física de los adultos esquizofrénicos hospitalizados y se describen los cambios en la esfera psicológica afectiva, cognitiva, conductual y de sus síntomas después de introducido el programa. Se tuvo en cuenta los niveles de rehabilitación de cada paciente según eran reevaluados por el investigador y equipos de salud mental. Se realizó entre el 6 de enero y 23 de marzo del 2020, aunque durante la investigación se realizaron acciones de evaluación del programa. Se incluye las actividades de seguimiento y control en su diseño, en su aplicación y en sus resultados.

Se eligió el modelo de evaluación participativa y se procedió a establecer el diseño de evaluación en función del enfoque teórico que se adoptó y del sistema de control que se utilizó sobre la información recabada. Se asumió el pre experimento, el grupo de discusión, la entrevista a los pacientes, criterio de especialistas consultados y las formas de triangulación.

Para una mayor objetividad en la opinión de los especialistas que se consultaron se les envió el cuestionario más de una vez a cada uno para que tuvieran la oportunidad de ver cómo se distribuyen las opiniones de los otros especialistas, comparar esta distribución con sus propios criterios y decidir si lo reafirma o si realmente debe repensarlo ante las opiniones del resto. Como resultado de la fase de evaluación del programa se establecen los juicios de valor que conforman el esquema conceptual de éste.

La PANSS se aplicó antes y después de puesto en práctica el programa de rehabilitación integral para el adulto esquizofrénico hospitalizado. Esta escala está diseñada para organizar datos de un amplio conjunto de psicoenfermedades, es ideal para vigilar los síntomas basales y la respuesta a los fármacos antipsicóticos. La escala PANSS cuenta con 30 ítems los cuales son puntuados, su administración y puntuación lleva de 30 a 40 min. Fue aplicada por los especialistas en psiquiatría de los equipos de salud mental incluidos en el estudio por ser los profesionales más familiarizados con todos los ítems de la escala.¹⁸¹

Para conocer el nivel de satisfacción, se entrevistó a los pacientes con una guía de preguntas (Anexo 8), esto permitió conocer la aceptación del programa por parte de los pacientes. En los casos que existía dificultad para lograr la explicación por parte de los sujetos, se recogió la opinión de los integrantes del equipo de salud sobre el comportamiento de los pacientes, lo que se enfatizó con la observación llevada a cabo por el investigador.

Se tuvo en cuenta la información aportada por los observadores. Se consideró de suma importancia lo expresado por el equipo de salud mental pero también por otros trabajadores que de forma indirecta se mantienen relacionados con el

paciente para poder evaluar el progreso de estos, lo que se traduce en la aceptación y eficacia del programa.

Aspectos éticos

El estudio se analizó y se aprobó por la comisión de ética y el consejo científico de la Facultad Dr. Faustino Pérez Hernández, de la Universidad de Ciencias Médicas de Sancti Spíritus, y por la Dirección del Hospital Psiquiátrico Docente Provincial de Sancti Spíritus. Se presentó por escrito el consentimiento informado para la participación en la investigación el cual fue firmado por los participantes o tutor (Anexo 9).

Es de señalar, que a pesar que la investigación fue desarrollada en un ambiente hospitalario con pacientes esquizofrénicos, estos tienen el derecho de ser informados sobre el tratamiento al que serán expuestos y estar de acuerdo o no con recibirlo. En caso de no poder contar con una respuesta confiable por parte del paciente, el consentimiento de participación fue dado por su representante o tutor.¹⁸²⁻¹⁸⁵

Cuando estos pacientes se encuentran en un estado de estabilidad de su enfermedad de base, mantienen comunicación con el resto del personal de salud y pacientes, según sus habilidades y limitaciones que le produce la enfermedad. Esta comunicación les permite expresar su conformidad con el tratamiento recibido, así como la satisfacción que puedan tener con el mismo.¹⁸⁶⁻¹⁸⁸

Se explicaron los objetivos del estudio y se estableció la voluntariedad de participar o de abandonarlo en el momento en que lo desearan. Los datos primarios, así como los resultados de la investigación, fueron utilizados solo por el fisiatra que atendió a los pacientes adultos esquizofrénicos hospitalizados, con la más estricta confidencialidad.

Durante este estudio no se produjo afectaciones físicas ni psicológicas a los adultos esquizofrénicos hospitalizados. No hubo experimentación mediante intervenciones especiales con seres humanos, velándose el cumplimiento de lo estipulado en la Declaración de Helsinki.¹⁸⁹

El programa de rehabilitación integral para el adulto esquizofrénico hospitalizado se desplegó con la mayor sutileza y prudencia posibles, se prestó atención a los aspectos éticos, sin intrusismo en la cultura, idiosincrasia de la familia o de los adultos esquizofrénicos hospitalizados. Se conciliaron orientaciones o criterios involucrados en las acciones del programa, sin imposiciones ni consejos directivos.¹⁹⁰

En la investigación realizada, se aplicaron los siguientes métodos:

Métodos del nivel teórico

El enfoque de sistema, empleado para el diseño del algoritmo del programa de rehabilitación integral para el adulto esquizofrénico hospitalizado, lo que facilitó establecer la relación estructural entre sus componentes.

La deducción,^{139,191} como razonamiento lógico, utilizada en el mundo científico para comprobar la veracidad de ciertos datos, fue utilizada para la elaboración del programa de rehabilitación integral para el adulto esquizofrénico hospitalizado. Se partió de los conocimientos del autor sobre la rehabilitación a pacientes con trastornos mentales y de la información obtenida a partir de la caracterización de los pacientes estudiados y la bibliografía consultada.

Al utilizar la sistematización, permitió la estructuración y organización de los conocimientos referentes al programa de rehabilitación integral para el adulto esquizofrénico hospitalizado. También favoreció la organización de los conocimientos en cada capítulo y en los epígrafes, al establecer las interrelaciones necesarias, de forma tal que se expresara claramente la concepción dialéctica y cambiante del objeto como resultado de la actividad transformadora y su relación con el medio.

La modelación, con sus funciones cognoscitiva, informativa y didáctica, como proceso mediante el cual se crea una representación o modelo para investigar la realidad.^{135, 184} Este método del nivel teórico posibilitó el proceso de abstracción para la elaboración del programa de rehabilitación integral para el adulto esquizofrénico hospitalizado y su concreción en la práctica.

Los métodos del nivel empírico empleados fueron:

El análisis bibliográfico, utilizado para profundizar en la conformación del marco teórico de la investigación. Estuvo relacionado con la rehabilitación del adulto esquizofrénico en función del diseño de un programa de rehabilitación integral para la independencia física del adulto esquizofrénico hospitalizado con mejoría cognitiva, efectiva y conductual, como sustento de las valoraciones teóricas realizadas.

Se empleó la encuesta para la identificación sobre el nivel de información del equipo de salud mental acerca de la rehabilitación integral al adulto esquizofrénico hospitalizado. Esta fue aplicada una vez que fueron seleccionados para participar en la implementación del programa y se utilizó nuevamente una vez culminado el curso de adiestramiento. En ambos momentos fue el investigador principal de la presente quien la formalizó.

La Escala funcional de la cruz roja,¹⁹² se utilizó para evaluar la independencia física para realizar las AVD en los estudiados. Estos pacientes estaban ya diagnosticados por psiquiatría y las valoraciones actuales serían del punto de vista de fisioterapia. A pesar de ser empleada con mayor frecuencia en la evaluación de adultos mayores, esta escala resulta de fácil aplicación y se considera muy práctica para cumplir con los intereses de la investigación.

Fue considerado que los elementos que mide están en concordancia con los parámetros a tener en cuenta en los pacientes incluidos en el estudio. La autonomía personal, según la capacidad de realizar AVD para compararlo con lo que podían o podrán hacer, funciones básicas de cuidado personal y relación con el entorno.

La Escala geriátrica de evaluación funcional,¹⁹³ fue otra de las escalas empleadas para evaluar la independencia física en cuanto a la posibilidad de llevar a cabo las AVD de los adultos esquizofrénicos hospitalizados. Tuvo como elemento de selección la posibilidad de planificar adecuadamente los cuidados posteriores, orientar al paciente y a la familia.

Esta escala permitió al investigador sistematizar la información unificando criterios y diagnósticos. Se evaluó de manera objetiva los problemas o las condiciones que presentaron los pacientes que se traduce en la efectividad del programa. Permitió un adecuado seguimiento en un corto tiempo de evaluación.

Ambas escalas fueron aplicadas por el investigador, dado el deterioro cerebral y por ende cognitivo de los pacientes estudiados estos pueden ser equiparados con adultos mayores, es pertinente señalar que no se deben confundir el estado de demencia que puede aparecer en los adultos mayores con el cuadro esquizofrénico. Junto a la clasificación de los pacientes teniendo en cuenta los niveles de rehabilitación, fue posible evaluar el nivel de independencia de estos en sus AVD antes y después de introducido el programa.

Se aplicó la encuesta de satisfacción al paciente esquizofrénico hospitalizado. La satisfacción del paciente es considerada por diversos autores como un indicador de la calidad de la atención desde la perspectiva del paciente.¹⁹⁴⁻¹⁹⁸ Fue evaluada por el investigador una vez concluido el periodo de aplicado el programa, además, se realizaron encuentros periódicos que permitieron establecer la posibilidad de efectividad del programa teniendo en cuenta el nivel de aceptación del mismo.

Dentro de los Métodos Estadísticos se incluyeron:

El análisis estadístico de tipo descriptivo que fue llevado a tabla en número y por ciento. Este permitió arribar a conclusiones sobre el programa de rehabilitación integral para el adulto esquizofrénico hospitalizado.

Para evaluar si la estrategia propuesta resultaba efectiva para modificar la independencia física de los pacientes adultos esquizofrénicos hospitalizados en el hospital psiquiátrico, se aplicó el test no paramétrico de los signos con rangos de Wilcoxon,¹⁸⁰ asumiendo un nivel de significación del 5 %.

Las valoraciones realizadas por especialistas en psiquiatría reflejadas en las historias clínicas de los adultos esquizofrénicos hospitalizados posibilitaron evaluar aspectos de la esfera afectiva, cognitivo y conductual antes y después de aplicado el programa de rehabilitación. El PANSS posibilitó evolucionar los síntomas

positivos y negativos que presentaban los pacientes. La escala funcional de la cruz roja y la escala geriátrica de evaluación funcional fueron utilizadas para determinar la independencia física o funcional de los pacientes.

Se aplicó el test de viabilidad para definir la factibilidad del programa aplicado.

La encuesta para conocer la satisfacción con el programa de rehabilitación fue aplicada a pacientes pero también a trabajadores y miembros del equipo de salud mental una vez terminado el periodo de rehabilitación en los pacientes estudiados para que emitieran su criterio sobre el programa según los cambios que observaban en los sujetos. La expresión de las variables fue revisada por el autor junto a los especialistas de psiquiatría participantes.

Se presentan a continuación las variables utilizadas en la presente investigación, así como su operacionalización.

2.2. Operacionalización de las variables de estudio

Variable: Edad de los adultos con esquizofrenia.

Clasificación: Discreta, cuantitativa, continua.

Definición Conceptual: Según años de vida cumplidos.

Indicadores: Años cumplidos.

Escala

20-29

30-39

40-49

50-59

Variable: Sexo, de los adultos con esquizofrenia.

Clasificación: Cualitativa, nominal, dicotómica.

Definición Conceptual: Según sexo biológico.

Indicadores: sexo.

Escala: Masculino: aquellos con características físicas y biológicas correspondientes al sexo masculino.

Femenino: aquellas con características físicas y biológicas correspondientes al sexo femenino.

Variable: Viabilidad,¹⁹⁹ del Programa de rehabilitación integral

Clasificación: Cualitativa nominal dicotómica.

Definición Conceptual: Análisis para conocer la probabilidad que existe de poder llevar a cabo un proyecto con éxito.

Indicadores: plausibilidad, justificación, adecuación, éxito.

Escala: Sí-No

Variable: Satisfacción del paciente,²⁰⁰ con esquizofrenia

Clasificación: Cualitativa ordinal politómica.

Definición Conceptual: Medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario.

Indicadores: Atención recibida y su repercusión en el estado de salud y trato recibido durante el proceso de atención. Se dio una puntuación en sentido descendente a cada una de las posibles variantes en cada indicador y la sumatoria final se llevó a una escala valorativa ordinal entre 4 y 16. Se tenía en cuenta:

- ✓ Rehabilitación y apoyo que percibe el paciente:
 - El paciente participa de forma activa de todo el programa de rehabilitación porque se siente apoyado: 4
 - El paciente solo participa en algunas de las actividades del programa de rehabilitación, pero no de forma activa, aunque si siente que lo apoyan: 3
 - El paciente no participa en algunas de las actividades del programa de rehabilitación porque o le gusta como la hacen y percibe poco apoyo: 2
 - El paciente no participa en las actividades del programa de rehabilitación porque no le gusta: 1
- ✓ Estado de las relaciones con los miembros del equipo de salud
 - El paciente se relaciona de forma activa con los miembros del equipo de salud: 4

- El paciente se relaciona con los miembros del equipo de salud, pero no forma de forma activa: 3
- El paciente a veces no quiere la relación con los miembros del equipo de salud: 2
- El paciente no se relaciona con los miembros del equipo de salud: 1
- ✓ Estado de las relaciones con el personal de enfermería
- El paciente acepta y ejecuta las orientaciones dadas por el personal de enfermería: 4
- El paciente acepta y ejecuta en parte las orientaciones dadas por el personal de enfermería: 3
- El paciente acepta, pero no ejecuta las orientaciones dadas por el personal de enfermería: 2
- El paciente no acepta ni ejecuta las orientaciones dadas por el personal de enfermería: 1
- ✓ Cuidados que le brinda el rehabilitador
- El paciente expresa que se siente bien con los cuidados que le da el rehabilitador: 4
- El paciente expresa que se siente bien con los cuidados que le da el rehabilitador, pero no siempre: 3
- El paciente expresa que no se siente bien con los cuidados que le da el rehabilitador: 2
- El paciente expresa que se siente maltratado por el rehabilitador: 1

Escala valorativa:

Muy satisfecho (MS): cuando la sumatoria final estaba entre 13 y 16.

Satisfecho (S): cuando la sumatoria final estaba entre 10 y 12.

Poco satisfecho (PS): cuando la sumatoria final estaba entre 7 y 9.

No satisfecho (NS): cuando la sumatoria final estaba entre 4 y 6.

No puede responder (NP): cuando la sumatoria final fue menos de 4.

Variable: Programa de rehabilitación integral para el adulto esquizofrénico hospitalizado.

Clasificación: variable independiente.

Definición Conceptual: El Programa de Rehabilitación Integral para el adulto esquizofrénico hospitalizado (PRIAEH) es el sistema de acciones, como proceso, dirigidas a desarrollar las capacidades funcionales y psicológicas en sus esferas afectiva, cognitiva y conductual del individuo con esquizofrenia para permitirle llevar una existencia autónoma y dinámica, dentro de sus limitaciones, restableciendo su movilidad, cuidado personal, habilidad manual y comunicación.⁵²

Variable: independencia física,²⁰¹ (con mejoría de la cognición, afectividad y conducta) de los adultos esquizofrénicos hospitalizados.

Clasificación: variable dependiente.

Dimensión 1: Mejoría afectiva de los adultos esquizofrénicos hospitalizados.²⁰²

Clasificación: Cualitativa No ordinal, politómica.

Definición conceptual: Cuando el adulto esquizofrénico presenta cambios en la respuesta hacia la positividad con muestras de afectividad hacia los demás, capacidad de expresar lo que siente y de realización personal.

Indicadores:

Se dio una puntuación en sentido descendente a cada una de las posibles variantes en cada indicador y la sumatoria final se llevó a una escala valorativa ordinal entre 4 y 12.

- Interés en la realización de una actividad determinada.
 - o Expresa interés en el desarrollo de una actividad: 3
 - o Limitaciones para expresar interés por el desarrollo de una actividad: 2
 - o No tiene interés por el desarrollo de una actividad: 1
- Deseo de integrarse o participar en actividades colectivas (deportivas, recreativas, culturales).
 - o Expresa el deseo de integrarse a las actividades: 3
 - o Limitaciones para expresar deseo de integrarse a una actividad: 2

- No tiene deseo de integrarse a una actividad: 1
- Desarrollo de las relaciones interpersonales (con otros pacientes, con el equipo de Salud Mental de la institución, con miembros de la familia, en la comunidad hospitalaria).
 - Mantiene buenas relaciones interpersonales: 3
 - Mantiene relaciones interpersonales medianamente adecuadas: 2
 - Mantiene pobres relaciones interpersonal 1
- Capacidad de expresar sus sentimientos (alegría, tristeza, aceptación, irritabilidad).²⁰³
 - Manifiesta sus sentimientos personales: 3
 - Manifiesta algunos de sus sentimientos personales: 2
 - No es capaz de manifestar sus sentimientos personales con claridad: 1

Escala valorativa:

Aceptable: Cuando la sumatoria final estaba entre 10 y 12 puntos.

Mínimo aceptable: Cuando la sumatoria final estaba entre 7 y 9 puntos.

Inaceptable: Cuando la sumatoria final estaba entre 4 y 6 puntos.

Dimensión 2: Esfera cognitiva de los adultos esquizofrénicos hospitalizados^{196, 198}

Clasificación: Cualitativa No ordinal, politómica.

Definición conceptual: Cuando el adulto esquizofrénico presenta cambios en la respuesta cognitiva sobre la base de los niveles de rehabilitación.

Indicadores:

Se tiene en cuenta según evolución hacia niveles de rehabilitación superiores.

Niveles.

Escala valorativa:

Nivel I: cuando son dependientes para realizar cualquier actividad.

Nivel II: cuando tienen independencia parcial en el desarrollo de su actividad.

Nivel III: cuando tienen mayor grado de independencia, mantienen vínculo con la comunidad y reciben algún tipo de estímulo por la actividad que realizan.

Nivel IV: cuando realizan trabajos que exigen buena atención y un razonamiento adecuado, tales como los trabajos de cultivos y confecciones, entre otras.

Dimensión 3: Esfera conductual de los adultos esquizofrénicos hospitalizados.²⁰⁴⁻²⁰⁷

Clasificación: Cualitativa no ordinal, politómica.

Definición Conceptual: Cuando el adulto esquizofrénico presenta cambios en su conducta hacia la positividad con retorno al comportamiento adecuado.

Indicadores:

Se dio una puntuación en sentido descendente a cada una de las posibles variantes en cada indicador y la sumatoria final se llevó a una escala valorativa ordinal entre 5 y 15.

- Mantiene o retoma las actividades de la vida diaria (aseo personal, la alimentación)
 - o Mantiene o retoma las actividades de la vida diaria: 3
 - o Necesita ayuda para alguna de las actividades de la vida diaria: 2
 - o Presenta dificultades para desarrollar las actividades de la vida diaria: 1
- Mantiene o retoma actividades instrumentadas de la vida diaria (laborales u oficios, manuales o no; manejo monetario personal).
 - o Mantiene o retoma las actividades instrumentadas de la vida diaria: 3
 - o Necesita ayuda para alguna de las actividades instrumentadas de la vida diaria: 2
 - o Presenta dificultades para desarrollar las actividades instrumentadas de la vida diaria: 1
- Participa espontáneamente en actividades colectivas (deportivas, recreativas, culturales)
 - o Participa en las actividades que se le programen con alta motivación hacia las mismas: 3
 - o Presenta pérdida de motivaciones: 2
 - o Franco aislamiento social con pérdida de motivación y la energía: 1

- Desarrolla relaciones interpersonales afectivas.
 - o Se relaciona socialmente: 3
 - o Manifestaciones de aislamiento social (aislamiento de situaciones sociales, respuestas irracionales, insomnio o incapacidad de concentrarse, comportamiento inapropiado): 2
 - o Franco aislamiento social: 1
- Supera los sentimientos de vacío (respuestas lacónicas, de una o dos palabras) y las conductas extravagantes o inadecuadas (adoptar formas infantiloides, vagabundeo, murmuraciones, risas para sí mismos, aspecto estafalario, abandono del aseo personal, aspecto desaliñado, discurso incoherente o no pertinente)
 - o No muestra, o fueron superadas, las expresiones de vacío y conductas extravagantes o inadecuadas: 3
 - o Presenta alguna conducta extravagante o sentimiento de vacío: 2
 - o Su conducta es extravagante con sentimiento de vacío: 1

Escala valorativa:

Aceptable: Cuando la sumatoria final estaba entre 12 y 15 puntos.

Mínimo aceptable: Cuando la sumatoria final estaba entre 8 y 11 puntos.

Inaceptable: Cuando la sumatoria final estaba entre 5 y 7 puntos.

Dimensión 4: Respuestas de los síntomas positivos y negativos de la enfermedad,¹⁷⁶ en los adultos esquizofrénicos hospitalizados. Para esto se aplicó PANSS por los especialistas en psiquiatría participantes.

Clasificación: Cualitativa nominal, politómica.

Definición conceptual: síntomas positivos como rasgos que aparecen nuevos o añadidos en el individuo como resultado del trastorno y que normalmente no se observan en personas sanas; síntomas negativos como la ausencia o disminución de aquellos que implican la experimentación de emociones (socialización, afectividad, comunicación, motivación).

Indicador a: Presencia o no de los síntomas positivos de la enfermedad en los adultos esquizofrénicos: ²¹⁴ delirios, desorganización, comportamiento alucinatorio, excitación, grandiosidad, suspicacia/perjuicio, hostilidad.

Indicador b: Presencia o no de los síntomas negativos de la enfermedad en los adultos esquizofrénicos ²⁰⁸ embotamiento afectivo, retraimiento afectivo, contacto pobre, retraimiento social, dificultad en el pensamiento abstracto, ausencia de espontaneidad y fluidez en la conversación, pensamiento estereotipado.

Escala Valorativa:

Teniendo en cuenta los resultados que se obtuvieron con la escala aplicada en la puntuación final se consideró positivo: cuando en la escala positiva más de 2 ítems obtienen una puntuación superior a 3 y en la escala negativa menos de 3 ítems obtienen una puntuación superior a 3; negativo: cuando en la escala negativa más de 2 ítems obtienen una puntuación superior a 3 y en la escala positiva menos de 3 ítems obtienen una puntuación superior a 3; mixto: cuando en ambas escalas hay más de 2 ítems que obtienen puntuaciones superiores a 3.

Para la evaluación que se realizó a los pacientes para tener en cuenta la mejoría de los síntomas que pudieran influir en su independencia física se dio una puntuación en sentido descendente a cada una de las posibles variantes en cada indicador y la sumatoria final se llevó a una escala valorativa ordinal entre 4 y 16.

Indicadores:

- ✓ Participación en las actividades de la vida diaria y de rehabilitación
- Participación activa en las actividades de la vida diaria y de rehabilitación: 4
- Participación en las actividades de la vida diaria, pero con necesidad de orientación: 3
- Necesidad de asistencia para realizar sus actividades de la vida diaria: 2
- No participa en las actividades de la vida diaria: 1
- ✓ Presencia de alucinaciones, delirios y rasgos agresivos
- Inexistencia de alucinaciones, delirios y rasgos agresivos: 4

- Presenta alucinaciones que no interfieren en sus actividades cotidianas sin delirios ni rasgos agresivos: 3
- Presencia de alucinaciones, delirios y rasgos de agresividad que pueden interferir en sus actividades cotidianas:2
- Presencia de alucinaciones, delirios y agresividad que interfieren en sus actividades cotidianas:1
- ✓ Interacción con el resto de las personas
 - Interactúa con el resto de las personas (otros pacientes y trabajadores en general) sin dificultad: 4
 - Interactúa con el resto de las personas (otros pacientes y trabajadores en general) a pesar de presentar evidencias de alucinaciones: 3
 - Interactúa con el resto de las personas (otros pacientes y trabajadores en general) con dificultad: 2
 - No logra una adecuada interacción con el resto de las personas (otros pacientes y trabajadores en general): 1
- ✓ Comportamiento
 - Sin manifestaciones extravagantes en su expresión oral o conducta social: 4
 - Manifestaciones que demuestran la existencia de alucinaciones en su expresión oral o conducta social: 3
 - Manifestaciones orales desorganizadas con algunas extravagancias en su conducta social: 2
 - Manifestaciones extravagantes en su expresión oral y conducta social: 1

Aceptable: Cuando la sumatoria final estaba entre 12 y 16 puntos.

Mínimo aceptable: Cuando la sumatoria final estaba entre 8 y 11 puntos.

Inaceptable: Cuando la sumatoria final estaba entre 4 y 7 puntos.

Se tuvo en cuenta estas cuatro dimensiones y los resultados de los instrumentos evaluativos utilizados para evaluar la independencia física (*PANSS*, Escala geriátrica de evaluación funcional y Escala funcional de la Cruz Roja). Esta se

clasifico en dependiente, mínimo dependiente e independiente. La escala valorativa en este caso se definió como sigue.

Dependiente: Es cuando la mejoría afectiva, conductual y de los síntomas positivo y negativos en el paciente fueron inaceptable. Se mantiene en el nivel I de rehabilitación. Los resultados de la sumatoria de cada ítem de la escala geriátrica de evaluación funcional, modificada para este estudio era entre 6 y 13 puntos y según la escala de la Cruz roja estaba entre 4 y 5.

Mínimo dependiente: La mejoría afectiva, conductual y de los síntomas positivos y negativos en el paciente fue mínimo aceptable. Tuvo cambios por los que pudo ser reclasificado en niveles de rehabilitación superior, se ubicaron entre los niveles 2 y 3. Según la escala geriátrica de evaluación funcional estaba entre 14 y 22 puntos y según la de la Cruz roja entre 2 y 3.

Independiente: La mejoría afectiva, conductual y de los síntomas positivos y negativos fue aceptable y se encontraban en el nivel 4 de rehabilitación. La escala geriátrica de evaluación funcional estaba entre 23 y 30 puntos y según la de la Cruz roja entre 0 y 1.

Variable: Efectividad del programa de rehabilitación integral para la independencia física de adultos esquizofrénicos hospitalizados.

Clasificación: nominal dicotómica

Definición Conceptual: relación entre los objetivos y los resultados medidos en condiciones reales.

La evaluación de estas dimensiones que se relacionan con los cambios de la independencia física de los pacientes adultos esquizofrénico hospitalizados en el hospital psiquiátrico, se realizaron antes y después de aplicar el programa. Para la dimensión 1 y 3 se tuvo en cuenta los criterios emitidos por los especialistas en psiquiatría de los equipos de salud participantes, los que se basaron en las escalas y test propios de la especialidad cuyos resultados fueron reflejados en las historias clínicas individuales de cada estudiado.

La dimensión 2 se evaluó teniendo en cuenta los resultados alcanzados con la aplicación de las escalas funcionales de la Cruz Roja y la escala geriátrica de evaluación funcional. Esto permitió definir en cuál de los niveles de rehabilitación podían ser clasificados los participantes, el cambio a niveles superiores se consideró como mejoría en la esfera cognitiva.

Para dar respuesta a los posibles cambios alcanzados en cuanto a la mejoría de los síntomas presentes, dimensión 4, se aplicó la *PANNS* antes y después de aplicado el programa. Se tuvo en cuenta los resultados que se obtuvieron con la aplicación de la guía de observación propuesta para el estudio, así como los resultados obtenidos de las diferentes valoraciones realizadas por los especialistas.

Se considera necesario comentar que, durante el tiempo de recopilación de resultados y elaboración del informe final, el mundo se vio azotado por la pandemia provocada por la COVID-19. A pesar de las limitaciones que esta situación epidemiológica produjo en Cuba, se mantuvo la consecución de la investigación dentro de lo permitido al autor y tutores. Los pacientes que participaron en el estudio no se vieron afectados por los efectos de la COVID-19 lo que pudo estar relacionado con las acciones que se llevaron a cabo dentro del programa lo que permitió implementar los protocolos que se propusieron para atenuar las secuelas de la pandemia.²⁰⁹

CAPÍTULO 3. RESULTADOS OBTENIDOS CON LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL PARA EL ADULTO ESQUIZOFRÉNICO HOSPITALIZADO

En este capítulo se aborda el análisis de los resultados obtenidos en la investigación de acuerdo con las variables de estudio del pre experimento. Se expone la fundamentación del programa para la rehabilitación integral del adulto esquizofrénico hospitalizado y se explica el formato del Programa de Rehabilitación Integral para el adulto esquizofrénico hospitalizado.

Se abordan los resultados de la valoración de la viabilidad de la propuesta teórica y los resultados de la satisfacción de los pacientes con la rehabilitación ofrecida.

3.1. Etapa 1. Diagnóstico (exploración y descripción)

- Características de los pacientes hospitalizados con esquizofrenia

Las características de los pacientes estudiados se recogen en la tabla 3.1.

Tabla 3.1 Descripción de las características predominantes de los adultos esquizofrénicos hospitalizados. Hospital Psiquiátrico Docente Provincial de Sancti Spíritus. 2018-2022

Variable	Predominante	N.º	%
Edad	40-49	27	65,86
Sexo	M	41	63,07
Independencia física	Mínimo dependiente	33	50,77
Esferas de funcionamiento	Cognición	65	100
Síntomas positivos	Desorganización del pensamiento	65	100
Síntomas negativos	Embotamiento afectivo	63	96,92
Niveles de rehabilitación	IV	19	29,23

Predominó la edad comprendida entre 40 y 49 años en un 65,86 % de los pacientes, el sexo masculino fue el de mayor representatividad con 41. Según los resultados obtenidos, la independencia física mínimo dependiente estuvo presente en 33 pacientes (50,77%).

La afección de la cognición estaba presente en el 100 % de los estudiados al igual que la desorganización del pensamiento como síntoma positivo. El 96,92 % de los investigados presentaban embotamiento afectivo como síntoma negativo. El 29,23 % de los pacientes incluidos estaban en el nivel IV de rehabilitación.

3.2. Etapa 2. Diseño del programa

- **Programa de rehabilitación integral para la independencia física con mejoría afectiva, cognitiva y conductual, en el adulto esquizofrénico hospitalizado**

Se presenta a continuación la fundamentación y análisis del Programa de Rehabilitación Integral para la independencia física con mejoría afectiva, cognitiva y conductual de la entidad en estudio, en el adulto esquizofrénico hospitalizado en hospital psiquiátrico.

3.2.1. Fundamentación del programa

El trastorno esquizofrénico muchas veces cursa con estados o síntomas deficitarios después de la desaparición de la sintomatología aguda. Entre un 50 y 80% de las personas con esquizofrenia presenta rendimientos neuropsicológicos dentro del rango de pacientes orgánicos cerebrales. Este déficit puede dificultar la adaptación psicosocial del paciente. Es a partir de estos aspectos que se plantea la necesidad de la rehabilitación integral en pacientes esquizofrénicos.

El déficit cognitivo que se presenta en los pacientes esquizofrénicos puede ser de distintos tipos. En las funciones ejecutivas se obtienen rendimientos significativamente inferiores que en sujetos normales. Las áreas más afectadas de las funciones ejecutivas son: la fluidez verbal, la categorización y la flexibilidad cognitiva.

En la memoria se han detectado peor rendimiento en tareas de memoria reciente seguidas de las de memoria a corto plazo y de codificación y déficit en la memoria de trabajo. En cuanto a la atención, el aspecto más afectado es la atención sostenida.

Este programa tiene la finalidad de mejorar la independencia física en función de la mejora de la esfera psicológica cognitiva, afectiva y conductual presentes en

pacientes esquizofrénicos hospitalizados en hospitales psiquiátricos. Se incluyen ejercicios de estimulación cognitiva, emocional, psicosocial y de reinserción en la sociedad, para que la persona pueda desarrollar una vida lo más independiente posible.

Es un programa personalizado, ajustándose a las necesidades y capacidades de cada participante. El programa está diseñado para poder aplicarse en hospitales psiquiátricos, pero se considera que pueda ser también implementado en centros ambulatorios del área de salud mental.

3.2.2. Programa de rehabilitación integral para el adulto esquizofrénico hospitalizado

El programa de rehabilitación aplicado (Anexo 10), facilitó al adulto esquizofrénico hospitalizado la combinación de formas de tratamiento que se fundamenten en los aspectos fisioterapéuticos y pedagógicos en la continuidad del proceso rehabilitador. En este sentido, el contexto en que se desarrolló el estudio resulta ideal para la inserción dinámica de acciones enfocadas a la orientación desarrolladora de la personalidad de estos individuos.

Una vez aplicado el programa, el autor considera oportuno explicar la metodología que se utilizó y se sugiere para la mejor ejecución del mismo:

- Realizar la caracterización individual de los pacientes para sistematizar las categorías principales del programa en función de las necesidades, potencialidades y capacidades individuales desde una perspectiva integral y en tiempo real. La observación del paciente en la ejecución de actividades psicofísicas, psicosociales y laborales esenciales, es de gran valor en esta etapa.
- Mantener la reevaluación por parte de los especialistas de Medicina Física y Psiquiatría del paciente para tratar las posibles complicaciones motoras y/o psíquicas seculares, así como el control farmacológico. Debe hacerse una evaluación integral cada 15 días.
- Realizar actividades para motivar la participación del paciente y la familia, lo que favorece el proceso de adaptación a la rehabilitación.

- Siempre trabajar en colaboración con el paciente para establecer objetivos realistas y alcanzables a corto, medio y largo plazo.
- Las actividades por lo general no deben durar más de 45 minutos. Este tiempo es suficiente para dar la información necesaria según los objetivos de rehabilitación y se evita que el paciente pierda el interés por estar mucho tiempo en un mismo tipo de actividad.
- En los primeros 10 minutos se creara un ambiente educativo y un estado psíquico favorable hacia la práctica de la actividad física acondicionando los sistemas cardiorrespiratorios y osteomioarticular.
- La parte principal debe ser de 30 a 35 minutos. El ejercicio físico terapéutico se empleó como elemento principal para la potenciación de las capacidades físicas.
- El tipo de ejercicio utilizado ha de ser aeróbico, dinámico, isotónico, con participación de todos los grupos musculares.
- Se ejecutaron ejercicios de calentamiento y respiratorios en la parte inicial; los juegos menores, los ejercicios de resistencia aeróbica, movilidad articular, y respiratorios, en la parte principal y los ejercicios de relajación, movilidad articular, respiratorios y recuperación en la parte final.
- Fueron planteados objetivos de naturaleza formativa de valores, hábitos, destrezas intelectuales y motoras.
- Siempre evitar la aparición de estados agudos que lleven a la descompensación de la enfermedad de base del paciente.
- Las sesiones del método de ejercicio físico terapéutico no se iniciaban o se suspendieron si las cifras de tensión arterial se encontraban por encima de 130-140/95-99 mm Hg. También se suspendió o no se iniciaba la actividad física en presencia de manifestaciones agudas objetivas y/o subjetivas de fatiga, intolerancia al ejercicio físico, descompensación de la enfermedad de base, síntomas y/o signos clínicos de enfermedades agudas sobreañadidas. En la investigación, los pacientes que presentaron algunas de estas manifestaciones no implicaron que fuera necesario su salida del programa.

- Se dispuso, según los recursos con que se contaba, de alternativas para la realización de las actividades físicas en función de las características individuales del paciente. Se evitaba la monotonía y el desánimo del paciente.
- Siempre se debe tratar de mantener la equidad en la distribución de las tareas durante los juegos y aumentar progresivamente la complejidad y el nivel de esfuerzo de estos en dependencia a las condiciones físicas del paciente.
- Las actividades físicas se realizarán en contacto con la naturaleza, siempre que sea posible, junto a otros materiales de soportes como la música, manifestaciones culturales, entre otras.
- La tendencia principal de las actividades físicas fueron facilitar la integración social y laboral futura del paciente.
- En cada sesión de trabajo se procuró el desarrollo de la autoexpresión y la comunicación interpersonal a través del diálogo abierto. Se suprimieron las conductas con tendencias a la sobreprotección muchas veces presente en el personal encargado de la rehabilitación en estos pacientes.
- Fueron realizadas actividades del tipo psicofísicas como fue el trabajo en el gimnasio terapéutico, actividades de psicomotricidad, expresión corporal y deporte.
- El trabajo en grupo fue de las modalidades más utilizadas para facilitar la socialización e interacción del trinomio personal de salud-paciente-otros pacientes. Estos grupos nunca deben estar formados por más de ocho personas para garantizar la atención y la posibilidad de participación de todos. Se realizaron modelaciones y representaciones de situaciones reales encaminadas a modificar la conducta, juegos pasivos y de salón, actividades socializadoras como excursiones, cumpleaños colectivos, entre otras.
- Realizar charlas educativas con pacientes y familiares encaminadas a dar a conocer los beneficios de las actividades de rehabilitación logrando la participación de algún miembro de la familia como coterapeuta, lo que garantiza el seguimiento del proceso de rehabilitación una vez reincorporado a la

sociedad. Es pertinente señalar que esto no siempre se logra, pues existe rechazo y estigmatización sobre estos pacientes desde la familia y la sociedad.

- La aplicación del programa supuso la constante superación del equipo de salud mental, unido al altruismo, amor y humanismo que caracteriza este tratamiento. Se trabajó en la prevención del síndrome de desgaste profesional en el rehabilitador.

El programa se ejecutó en un tiempo de seis meses, según como fue diseñado, teniendo en cuenta las acciones y actividades que incluye. Se mantuvo la rehabilitación una vez vencido el tiempo previsto a modo de refuerzo con énfasis en las acciones dirigidas a mantener la independencia de las AVD y las AIVD para promover el mayor grado de autonomía posible del paciente en todos los aspectos relacionados con su enfermedad.

Lo antes expuesto se refiere a que el programa de rehabilitación a pesar de estar diseñado para ejecutarse durante seis meses, una vez cumplido este periodo se mantienen actividades dirigidas a reforzar las acciones de autocuidado como el aseo personal, hábitos saludables de alimentación, sueño, entre otros. Se refuerza las habilidades para el cuidado de la salud a través del conocimiento de enfermedades comunes, realizar ejercicio físico, lo relacionado con el orden e higiene del lugar donde duerme, manejo de elementos sociales intrahospitalarios y orientación sociocultural.

Se brindó información a pacientes y familiares respecto a la esquizofrenia y sus tratamientos lo que contribuyó a disminuir manifestaciones de negación de la enfermedad, estigmas asociados y creencias sociales. Se desarrollaron actividades teniendo en cuenta la inclinación vocacional y aptitudes del paciente relacionadas con limpieza, lavandería, actividades en la cocina que no implicaran peligro para el paciente y otros trabajadores, arteterapia, jardinería y cultivos. Todo esto facilita la futura reinserción social del paciente como objetivo fundamental.

El programa actual incluye la evaluación inicial de los que serán incluidos en el mismo, la intervención con las acciones y actividades previstas y la obtención de resultados una vez aplicados el programa de rehabilitación. Primeramente, se

indagó acerca de la historia ocupacional del paciente, sus intereses, fortalezas, limitaciones y preocupaciones. Se desarrolló el programa como estaba previsto en conjunto con los pacientes y se establecieron objetivos terapéuticos.

El programa se desarrolló con un trabajo en equipo, para rehabilitar al paciente de forma integral. Se seleccionaron la modalidad a utilizar, formas de implementar las diferentes sesiones, lugar donde llevar a cabo las actividades que fuera lo más agradable posible al paciente, frecuencia semanal y duración de las sesiones.

Se definió los tipos de intervenciones según los objetivos establecidos. Las formas para aplicarlas, individuales, grupales o familiares, se utilizaron según fuera necesario para ir logrando las metas y objetivos acordados. Se proporcionó por el equipo de salud mental las estrategias para que los pacientes alcanzaran destrezas y habilidades que les permitirían adecuar su funcionamiento ocupacional a sus propias necesidades y a los requerimientos del entorno. Se da una serie de posibles técnicas a utilizar para escoger cual se adaptaría mejor según la planificación de las actividades

Las acciones y actividades se basaron en el entrenamiento de las capacidades de los pacientes mediante técnicas psicopedagógicas (instrucciones, moldeamiento de la conducta, modelado, juego de roles, entre otros). Siempre se tuvo en cuenta las limitaciones que aparecen en el procesamiento cognitivo, en las habilidades de comunicación e interacción social, dadas las características de los investigados.

Cuando algún paciente presentaba desinterés o apatía en relación a las actividades, el personal de salud aconsejaba al paciente, negociaba con él mejores opciones, estrategias, alternativas y soluciones con el fin de hacer consciente la elección de actividad y ocupación significativa para él. Se trabajó para lograr un individuo con responsabilidad y capacidad de decisión sobre su propia vida y sobre la situación que le está aconteciendo.

El programa es dinámico y se modifica el diseño según los resultados obtenidos. Es flexible y abierto a modificaciones.

3.3. Etapa 3. Viabilidad del programa

- **Viabilidad de la propuesta teórica**

En cuanto a la viabilidad del programa propuesto, primó el criterio favorable entre los especialistas consultados hacia la posibilidad de su implementación con éxito. Se presentan a continuación algunas de las opiniones ofrecidas por los especialistas incluidos en el estudio:

E 1. “Considero que a través de la teoría que sustenta el estudio, se explica la relación entre el paciente y el equipo de salud mental. Se evidencia como los elementos del entorno propician que la enfermera, como parte del equipo de salud mental, coordine los cuidados y se aporten experiencias, conocimientos y recursos para mejorar la calidad y cantidad de la rehabilitación.”

E 2. “Los pacientes adultos esquizofrénicos se nutren de la rehabilitación y aprenden a cuidarse con el apoyo y las acciones de intervención. Se ponen de manifiesto la comunicación, la empatía y los valores.”

E 3. “Entre todos rehabilitan, y son rehabilitados. Manifiestan que la interdisciplinariedad y la intersectorialidad constituyen herramientas importantes en la rehabilitación y consolidan la misma.”

E 4. “Creo que la teoría que se presenta es adecuada y se ajusta a lo que se pretende. Ustedes tienen una gran fortaleza con el cuerpo teórico que tienen. Cualquiera de ellas pudiera servir de soporte a la teoría de la rehabilitación.”

E 5. “Se refleja bien todo lo relacionado con la rehabilitación. Todos aportamos un granito de arena para rehabilitar al paciente adulto esquizofrénico de forma dinámica y adecuada”.

E 6. “La metodología cualitativa es lo ideal porque permite ir hasta el fondo del problema y buscar la solución, y la solución la ofrecen los mismos que tienen el problema, ellos mismos lo identifican y ellos mismos como que te dan la solución de cierta manera porque todos participan en el proceso”.

E 7. “La planificación de las actividades identifica todos los problemas existentes: debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades, y es ahí donde vamos a obtener lo positivo, lo negativo y vamos a encausarlo para dar solución a un

problema. Creo que la única manera de relacionar todo es con la planificación de las actividades. Ahí se involucra el equipo de salud mental. Todos aportan de manera organizada y planificada. Eso dará muchos frutos porque va a permitir identificar otros problemas y otras alternativas de solución en la medida que ejecutes el plan de acción y vayas evaluando”.

E 8. “Está todo, todo forma parte del entorno, es ahí donde se da la relación entre el paciente adulto con esquizofrenia y el equipo de salud mental. Lo considero bien diseñado. Es notoria la asociación que se crea con el programa entre la reducción de la capacidad del ejercicio físico en adultos con esquizofrenia, con una disminución de la funcionalidad y con la aparición de síntomas negativos. Pienso que llevar a cabo la actividad física para promover los recursos saludables del adulto con esquizofrenia con el fin de lograr su reinserción social hace que el volumen del hipocampo aumente en respuesta al ejercicio.”

“Considero primordial emplear diferentes habilidades y recursos cognitivos que implican un funcionamiento global del encéfalo, involucrando la activación de regiones y estructuras, tanto corticales como subcorticales que, conectadas a través de millones de fibras nerviosas, permiten que la comunicación y su contenido se extiendan desde el sistema nervioso central a los nervios periféricos.”

E 9. “Observé a través de la lectura de la propuesta cómo se logró la incorporación neurofuncional del individuo en su cotidianidad en función de la actividad del proceso cognitivo (visuoespacial, construccional, procesamiento fonológico, inhibición, razonamiento, coherencia, memorización, coordinación de movimiento, entre muchos otros que se busquen estimular, habilitar o rehabilitar). Soy del criterio que aumentar el grado de dificultad del contenido y la forma de realizar la terapia, desde una estructuración alta y una orientación en las tareas, pudo hacer al paciente avanzar hacia una focalización creciente de las interacciones grupales, y de un comportamiento inicialmente dirigido por el terapeuta. “

“Estoy plenamente identificado con la idea de que los ejercicios se realizaron inicialmente con materiales neutros, sin carga emocional para los pacientes y a medida que se avanza en el programa, tienen una carga emocional mayor. Los

objetivos terapéuticos se elaboraron individualmente para cada paciente a través de un preciso análisis de sus problemas y de su conducta.”

“Desde el punto de vista estructural, me inclino a favorecer caracterizar la propuesta por la implementación de un sistema de acciones y actividades a corto, mediano y largo plazo que permitió la transformación de la dirección del proceso, que incluye el cambio de implementación de rehabilitación hasta ahora establecida, se realizarán actividades que intervendrán en las áreas o esferas psicológicas conativas, cognitivas y afectivas.”

E 10. “Creo que verdaderamente se consiga la mejoría de los síntomas como el fortalecimiento del sistema musculo esquelético que favorece la independencia física y mejor locomoción, resocializar a los individuos afectados, disminución de la abulia característica en estos pacientes, reincorporar hábitos adecuados de higiene, así como lo relacionado con las actividades de la vida diaria.”

“Perfectamente de acuerdo con la distribución de los pacientes según grado de deterioro en pabellones independientes, desde el alto grado de deterioro (severo) y con altas necesidades asistenciales, pasando por un funcionamiento moderado, hasta llegar a los usuarios de alto funcionamiento y deterioro ausente o leve.”

“Pienso que es un logro invaluable que todos los pabellones reunieran las características establecidas para este tipo de pacientes sin barreras arquitectónicas, áreas de baños con las medidas de seguridad y adaptativas establecidas según normas para evitar discapacidades o limitaciones futuras, tomando como base los métodos y procedimientos para el logro de objetivos determinados con un tiempo concreto.”

Las opiniones de los especialistas tuvieron en cuenta los indicadores que se evaluaron para definir la viabilidad del programa para emitir sus criterios. La tabla 3.2 muestra los resultados:

Tabla 3.2 Opinión de los especialistas consultados sobre los indicadores que midieron viabilidad del programa

Opinión de los especialistas Indicadores	Viable		No viable	
	Nº	%	Nº	%
Plausibilidad	8	80	2	20
Justificación	10	100	0	0
Adecuación	8	80	2	20
Éxito	10	100	0	0

Los resultados arrojaron que la mayoría de los consultados estuvieron de acuerdo al considerar viable el programa. Solo dos de ellos emitieron criterios que debían ser corregidos en cuanto a su plausibilidad y adecuación.

3.4. Cuarta etapa. Aplicación del programa

- **Independencia física de los adultos esquizofrénicos hospitalizados antes y después de introducido el programa de rehabilitación integral**

Se presentan a continuación los resultados de la comparación de la independencia física antes y después de introducido el programa de rehabilitación integral.

Tabla 3.3. Descripción de los resultados de la independencia física de los adultos esquizofrénicos hospitalizados antes y después de introducido el programa de rehabilitación integral.

Independencia física	ANTES		DESPUÉS	
	N.º	%	N.º	%
Dependiente	13	20	5	7,7
Mínimo dependiente	33	50,77	13	20
Independiente	19	29,23	47	72,3
Total	65	100	65	100

Una alta proporción de adultos esquizofrénicos hospitalizados resultaron independientes en las AVD, el 72,3 %. Los cambios en cuanto a los niveles de rehabilitación se muestran en el Anexo 11. Estos resultados pudieron tener relación con lo enseñado en las acciones y actividades incluidas en el Programa, produciendo cambios en su independencia física.

Los cambios descritos de forma general pudieron estar relacionados con los logros que aportaron a la proporción de adultos esquizofrénicos hospitalizados que resultaron independientes en las AVD después de implementado el programa. No existió salidas del estudio (ningún participante se negó a continuar el estudio, no se presentaron crisis de su enfermedad ni se lamentó la muerte de ninguno) lo que pudiera estar relacionado con el efecto de las diferentes acciones y actividades desarrolladas durante el periodo que fue aplicado el programa.

Lo esencial fue medir el cambio en la independencia física. Antes de aplicar el programa predominó la categoría de Mínimo dependiente con 50,77 % y después de aplicado el mismo, se observó la categoría independiente en un 72,3 %, lo que constató la proporción de adultos esquizofrénicos hospitalizados que presentaron independencia en las AVD.

Se puede afirmar con un 93 % de confianza que existen diferencias significativas entre el pre prueba y pos prueba del grupo. Esto muestra una respuesta en los adultos esquizofrénicos hospitalizados que puede estar relacionado con la aplicación del programa para lograr una mejoría en la independencia física para las AVD.

3.5. Quinta etapa. Evaluación del programa

- **Satisfacción de los pacientes con la rehabilitación integral ofrecida**

Luego de seis meses de la aplicación práctica del Programa de Rehabilitación Integral para el adulto esquizofrénico hospitalizado mediante las acciones propuestas, se aplicó a todos los pacientes el cuestionario de satisfacción de usuarios. Fue aplicado por el investigador con el apoyo del equipo de salud mental. Algunos de los pacientes expresaron su satisfacción de forma verbal, otros mediante la ayuda del personal cuidador.

El nivel de satisfacción alcanzado entre los investigados se estableció según los indicadores que se tuvieron en cuenta. En la tabla 3.4 se refleja los resultados.

Tabla 3.4. Nivel de satisfacción de los pacientes estudiados una vez aplicado el programa de rehabilitación

Nivel de satisfacción	Nº	%
Muy satisfecho	2	3,07
Satisfecho	58	96,92
Poco satisfecho	3	4,61
No satisfecho	2	3,07
No puede responder	0	0

En cuanto a la rehabilitación ofrecida, los resultados son alentadores según la aceptación de las actividades realizadas y la relación con el personal encargado de llevarlas a cabo. En el análisis se pudo constatar, en general, que los pacientes se sienten satisfechos con la rehabilitación recibida del equipo de salud mental, solo dos de ellos manifestaron sentirse muy satisfechos. Los poco satisfechos y no satisfechos coinciden con los que no progresaron en sus niveles de rehabilitación. Se puede concluir que el tratamiento rehabilitador alcanzado con la aplicación del programa fue efectivo. Más del 70 % de los estudiados presentaron independencia para las AVD y AIVD después de puesto en marcha el programa de rehabilitación integral y más del 86 % de los pacientes presentaron cambios favorables que los llevaron a categorías superiores de independencia en comparación con la etapa inicial de aplicado el programa.. Los resultados de la comparación del antes y después arrojó que el programa propuesto pudo estar en relación con los cambios favorables en la independencia física del adulto esquizofrénico hospitalizado.

CAPÍTULO 4.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS SEGÚN LAS ETAPAS DE INVESTIGACIÓN SOBRE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL PARA EL ADULTO ESQUIZOFRÉNICO HOSPITALIZADO

En este capítulo se presenta la discusión de los resultados de la investigación.

4.1. Primera etapa. Diagnóstico (exploración y descripción)

- Características de los adultos esquizofrénicos hospitalizados estudiados.²¹⁰

Los resultados alcanzados en el presente estudio, pueden deberse a que muchas de las actividades cotidianas de estos pacientes son realizadas por los cuidadores de la institución, y otras no las realizan por su hospitalización, sobre todo las de tipo instrumentadas. Aunque individualmente en algunas actividades se evidencia dependencia, existe predominio de independencia funcional en las actividades básicas de la vida diaria.

Se concuerda con Campo,¹⁹ cuando plantea que los adultos alcanzan autonomía completa para las actividades de autocuidado, pero para realizar tareas domésticas, la utilización del tiempo libre y el uso de los recursos, existe dependencia de un cuidador. En el ámbito hospitalario los pacientes realizan actividades como la organización de sus camas, juegos pasivos, entre otras, pero algunos necesitan el apoyo del personal cuidador para llevarlas a cabo.

Navarro,²⁰⁶ encontró un mayor grado de independencia funcional y una mayor autonomía en las actividades de la vida diaria asociada a una mayor plasticidad, por el contrario, la mayor dependencia en la vida diaria se asocia igualmente a una menor plasticidad cognitiva. Según los resultados obtenidos en esta investigación, el deterioro funcional y la pérdida de plasticidad cognitiva son dos condiciones que se dan asociadas aún en ausencia de demencia y/o deterioro cognitivo severo.

Desde el punto de vista del autor, tiene implicaciones importantes a la hora de delimitar el concepto de dependencia, de buscar índices predictivos. Es pertinente considerar que los hallazgos encontrados se deben a la estadía hospitalaria prolongada de estos pacientes y a la presencia del cuidador.

Al analizar los resultados obtenidos en la presente investigación según afectividad, cognición y conducta, se inscribe como exponente con mayor representatividad el deterioro de la cognición en el 100% de los pacientes.

Similar fue el resultado obtenido por Campo,¹⁹ quien encontró que el 43,24 % de adultos son analfabetos y un 32,43 % tiene estudios primarios.

La puntuación en la memoria diferida, concentración y cálculo, lectura, escritura y dibujo, se vieron afectadas significativamente en los adultos mayores que participaron en la investigación. Según Cabrera y Morales,²¹¹ entre los diferentes factores que influyen sobre el puntaje del Mini Mental de Folstein (MMSE) se encuentran la edad y la escolaridad. La prevalencia de falsos positivos aumenta con un bajo nivel de escolaridad y la de falsos negativos con alto nivel de la misma. En la muestra del estudio hay un predominio de deterioro cognitivo grave y moderado, diferente a lo encontrado por Cañas et.al.²¹²

Estos déficits cognitivos constituyen un desafío para todos los profesionales involucrados en el tratamiento y la rehabilitación de los pacientes esquizofrénicos. Estas personas tienen una severa discapacidad cognitiva que afecta su vida y su funcionamiento cotidiano de un modo, aún más severo que los síntomas de la enfermedad. Por tanto, es necesario adecuar la práctica clínica de acuerdo con estas discapacidades.

Dentro de los síntomas positivos encontrados en el presente estudio, se destaca la desorganización del pensamiento, en los 65 sujetos (100%). En la investigación realizada por Lícea,²⁴ se obtuvo que el diagnóstico de esquizofrenia también se apoya de algunos criterios clínicos estos a base de pruebas psicométricas, pruebas de neuroimagen y neuropsicológicas.

Existen algunos criterios que clasifican de la enfermedad, tales como los síntomas positivos, referidos a delirios y/o alucinaciones, síntomas negativos,

desorganización del pensamiento, conducta y lenguaje. Estos síntomas deben presentarse con un mínimo de seis meses y que no se deban a otras situaciones tóxicas o psicopatológicas.²⁴

La esquizofrenia no suele ser de aparición súbita propiamente. Se desencadena con un primer período que oscila entre varios días hasta llegar a años, en los cuales el paciente presenta cambios mínimos de carácter, disminución de rendimiento, ansiedad y aislamiento social.

Cuando existe la aparición del primer episodio psicótico, suelen predominar los síntomas positivos. Para hacer un diagnóstico en esta fase, se requiere la determinación de tóxicos en la orina o en sangre, Tomografía axial computarizada (TAC) craneal y electroencefalograma.²¹³

Taborda et al.,³⁶ plantea que, ante el colorido espectro de síntomas positivos, con frecuencia los síntomas negativos son ignorados pese a ser persistentes, refractarios a los tratamientos farmacológicos actuales e indicadores de mal pronóstico. Faerden et al.,²¹³ en un estudio con 64 pacientes que recibieron seguimiento por un año, encontraron que la apatía era la característica clínica que más contribuía a la predicción de mal funcionamiento psicosocial de los pacientes, tras un primer episodio psicótico.

Las evidencias señalan la ineludible necesidad de establecer estrategias para el manejo desde las primeras etapas de la enfermedad que faciliten los esfuerzos de rehabilitación.^{214,215} Estas estrategias, en sus diferentes modalidades de aplicación, tendrán que siempre tener la visión integral de atención al paciente.

El autor es del criterio, en relación con los resultados obtenidos, que, como síntoma positivo, la desorganización del pensamiento que se presenta en los evaluados es característica de adultos con esquizofrenia. El pensamiento desorganizado es un síntoma común de esta enfermedad, como lo son el comportamiento y el lenguaje desorganizado, lo que implica poco razonamiento.

De los síntomas negativos caracterizados, el de mayor repercusión resultó el embotamiento afectivo. Teniendo en cuenta la revisión de la literatura científica realizada por el autor de esta investigación, los síntomas negativos de la

esquizofrenia suelen implicar una ausencia o disminución del funcionamiento normal y la conducta. Incluye la dificultad para experimentar placer por las cosas que antes le gustaba realizar (anhedonia-insociabilidad), la falta de energía y de interés (abulia-apatía), el empobrecimiento del pensamiento y la cognición (alogia), y el aplanamiento afectivo.

La creencia común es que los síntomas negativos tienden a empeorar dando lugar a un deterioro progresivo en el funcionamiento del paciente. Sin embargo, algunos estudios observacionales sugieren que estos síntomas son relativamente estables, mientras que los estudios más recientes reconocen que su curso es muy heterogéneo.²¹⁶

Según los resultados de este estudio, los síntomas negativos de la esquizofrenia presentan una reducción significativa con el paso del tiempo. Este resultado puede considerarse relativamente robusto, a pesar de la heterogeneidad clínica y metodológica de los estudios realizados.

4.2. Segunda etapa. Diseño del programa

La esquizofrenia es una de las causas de años de vida perdidos por discapacidad según estudios realizados.^{216, 217} Sin embargo, no se tienen datos epidemiológicos al respecto.

No se encuentran suficientes estudios donde se diferencie la prevalencia entre la esquizofrenia con síntomas positivos, negativos o mixtos. Lo que evidencia la necesidad de investigar a fondo la dinámica de la enfermedad y la proporción de sus tipos para ampliar la base de datos epidemiológicos y buscar mayores opciones en su tratamiento.

La base del tratamiento farmacológico son los antipsicóticos. Para la elección del medicamento apropiado, se deben tener en cuentas las características individuales de cada paciente, sus posibles efectos secundarios, la adherencia al tratamiento y la posible combinación de estos con otros medicamentos adicionales como las benzodiacepinas.

La terapia electro convulsiva (TEC) es un método para tratar ciertos trastornos mentales mediante la estimulación eléctrica del cerebro. Esta tiene indicación en

pacientes con trastornos afectivos (TAB, depresión) la esquizofrenia y otras psicosis, si cumple con especificaciones concretas para aplicarla.²¹⁸

Las combinaciones de estas modalidades de tratamiento con otras no farmacológicas ayudan, en su efecto sinérgico, en una mejor y más rápida mejoría de la sintomatología de los pacientes esquizofrénicos, sobre todo los hospitalizados. La rehabilitación en psiquiatría, con la amplia gama de sus posibilidades, constituye sin duda un tratamiento de elección para estos pacientes.

4.3. Tercera etapa. Viabilidad del programa

- Valoración de la viabilidad de la propuesta teórica

El grupo de especialistas consultados tuvieron en cuenta la plausibilidad del programa, llegaron al consenso de que se contaba con los medios necesarios para poder abordar el problema, solo 2 recomendaron el uso de medios de computación con los cuales no se contaba. Consideraron que aplicar el programa en la población seleccionada estaba justificado ya que pudiera resolver el problema fundamental de la investigación sin el empleo de tecnología. Concluyeron que tenía beneficios económicos y sociales.

La posibilidad de abordar la problemática encontrada, lleva a considerar el programa diseñado como adecuado para ello. La colaboración expresada en la integridad de la atención al paciente con la interdisciplinaria en su rehabilitación pudiera estar relacionada con el éxito alcanzado en estos pacientes.

Los especialistas consultados admiten que la planificación de las actividades constituye la alternativa para la puesta en práctica del programa. Porque permite identificar los problemas y priorizarlos, identificar fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas del entorno en el que se encuentran y mediante un plan de acción desarrollar tareas para dar solución al problema.

Se involucran todos los sujetos. Consideran novedosa su utilización en la práctica de la rehabilitación y destacan el papel protagónico del grupo de salud mental en la organización y conducción del proceso.

Los especialistas encuestados, basados en sus experiencias laborales y docentes, concuerdan en que la metodología empleada propicia la manera de obtener información amplia y detallada. Las experiencias y vivencias de los sujetos aportan elementos sólidos para la construcción del programa ya que ellos mismos identifican problemas y situaciones en la práctica a la misma vez que proponen alternativas de solución.

Son del criterio que los datos teóricos conforman un engranaje que conduce al Programa de rehabilitación integral al adulto hospitalizado con esquizofrenia. Aportaron que la sistematización teórica identifica que el Proceso de Rehabilitación, la metodología para la confección de programas de rehabilitación y los supuestos teóricos ponen de manifiesto los elementos seleccionados para la confección del programa y su fundamentación.²¹⁹

Admiten el uso del diagrama como representación gráfica del programa. Son del criterio que se evidencia la relación entre sus componentes en relación con el entorno y las categorías resultantes del proceso de investigación. El análisis del discurso de los especialistas condujo a valorar como viable el Programa de Rehabilitación al adulto con esquizofrenia a través del consenso, para su aplicación práctica en este tipo de rehabilitación.

4.4. Cuarta etapa. Aplicación del programa

Los resultados obtenidos exhiben que el nivel de rehabilitación que predomina es el 4. En anterior investigación realizada por el autor y otros colaboradores,^{61,220} destaca que la rehabilitación en psiquiatría ayuda a las personas con enfermedades mentales graves a mejorar su ajuste funcional y su inclusión social. Durante las últimas décadas, la rehabilitación que se lleva a cabo en pacientes con trastornos psiquiátricos ha logrado alcanzar cambios satisfactorios en cuanto a su actividad funcional. Esta tiene como objetivos poder lograr una vida independiente, un empleo competitivo, relaciones satisfactorias y mejor calidad de vida en este tipo de pacientes.

La rehabilitación en psiquiatría, tradicionalmente ha enfatizado la importancia de ayudar a las personas a través del desarrollo de habilidades y del acceso a los

recursos necesarios para aumentar su capacidad de ser exitosas, de llevar una vida y trabajo satisfactorios en entornos de aprendizaje y sociales de su elección. Las prácticas de la rehabilitación en psiquiatría son fortalezas, pragmáticas y centradas en problemas del mundo real, lo que la convierte en creativa e innovadora.

En artículo de Rodríguez et al.,⁸⁴ los autores estudiaron a los 72 pacientes ingresados en salas de larga estadía con un alto perfil rehabilitatorio, apreciándose que al inicio del estudio la mayoría se encontraba en el nivel I de rehabilitación y que después de 6 años de tratamiento, habían avanzado, en su generalidad, a los niveles II, III, IV y V, al ser incorporados a las diversas actividades de rehabilitación del programa. Cuando se analiza la investigación antes mencionada, se constata que las intervenciones estaban basadas en las terapias de grupos con charlas en lo fundamental, lo que puede explicar el periodo extendido de evaluación.

Los pacientes incluidos en la presente, a pesar de tener la mayoría un alto índice de estadía hospitalaria, poseen un aceptable nivel de independencia en sus AVD, debido a que se mantienen activos en gran parte de las actividades de su autocuidado y en actividades vocacionales, según preferencias, entre otras. Para ello es necesario lograr mantener o reforzar las habilidades que poseen y se incorporen las perdidas. Muchos de los pacientes estaban entre los niveles II y III, por lo que necesitaban recibir el programa aplicado.

A pesar del poco tiempo de implementación del programa, se evidencia haber ganado la incorporación de conocimientos y habilidades con el programa de rehabilitación. Todos estos avances pudieran tener una repercusión positiva en la salud familiar, en la sociedad y en la persona con esquizofrenia.¹⁸⁹

4.5. Quinta etapa. Evaluación del programa

- Satisfacción de los adultos esquizofrénicos hospitalizados con la rehabilitación ofrecida

En el análisis se pudo constatar, en general, que los pacientes se sienten satisfechos con la rehabilitación recibida. Dos de ellos manifestaron sentirse muy

satisfechos, los restantes manifestaron satisfacción. A pesar del poco tiempo de implementación del programa, se evidencia haber ganado conocimientos y habilidades para la rehabilitación lo cual tendrá una repercusión positiva en la salud familiar, en la de los miembros y en la persona con esquizofrenia.²²¹

El programa como guía de la práctica permite revelar que la rehabilitación conlleva a la independencia física con mejoría afectiva, cognitiva y conductual. Establece las pautas para enseñar a rehabilitar, rehabilitarse y ser rehabilitado en armonía con el entorno social.

Se evidenció satisfacción con las relaciones que se establecen entre los miembros del equipo de salud mental y el paciente. Establecer relaciones interpersonales adecuadas entre estos miembros, garantiza una rehabilitación con enfoque de sistema, íntegro, personalizado y holístico. Alivia la sobrecarga, la ansiedad y la desesperanza y tristeza del enfermo.

- Rigor de la investigación

Para evidenciar el rigor de la presente investigación, el autor asume los criterios para evaluar credibilidad. Está referida a si el investigador ha captado el significado completo y profundo de las experiencias de los participantes, particularmente de aquellas vinculadas con el planteamiento del problema.²²²

Tiene que ver también con la capacidad para comunicar el lenguaje, pensamientos, emociones y puntos de vista de los participantes. Se define como la correspondencia entre la forma en que el participante percibe los conceptos vinculados con el planteamiento y la manera como el investigador retrata los puntos de vista del participante.²²³

La misma se logra mediante:

a) Corroboración estructural: los datos como resultado de la aplicación de los instrumentos del estudio y las categorías que emergen del análisis de los mismos, mantienen una relación estrecha. Se establecen conexiones entre ellas que permiten llegar a un todo que lo constituye la rehabilitación con enfoque de sistema, lo que se pone de manifiesto en el paradigma codificado producto de la codificación axial.

b) Adecuación referencial: el estudio proporciona cierta habilidad para visualizar características de la rehabilitación de la persona esquizofrénica en la institución que antes no eran percibidas por el investigador.

Se registraron todos los eventos y experiencias mediante la comunicación verbal y no verbal. Algunas medidas que el autor adoptó para incrementar la credibilidad del estudio son: observación directa del comportamiento de los pacientes durante las actividades desarrolladas, muestreo intencional para la selección de los sujetos, revisiones externas al proceso de investigación, comparación entre teorías, chequeo de los datos con los participantes, descripciones detalladas, profundas y completas reflexiones sobre los prejuicios, creencias y concepciones del investigador para evitar sesgos.

- Limitaciones y fortalezas del estudio

La investigación contó con una muestra relativamente pequeña, se desarrolló en su totalidad en una misma institución con los mismos pacientes y personal de salud, contó con los recursos propios del hospital. Estas razones, constituyen limitaciones para la investigación.

A pesar de sus limitaciones, el autor considera que el Programa de Rehabilitación Integral para el paciente adulto esquizofrénico hospitalizado en hospitales psiquiátricos, es aplicable en cualquier contexto de instituciones hospitalarias teniendo en cuenta que existen ya establecidos los servicios de rehabilitación integral en cada una de las instituciones dedicadas a la atención de estos pacientes, con un personal calificado para ello. Esto contribuiría a ampliar el número de pacientes que pueden ser beneficiados y demostrar la factibilidad y efectividad o no del mismo. El investigador consideró que para la realización de estudios similares resulta necesario identificar los problemas de la práctica en cada escenario de acción. Es un programa flexible por lo que puede ser adaptado a otros contextos previa caracterización de los pacientes y el entorno institucional.

4.5.1. Evaluación del Programa de Rehabilitación Integral para el adulto esquizofrénico hospitalizado antes y después de introducido

En esta parte de la investigación, se consideró pertinente evaluar el proceso desde el inicio y durante la aplicación del programa. Los criterios de evaluación de resultados se midieron a través del pre-experimento con único grupo de pre y pos prueba.

Se evaluó el resultado/cambio y de relación causa-efecto. En el segundo caso se trata de determinar en qué grado se logra el resultado o cambio deseado, es decir, en qué medida se cumple el objetivo y para ello es necesario tener datos de antes y después. Es esta la evaluación que se previó realizar en la investigación.

La evaluación del programa se realizó por los resultados alcanzados con la aplicación de los métodos utilizados en la caracterización inicial. Se comprobó el establecimiento de diferencias significativas en la comparación del grupo antes y después de manera longitudinal en relación con la variable declarada: independencia física con mejoría afectiva, cognitiva, conductual de la entidad en estudio.

Lo esencial fue medir el cambio en cuanto a la independencia física alcanzada por estos pacientes. Antes de aplicar el programa predominó la categoría de Mínimo dependiente y después de aplicado, se observó cómo la categoría preponderante era Independiente.

Estudio realizado en Francia, ²²⁴ demuestra la efectividad de un programa de rehabilitación encaminado a ayudar a pacientes esquizofrénicos para poder tener la posibilidad de un empleo. Si bien este estudio no fue realizado en pacientes hospitalizados, demuestra los beneficios que se logran cuando se incorpora a la vida social a los pacientes esquizofrénicos, con lo que se coincide en la presente investigación.

Similares resultados obtuvieron Fekete et.al., ²²⁵ quienes concluyeron que, una vez implementado un programa de entrenamiento metacognitivo a pacientes con esquizofrenia, estos lograban mejoras en sus interacciones con el medio social.

Los estudios que se han realizado con población de personas que padecen esquizofrenia, han sido implementados de forma predominante en la comunidad. Los adultos esquizofrénicos hospitalizados con larga data de estadía necesitan la rehabilitación permanente encaminada a la mejora cognitiva, afectiva y conductual junto a la mejoría de los síntomas que estos puedan presentar.

Una vez aplicado el programa de rehabilitación a la población de la investigación, se pudo observar el progreso en las relaciones interpersonales y estado clínico lo que pudo estar relacionado con las actividades y acciones desarrolladas en este tiempo. Cuando los pacientes hospitalizados asumen labores acordes a sus intereses vocacionales, estos manifiestan satisfacción que se comprueba con los cambios positivos en su comportamiento.

Para la presente investigación se accedió a la revisión de Zoupa et.al.,²²² quienes encontraron beneficios de esta rehabilitación con o sin uso de medios de computación en una población de personas con esquizofrenia no hospitalizados. Los cambios alcanzados en los investigados desde el punto de vista cognitivo, pudieron estar relacionados con lo aprendido durante las diferentes acciones que se planificaron en el programa de rehabilitación. La progresión hacia niveles superiores de rehabilitación, puede ser el resultado de la mejoría en la esfera conductual de ellos.

También se logran cambios en la esfera afectiva con las acciones para la resocialización de estos pacientes. La mejor expresión de los sentimientos, el deseo de integrarse a las actividades que se realizaron, la mejoría en la comunicación que se pudo apreciar, son elementos a favor de la importancia del programa de rehabilitación implementado.

La mejoría en la independencia física lograda en los estudiados, estuvo condicionada por el progreso alcanzado en las esferas psicológicas cognitiva, afectiva y conductual. Hasta aquí lo expuesto demuestra que la rehabilitación integral es necesaria y debe mantenerse su refuerzo sistemático para conservar y superar los progresos alcanzados, todo lo que se traduce en una mejor calidad de vida de los adultos esquizofrénicos hospitalizados en el hospital psiquiátrico.

CONCLUSIONES

- Los fundamentos teóricos que aportan la presente investigación contribuyen a reducir el vacío existente entre la rehabilitación integral del adulto esquizofrénico hospitalizado, la independencia física y la mejoría afectiva, cognitiva y conductual de la entidad en estudio.
- Se diseñó el programa de rehabilitación integral para el adulto esquizofrénico hospitalizado que una vez aplicado pudo estar relacionado con cambios favorables en la independencia física con mejoría afectiva, cognitiva y conductual de la entidad en estudio.
- El grupo de especialistas consultado consideró que el programa propuesto resultó viable para el objetivo que se diseñó.
- Los pacientes adultos esquizofrénicos incluidos en el estudio mostraron satisfacción con la rehabilitación recibida inducida por el programa propuesto y mayor independencia física manifestada en su mejoría cognitiva, afectiva y conductual.

RECOMENDACIONES

A partir del análisis de los resultados que se obtienen en esta investigación se ofrecen las siguientes recomendaciones:

- Se recomienda a la Dirección del Hospital Psiquiátrico Docente Provincial de Sancti Spíritus, desarrollar estudios experimentales que fundamenten mejor y con mayor profundidad la relación rehabilitación integral y la mejoría cognitiva, afectiva y conductual en el adulto esquizofrénico hospitalizado en hospitales psiquiátricos, hallada en esta investigación.
- Se recomienda a la Dirección Nacional de Rehabilitación valorar la posibilidad de generalización del Programa de rehabilitación integral para el adulto esquizofrénico hospitalizado con el propósito de mejorar la calidad de vida de los pacientes y perfeccionar los servicios de rehabilitación en psiquiatría.
- Se recomienda a las autoridades competentes, diseñar estudios que posibiliten medir otros indicadores del proceso de rehabilitación integral del paciente esquizofrénico hospitalizado de acuerdo al contexto donde se aplique el programa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boland RJ, Verduin ML, Ruiz P. Preceded by (work): Sadock BJ. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. :118.
2. World Health Organization. Trastornos mentales. OMS. 2022 [citado 2022 Septiembre 20]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
3. Avilés-Castellanos GA. Caracterización de pacientes con esquizofrenia. Medisan. 2014 [citado 2022 Septiembre 20]; 18(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000500002
4. Barreira-Alsina I. De la psicosis a la esquizofrenia. Genealogía de un concepto y su impacto en la actualidad. Epistemología e Historia de la Ciencia. 2019 [citado 2022 Septiembre 20]; 4(1):5-32. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/afjor/article/view/23002>
5. Vieira dos Santos P, Guedes de Souza F, de Aquino-Lemos V, Sardinha LS. Dificuldades de aceitação da sociedade em relação a pessoas com esquizofrenia. Diálogos Interdisciplinares. 2019 [citado 2022 Septiembre 20]; 8(10):69-78. Disponible en: <https://revistas.brazcubas.br/index.php/dialogos/article/view/829>
6. Tenorio F. Psicose e esquizofrenia: efeitos das mudanças nas classificações psiquiátricas sobre a abordagem clínica e teórica das doenças mentais. Hist ciênc saúde-Manguinhos. 2016 [citado 2022 Septiembre 20]; 23(4):941-63. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/9r4mBrtsJ6w9RBd9hWSnTPb/?lang=pt>
7. López-Peláez J, Acosta-Pulido AP, Viveros-Balanta AV. Humanizando la atención de los pacientes con esquizofrenia desde los cuidados paliativos: un abordaje psicológico. En: Obando Cabezas L. Ed. científica. Aportes de la psicología en el ámbito hospitalario: la humanización en los servicios de salud como objetivo primario. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago

de Cali; 2020 [citado 2021 Marzo 20]: 209-238. Disponible en:
<https://doi.org/10.35985/9789585147164.6>.

8. Guía basada en la evidencia de la Asociación Psiquiátrica de América Latina y de la Asociación Psiquiátrica Mexicana para el tratamiento del paciente con esquizofrenia. Salud Ment. 2014 Abr [citado 2022 Marzo 20]; 37(Suppl 1):1-101. Disponible en:

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000700001

9. Moreira-Díaz LR, Palenzuela-Ramos Y, Dorta-Correa Y. Factores de riesgo para el debut esquizofrénico en pacientes de un servicio de psiquiatría. Progaleno. 2020 [citado 2022 Marzo 20]; 3(2). Disponible en:
<https://revprogaleno.sld.cu/index.php/progaleno/article/view/207/68>

10. López-Rodríguez P, Sanmillán-Brooks H, Cainet-Beltrán A, Olivares-Martínez OD. Algunas consideraciones teóricas relacionadas con el estudio de la esquizofrenia. Rev Inf Cient. 2015 [citado 2021 Marzo 20]; 93(5):1189-1206. Disponible en:

<https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/189>

11. Jakobsen A, Speyer H, Brix H, Hjorthøj C, Krogha J, Mors O, Nordentoft M. Asociaciones entre factores clínicos y psicosociales y factores de riesgo metabólicos y cardiovasculares en pacientes con sobrepeso y trastornos del espectro de la esquizofrenia: resultados iniciales y a los dos años del ensayo Change. Elsevier. 2018 [citado 2021 Marzo 20]; 199: 96-102. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29501386/>

12. Saiz-Ruiz J, de la Vega-Sánchez DC, Sánchez-Páez P. Bases Neurobiológicas de la Esquizofrenia. Clínica y Salud. 2010 [citado 2022 Marzo 20]; 21(3):235-54. Disponible en:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300004

13. Farré Martí JM, Lasheras-Pérez G, Alberto-Marcús M, Álvarez-Alonso MJ. ¿Cuál es el tratamiento de la Esquizofrenia y los T. Psicóticos? Hospital

Universitario Dexeus. [citado 2022 Marzo 20] Disponible en:
<https://www.psiquiatriapsicologia-dexeus.com/es/unidades.cfm/ID/5471/ESP/-cual-es-tratamiento-esquizofrenia-y-los-t-psicoticos-.htm>

14. Mirabal-Requena JC, Álvarez-Escobar B, Concepción-Pacheco JA. Rehabilitación en psiquiatría como problema social de la ciencia. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2020 [citado 09 Jul. 2022]; 45(4). Disponible en:
<http://revzoilomarinellosld.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2146>.
15. Lim K, Lee SA, Pinkham AE, Lam M, Lee J. Evaluation of social cognitive measures in an Asian schizophrenia sample. Schizophrenia Research: Cognition. 2019 [citado 09 Jul. 2022]. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.scog.2019.100169>
16. Olave C, Ubilla P. Programa de activación psicomotriz en adultos mayores institucionalizados con deterioro cognitivo y depresión. Psicogeriatría. 2011 [citado 09 Jul. 2022]; 3(4):173-6. Disponible en:
https://www.google.com/url?esrc=s&q=&rct=j&sa=U&url=https://www.scielo.cu/scielo.php%3Fpid%3DS0034-98872010000900001%26script%3Dsci_abstract%26tIng%3Des&ved=2ahUKEwixlCbiLT8AhVqi7AFHX3_CGUQFnoECAQQAg&usg=AOvVaw1PUrOmdRdtTLAqC3Wz-9vZ
17. Arias Y, Quiñones MC, Rodríguez O, Tejera AJ, Delgado EM. Estrategia Educativa para modificar variables psicológicas en el adulto mayor institucionalizado. MEDICIEGO. 2013 [citado 09 Jul. 2022]; 19(2):1-7. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol19_no2_2013/pdf/T1.pdf
18. Carrasco M, Martínez G, Foradori A, Valenzuela E, Ihle S, Paulo Marín P, et al. Identificación y Caracterización del adulto mayor saludable. Revista Médica de Chile. 2010 [citado 09 Jul. 2022]; 138(9):1077-83. Disponible en:
<https://www.google.com/url?esrc=s&q=&rct=j&sa=U&url=https://www.scielo.cu/scielo.php%3Fpid%3DS0034->

[98872010000900001%26script%3Dsci_abstract%26lng%3Des&ved=2ahUK
EwixlCbiLT8AhVqi7AFHX3_CGUQFnoECAQQAg&usg=AOvVaw1PUrOmd
RdtTLAqC3Wz-9vZ](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&lng=es&pid=S0864-03192018000400005&ing=es)

19. Campo-Torregroza E, Laguado-Jaimes E, Martín-Carbonell M, Camargo-Hernández KC. Funcionamiento cognitivo, autonomía e independencia del adulto mayor institucionalizado. *Rev Cubana Enfermer*. 2018 [citado 09 Jul. 2022]; 34(4): e1640. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000400005&ing=es.
20. Pinillos-Patiño Y, Prieto-Suárez E. Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, Colombia. *Rev. salud pública*. 2012 [citado 09 Jul 2019]; 14(3): 438-447. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000300007&ing=en.
21. Schmidt SJ, Mueller DR, Roder V. Social cognition as a mediator variable between neurocognition and functional outcome in schizophrenia: Empirical review and new results by structural equation modeling. *Schizophr Bull*. 2011 [citado 09 Jul. 2022]; 37(2):41–54. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3160114/>
22. Jirsaraie RJ, Sheffield JM, Barch DM. Neural correlates of global and specific cognitive deficits in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2018 [citado 09 Jul. 2022]; 201:237–42. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0920996418303505?via%3Dihub>
23. Green MF, Horan WP, Lee J, McCleery A, Reddy LF, Wynn JK. Social disconnection in schizophrenia and the general community. *Schizophr Bull*. 2018 [citado 09 Jul. 2022]; 44(2):242–9. Disponible en: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/44/2/242/3873531?login=true>

24. Líceca-Amador AG, Robles-Saavedra D, Díaz-Garfía CX, Juárez-Chávez J. Trastorno psiquiátrico-esquizofrenia. Escuela Superior Tepeji del Río. 2019 [citado 09 Jul. 2022]; 11. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/tepexi/article/view/3832/6010>
25. Ayuso-Mateos JL, Gutierrez-Recacha P, Haro JM, Chisholm D. Estimating the prevalence of schizophrenia in Spain using a disease model. Schizophrenia Research. 2006 [citado 09 Jul. 2022]; 86(1-3): 194-201. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0920996406002714>
26. López-Rodríguez P, Sanmillán-Brooks H, Cainet-Beltrán A, Olivares-Martínez OD. Algunas consideraciones teóricas relacionadas con el estudio de la esquizofrenia. Revinfcient. 2015 [citado 09 Jul. 2022]; 93(5): [aprox. 17 p.]. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/189>
27. Ådnanes M, Melby L, Cresswell-Smith J, Westerlund H, Rabbi L, Dernovšek MZ, et al. Mental health service users' experiences of psychiatric re-hospitalisation - an explorative focus group study in six European countries. BMC Health Serv Res. 2018 [citado 09 Jul. 2022]; 18(1): 1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3317-1>
28. Chevalier A, Ntala E, Fung C, Priebe S, Bird VJ. Exploring the initial experience. hospitalisation to an acute psychiatric ward. PLoS One. 2018 [citado 09 Jul. 2022]; 13(9): 1-17. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203457>.
29. Verbeke E, Vanheule S, Cauwe J, Truijens F, Froyen B. Coercion and power in psychiatry: A qualitative study with ex-patients. Soc Sci Med. 2019 [citado 09 Jul. 2022]; 223(12): 89-96. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.031>

30. Keogh B, Callaghan P, Higgins A. Managing preconceived expectations: Mental health service users experiences of going home from hospital: A grounded theory study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2015 [citado 09 Jul. 2022]; 22(9): 715-23. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jpm.12265>
31. Pena-Garijo J, Monfort-Escrig C. Cognición en la esquizofrenia. Estado actual de la cuestión (I): métodos de evaluación y correlatos neurales. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 2020 [citado 09 jul. 2022]; 40(137): 109-130. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352020000100007&lng=es.
32. Silva MA, Restrepo D. Recuperación funcional en la esquizofrenia. *rev.colomb.psiquiatr*. 2019 [citado 09 jul. 2022]; 48(4): 252-260. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502019000400252&lng=en.
33. Rastad C, Martin C, Åsenlöf P. Barriers, Benefits, and Strategies for Physical Activity in Patients with Schizophrenia. *PHYS THER*. 2014 [citado 09 Jul. 2022]; 94:1467-1479. Disponible en: <https://doi.org/10.2522/ptj.20120443>.
34. Silva MA, Restrepo D. Recuperación funcional en la esquizofrenia. *rev colomb psiquiat*. 2019 [citado 09 jul. 2022]; 48(4):252–260. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502019000400252&lng=en.
35. Harvey PD, Strassnig M. Predicting the severity of everyday functional disability in people with schizophrenia: cognitive deficits, functional capacity, symptoms, and health status. *World Psychiatry*. 2012 [citado 09 jul. 2022]; 11(2): 73-79. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3363376/>
36. Taborda-Zapata E, Montoya-González LE, Gómez-Sierra NM, Arteaga-Morales LM, Correa-Rico OA. Manejo integral del paciente con esquizofrenia: más allá de los psicofármacos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2016 [citado 09 Sep. 2022]; 45 (2): 118-123. Disponible en:

<https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S0034745015001110&r=379>

37. Rodríguez-Cárdenas O, Martínez-Hernández O, González-Ledesma Y, Rodríguez-Hernández LA, Zamora-Lombardía E, Sierra-Muñiz M. Rehabilitación integral del paciente con trastorno mental grave. Hospital Psiquiátrico de Matanzas. Rev.Med. Electrón. 2015 [citado 09 Sep. 2022]; 37(5): 479-487. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000500007&lng=es
38. Ohi K, Kataoka Y, Shimada T, Kuwata A, Okubo H, Kimura K, et al. Metaanalysis of physical activity and effects of social function and quality of life on the physical activity in patients with schizophrenia. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2018 [citado 09 Sep. 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00406-018-0903-5>
39. Cai J, Zhu Y, Zhang W, Wang Y, Zhang C. Comprehensive family therapy: an effective approach for cognitive rehabilitation in schizophrenia. Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2015 [citado 09 Sep. 2022]; 11: 1247–1253. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4446020/>
40. Vita A, Barlati S, Ceraso A, Nibbio G, Ariu C, Deste G, et al. Effectiveness, Core Elements, and Moderators of Response of Cognitive Remediation for Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. JAMA Psychiatry. 2021 [citado 09 Sep. 2022]; 78(8):848–858. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0620>
41. Millet-Rodríguez P, Blanco-Colunga C, Reyes-Escalona J. Necesidades de rehabilitación cognitiva en sujetos esquizofrénicos. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana. 2021 [citado 09 Sep. 2022]; 16 (1): [aprox. 17 p.]. Disponible en: <https://revhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/123>
42. Torres-Lugo DJ, Castillo-Ledo I, Rojas-Díaz I, Masot-Rangel A, Masot-Torres SJ, Cabrera-Pérez AE. La esquizofrenia: una mirada desde la ciencia, la

tecnología y la sociedad. Rev. Finlay. 2022 [citado 09 Sep. 2022]; 12(3): 322-330. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342022000300322&lng=

43. Díaz-Batista OL, Hadj-Alí BB. Propuesta de curso de postgrado sobre rehabilitación psicosocial para pacientes con trastornos mentales. EdumedHolguin2019. 2019 [citado 09 Sep. 2022]. Disponible en: <http://www.edumedholguin2019.sld.cu/index.php/2019/2019/paper/viewFile/214/144>
44. Ministerio de Salud Peruano. Manual para la capacitación a personal de salud en el programa psicoeducativo a familiares de pacientes esquizofrénicos crónicos. Gob.pe. 1995 [citado 09 Sep. 2022]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/419101/-336255113648126204820191107-32001-1jyifot.pdf?v=1573163365>
45. Pérez-Ruiz A, Pedraza-Pérez de Prado D, Macias-Miñoso D, Sánchez-López L, Sarduy-Lugo M, Collado-Cabañin L. Enfermería de avanzada en la rehabilitación y reinserción del paciente psiquiátrico a la comunidad. Acta Médica del Centro. 2018 [citado 09 Sep. 2022]; 12 (4): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/944>
46. Bestard-Ricoy J, Cutiño-Segura M. Psicoterapia de grupo para tratar pacientes con esquizofrenia hospitalizados en servicios de salud pública. MEDISAN. 2019 [citado 9 Sep. 2022]; 23 (1) Disponible en: <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/2415>
47. Viktorova NT, Sharapova DN, Turayev BT, Shernazarov F. Formation of rehabilitation motivation in the conditions of the medical and rehabilitation department of a psychiatric hospital. Science and innovation international scientific journal. 2023 [citado 12 Dic. 2023]; 2(11):82-89. Disponible en: <http://scientists.uz/view.php?id=5614>

48. Vita A, Barlati S. Recovery from schizophrenia: is it possible? Current opinion in psychiatry. 2018[citado 12 Dic. 2022]; 31(3): 246–255. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000407> https://journals.lww.com/co-psychiatry/fulltext/2018/05000/recovery_from_schizophrenia_is_it_possible.12.aspx
49. Shimada T, Inagaki Y, Shimooka Y, Kawano K, Tanaka S, Kobayashi M. Effect of individualized occupational therapy on social functioning in patients with schizophrenia: A five-year follow-up of a randomized controlled trial. Journal of psychiatric research. 2022[citado 12 Ene. 2023]; 156: 476–484. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.10.066> <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022395622006185?via%3Dihub>
50. Shimada T, Ohori M, Inagaki Y, Shimooka Y, Ishihara I, Sugimura N, et.al. Effect of adding individualized occupational therapy to standard care on rehospitalization of patients with schizophrenia: A 2-year prospective cohort study. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2019[citado 12 Dic. 2022]; 73(8): 476–485. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/333025269_Effect_of_adding_individualized_occupational_therapy_to_standard_care_on_rehospitalization_of_patients_with_schizophrenia_A_2-year_prospective_cohort_study
51. Ramos-Cordova Y, Rodríguez-La-Fuente M, de-Bowen-Balon Y, Bermúdez-Fernández L, Acuña-Tornés V. Bienestar psicológico en pacientes con esquizofrenia del Hospital Psiquiátrico de La Habana. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana. 2020[citado 12 Dic. 2023]; 17 (3) Disponible en: <https://revhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/178>
52. Millet Rodríguez P, Blanco Colunga C, Reyes Escalona J. Necesidades de rehabilitación cognitiva en sujetos esquizofrénicos. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana. 2021 [citado 12 Dic. 2023]; 16 (1): [aprox. 17 p.]. Disponible en: <https://revhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/123>

53. Lu S, Zhao Y, Liu J, Xu F, Wang Z. Effectiveness of Horticultural Therapy in People with Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021 [acceso 11 Sep. 2022]; 18(3): 964. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph18030964>
54. Mirabal-Requena JC, Alvarez-Escobar B, Concepción-Pacheco JA, Naranjo-Hernández Y. Rehabilitation For Hospitalized Patients With Schizophrenia. *Int J Psychiatry*. 2022 [citado 11 Sep. 2022]; 7(4), 182-185. Disponible en: <https://www.opastpublishers.com/peer-review/rehabilitation-for-hospitalized-patients-with-schizophrenia-4557.html>
55. Organización Mundial de la Salud. Rehabilitation in health systems: guide for action. WHO. 2019 [citado 16 Sep. 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1236553/retrieve>
56. Consultorio de Rehabilitación Integral. Concepto de Rehabilitación. 2009 [citado 20 Sep. 2022]. Disponible en: <http://consultoriorehabilitacionintegral.blogspot.com/2009/04/concepto-de-rehabilitacion.html>
57. Sainz de Murieta E, Cisneros MT. Rehabilitación y capacidad funcional en la salud del siglo XXI. *Anales Sis San Navarra*. 2022 [citado 20 Sep. 2022]; 45(3): e1028. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272022000300001&lng=es.
58. Programas de rehabilitación física para niños y adultos. Healthincuba. [citado 20 Sep 2022]. Disponible en: <https://www.healthincuba.com/tratamientos-de-rehabilitacion.html>
59. Mirabal-Requena J, Alvarez-Escobar B, Concepción-Pacheco J, Rojas-Sánchez G. Rehabilitación integral en psiquiatría para la independencia física en pacientes esquizofrénicos hospitalizados. *Rev. Cuba. de Medicina Mil.* 2023 [citado 10 Dic 2023]; 52 (4) Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/16149>

60. Martínez-González H, Vidal C, Alfonso-Carrillo E, Rodríguez-Machado IdelC. Rehabilitación en Psiquiatría. Consideraciones teóricas y una propuesta integral. Rev. Hosp. Psiq. Hab. 2010 [citado 28 Oct. 2022], 7(1). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0110/hph11110.html>
61. Peña-Galbán LY, Clavijo-Portieles A, Casas-Rodríguez L, Fernández-Chirino Y, Bermudez-Santana O, Ventura-Velázquez RE. Desarrollo y perspectivas de la salud mental en Cuba. RevCubMedMil. 2013 [citado 16 Sep. 2022]; 42(2): 221-234. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572013000200011&lng=es
62. Lara Tapia H. Algunos problemas y soluciones en la rehabilitación psicosocial del enfermo psiquiátrico y neurológico. Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2017 [citado 16 Sep. 2022]; 37(3): 122-129. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2004/nnp043c.pdf>
63. Rodríguez-Masó S. Programa Nacional de Rehabilitación En Cuba. International Agency for the Prevention of Blindness .2019 [citado 28 Oct 2022]. Disponible en: <https://www.iapb.org/news/programa-nacional-de-rehabilitacion-en-cuba/>
64. Sutu A, Moro-Ipola M, Mezquita-Guillamon L. Programa de rehabilitación neurocognitiva para pacientes con trastorno mental grave. Un estudio piloto. ÀGORA DE SALUT. 2015 [citado 28 Oct. 2022]; 1(27): 349-358. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6035/AgoraSalut.2015.1.27>
65. Programas de salud. Programa de salud mental. Universidad San Sebastian salud Pública, España. 2014 [citado 28 oct. 2022]. Disponible en: <https://programas-de-salud.webnode.es/programa-de-salud-mental/>
66. Servicio Aragonés de Salud. Programa de rehabilitación y reinserción psicosocial en salud mental. Comunidad Autónoma de Aragón. 2003 [citado 28 oct. 2022]. Disponible en: https://www.aragon.es/documents/20127/674325/PROGRAMA_REHABILIT

[ACION REINSERCIÓN PSICOSOCIAL SALUD MENTAL 2003.pdf/95215167-5230-f893-o5ff-7e947612b22f](https://www.revistatoq.com/num23/pdfs/editorial.pdf)

67. Muñoz-Palm RDC. Terapia Ocupacional en Contextos Hospitalarios. TOG (A Coruña). 2016 [citado 28 oct. 2022]; 13(23): [12 p.]. Disponible en: <http://www.revistatoq.com/num23/pdfs/editorial.pdf>
68. Patiño-Garzón L. Aportes del enfoque histórico cultural para la enseñanza. Educación y Educadores. 2007 [citado 28 jun. 2024]; 10(1):53-60. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-12942007000100005&lng=en&tlng=es
69. Paz HR. Modelos fisiopatológicos de la esquizofrenia; de dopamina a glutamato, de glutamato a GABA. Rev. chil. neuro-psiquiatr. 2005 [citado 27 Ago. 2024]; 43(4): 314-328. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272005000400006&lng=es
70. Araripe-Neto AGA, Affonseca-Bressan R, Busatto-Filho GI. Fisiopatología da esquizofrenia: aspectos atuais. Rev. Psiq. Clín. 2007 [citado 27 Ago. 2024]; 34(2): 198-203. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000800010>
71. de Erausquin GA, Masciotra L, Landreau F, Conesa HA. Fisiopatología de la esquizofrenia. En: Marchant N, Moncharlon Espinoza A. Tratado de psiquiatría. Tomo II. 2006 [citado 27 Ago. 2024]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/324223189_Capitulo36_Fisiopatologia_de_la_esquizofrenia?enrichId=rgreq-29ebe14de8bf272f7103d08b312c3bf3-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzMyNDIyMzE4OTtBUzo2MTlwMiq2MjAyMzA2NTZAMTUyMjkzMDQwMjEzNw%3D%3D&el=1_x_3&esc=publicati onCoverPdf
72. Mullor D, Gallego J, Cangas AJ, Aguilar-Parra JM, Valenzuela L, Mateu JM, et. al. Efectividad de un programa de actividad física en personas con trastorno mental grave. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la

- Actividad Física y del Deporte/International Journal of Medicine and Science of Physical Activity and Sport. 2017[citado 27 Ago. 2024]; 17(67):507.
73. Beguiristain A. Efectos del Deporte y Actividad Física en Personas con Esquizofrenia. NeuroRehab. 2021 [citado 27 de Ago. 2024]. Disponible en: <https://publicaciones.lasallecampus.es/index.php/NeuroRehabNews/article/view/547>
74. Ho RT, Fong TC, Wan AH, Au-Yeung FS, Chen EY, Spiegel D. Associations between diurnal cortisol patterns and life style factors, psychotic symptoms, and neurological deficits: a longitudinal study on patients with chronic schizophrenia. J Psychiatr Res. 2016[citado 27 de Ago. 2024]; 81:16-22.
75. Hempel RJ, Tulen JH, van Beveren NJ, Roder CH, Jong FH, Hengeveld MW. Diurnal cortisol patterns of young male patients with schizophrenia. Psychiatry Clin Neurosci. 2010[citado 27 de Ago. 2024]; 64(5):548-54.
76. Dallman MF, Akana S, Strack AM, Scribner KS, Pecoraro N, La Fleur SE, et al. Chronic stress-induced effects of corticosterone on brain: direct and indirect. Ann NY Acad Sci. 2004[citado 27 de Ago. 2024]; 1018(1):141-50.
77. dos Santos Chaves LG, Nogueira da Gama DR, Pinto de Castro JB, da Silva Gonçalves de Oliveira KB, Gomes de Souza Vale R. Cortisol and serotonin levels in schizophrenic Inpatients undergoing aerobic training. Rev Bras Med Esporte. 2020 [citado 27 de Ago. 2024]; 26(4):307-311. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rbme/a/47G4Lpx5Ny8yPc6bdKZMbpp/#:~:text=Individuais%20with%20schizophrenia%20tend%20to,inpatients%20are%20not%20well%20established.>
78. Sánchez-Lozano J, Martínez-Pizarro S. Eficacia del ejercicio aeróbico sobre los síntomas cognitivos en pacientes con esquizofrenia. MediCiego. 2024 [citado 27 de Ago. 2024]; 30:e3908. Disponible en: <https://doi.org/10.5281/zenodo.11281983>
79. Martínez LJ, Urrego-Correa S. Efectos de la neurorrehabilitación en la neuroplasticidad de pacientes con esquizofrenia: revisión documental.

- fisioGlía. 2019[citado 27 de Ago. 2024]; 6(2): 27-31. Disponible en: <https://dialnet.uniroja.es/servlet/oaiart?codigo=6905051>
- 80.López-Roa LM. Neuroplasticidad y sus implicaciones en la rehabilitación. Univ. Salud. 2012 [citado 1 de sep. 2024]; 14(2): 197-204. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072012000200009&lng=en.
- 81.Aguilar F. Plasticidad cerebral. Parte 1, Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social. 2003[citado 1 de sep. 2024]; 41(2): 1090-1099.
- 82.Guadamuz-Delgado J, Miranda-Saavedra M, Mora-Miranda N. Actualización sobre Neuroplasticidad cerebral. Revista Médica Sinergia. 2022[citado 1 de sep. 2024]; 7(6): e:829. Disponible en: <https://doi.org/10.31434/rms.v7i6.829>
- 83.Vega-Hurtado C. Importancia de las estrategias de comunicación entre médico y paciente. Rev Med Ist Mex Seguro Soc. 2020 [acceso]; 58(2):197-201. Disponible en: <https://doi.org/10.24875/RMIMSS.M20000017>
- 84.Díaz-Pérez D, Echeverría-León D, Romero-Almodóvar M. Cuidando a personas con discapacidad intelectual ¿Solo responsabilidad de mujeres? Revista Estudios del Desarrollo Social: Cuba y América Latina. 2021 [citado 28 oct. 2022]; 9(3): e2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-01322021000300002&lng=es&tlng=es
- 85.Nibbio G, Barlati S, Cacciani P, Corsini P, Mosca A, Ceraso A, Deste G, Vita A. Evidence-Based Integrated Intervention in Patients with Schizophrenia: A Pilot Study of Feasibility and Effectiveness in a Real-World Rehabilitation Setting. Int J Environ Res Public Health. 2020; 17(10):3352. DOI: 10.3390/ijerph17103352.
- 86.Dauwan M, Begemann MJ, Heringa SM, Sommer IE. Exercise Improves Clinical Symptoms, Quality of Life, Global Functioning, and Depression in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis. Schizophr Bull. 2016 [citado 28 oct. 2022]; 42(3):588-99. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv164>.

87. Salud Pública. Programa de salud mental y psiquiatría. Universidad San Sebastian. 2014 [citado 28 oct. 2022]. Disponible en: <http://programas-de-salud.webnode.es/programa-de-salud-mental/>
88. Servicio Aragonés de Salud. Programa de rehabilitación y reinserción psicosocial en salud mental. Comunidad Autónoma de Aragon. 2003 [citado 29 oct. 2022]
89. Vesterager L, Christensen TØ, Olsen BB, Krarup G, Forchhammer HB, Melau M, et.al. Cognitive training plus a comprehensive psychosocial programme (OPUS) versus the comprehensive psychosocial programme alone for patients with first-episode schizophrenia (the NEUROCOM trial): a study protocol for a centrally randomised, observer-blinded multi-centre clinical trial. *Trials*. 2011; 12:35. DOI: 10.1186/1745-6215-12-35.
90. Bestard-Ricoy J, Cutiño-Segura M. Psicoterapia de grupo para tratar pacientes con esquizofrenia hospitalizados en servicios de salud pública. *MEDISAN*. 2019 [citado 29 Oct. 2022]; 23 (1) Disponible en: <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/2415>
91. Keepers GA, Fochtmann LJ, Anzia JM, Benjamin S, Lyness JM, Mojtabei R, Servis M, Walaszek A, Buckley P, Lenzenweger MF, Young AS, Degenhardt A, Hong SH; (Systematic Review). The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2020; 177(9):868-872. DOI: 10.1176/appi.ajp.2020.177901.
92. Sandeep G, Subho Ch, Parmanand K, Ajit A. Guías de práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia. *Psiquiatría india J*. 2017 [citado 29 oct. 2022]; 59 (Suplemento 1): 19 – 33. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5310098/>
93. Guía basada en la evidencia de la Asociación Psiquiátrica de América Latina y de la Asociación Psiquiátrica Mexicana para el tratamiento del paciente con esquizofrenia. *Salud Ment [revista en la Internet]*. 2014 [citado 29 oct. 2022]; 37(Suppl 1): 1-101. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000700001&lng=es.

94. Avasthi A; Sahoo S; Grover S. Guías de práctica clínica para la terapia cognitivo-conductual para los trastornos psicóticos. Indian Journal of Psychiatry. 2020 [citado 29 Oct. 2022]; 62 (Suplemento 2): 251-262. Disponible en: https://journals.lww.com/indianjpsychiatry/Fulltext/2020/62002/Clinical_Practice_Guidelines_for_Cognitive.13.aspx
95. Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba. Programa de Especialidad de Primer Grado Medicina Física y Rehabilitación. 2023 [citado 29 Ago. 2024]
96. Grover S, Chakrabarti S, Kulhara P, Avasthi A. Clinical Practice Guidelines for Management of Schizophrenia. Indian J Psychiatry. 2017; 59(1): 19–33. DOI:10.4103/0019-5545.196972
97. Casas G. Los niveles de prevención y la rehabilitación del enfermo mental. Revista Cúpula. 1980 [citado 29 Oct. 2022]; 4(7):17-21. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v4n7/art3.pdf>
98. Rodríguez-Cárdenas O, Martínez-Hernández O, González-Ledesma Y, Rodríguez-Hernández LA, Zamora-Lombardía E, Sierra-Muñiz M. Rehabilitación integral del paciente con trastorno mental grave. Hospital Psiquiátrico de Matanzas. Rev.Med.Electrón. . 2015 [citado 28 oct. 2022]; 37(5): 479-487. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000500007&lng=es
99. Mijailov AI, Guiliarevskii RS. Curso introductorio sobre informática/documentación. La Habana: IDICT; 1979. pp. 12
100. Kafali HY, Bildik T, Bora E, Yuncu Z, Serpil-Erermis H. Distinguishing prodromal stage of bipolar disorder and early onset schizophrenia spectrum disorders during adolescence. Psychiatry Research. 2019 [citado 12 Sep. 2022]; 275: 315-325. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psychres>

101. Saiz-Ruiz J, de la Vega-Sánchez DC, Sánchez-Páez P. Bases Neurobiológicas de la Esquizofrenia. Clínica y Salud. 2010 [citado 12 Sep. 2022]; 21(3):235-54. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300004
102. Gerardo-Casas F. Los niveles de prevención y la rehabilitación del enfermo mental. [citado 12 Sep. 2022]. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v4n7/art3.pdf>
103. Dorado-Ramírez CA. Efectividad de los programas computarizados en rehabilitación cognitiva de pacientes con esquizofrenia. Pensamiento Psicológico. 2018 [citado 12 Sep. 2022]; 16 (2):73-86. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javerianacali>.
104. Cilag J. Síntomas de la esquizofrenia, ¿Cuáles son? Esquizofrenia24x7. 2017 [citado 12 Sep. 2022]. Disponible en: <https://www.esquizofrenia24x7.com/sobreesquizofrenia/sintomas-esquizofrenia/sintomas-comunes-esquizofrenia>
105. Guía basada en la evidencia de la Asociación Psiquiátrica de América Latina y de la Asociación Psiquiátrica Mexicana para el tratamiento del paciente con esquizofrenia. Salud Ment. 2014 [citado 15 Sep. 2022]; 37(1): 1-101. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000700001&lng=es.
106. Rus-Calafell M, Lemos-Giráldez S. Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos: principales cambios del DSM-5. C Med Psicossom. 2014 [citado 15 Sep. 2022]; 111. Disponible en: <http://www.p3-info.es/PDF/Esquizofrenia-otros-Trastornos-Psicoticos-Principales-cambios-DSM-5.pdf>
107. Organización Mundial de la Salud. CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad. OMS. 2023 [citado 2023 mayo 10]; 62-70. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fclid%2fentity%2f1683919430>

- 108.Keller WR, Fischer BA, Carpenter WT. Revisiting the diagnosis of schizophrenia: Where have we been and where are we going? *CNS Neurosci Ther.*2011 [citado 15 Sep. 2022]; 17(2): 83-88. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1755-5949.2010.00229.x>
- 109.Tandon R, Bruijnzeel D. The evolving nosology of schizophrenia: relevance for treatment. En, *Schizophrenia Recent advances in diagnosis and treatment*. Springer, New York. 2014:13-23
- 110.Keeley JW, Gaebel W, First MB, Peterson DL, Rebello T, Sharan P, et al. Psychotic disorder symptom rating scales: Are dichotomous or multi-point scales more clinically useful? An ICD-11 field study. *Schizophr Res.*2018; 202: 254-259.
- 111.Valle R. La esquizofrenia en la CIE-11: comparación con la CIE-10 y el DSM-5. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental.* 2020; 13(2): 95-104.
- 112.American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition: DSM-V*. APA. 2013; 5.
- 113.Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11) Guía de referencia*. OMS. 2023 [citado 12 Sep. 2023]. Disponible en: https://icd.who.int/es/docs/GuiaReferencia_CIE_11_Feb2023.pdf
- 114.American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. APA. 2013. Disponible en: [https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20%20DSM-5%20\(%20PDFDrive.com%20\).pdf](https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20%20DSM-5%20(%20PDFDrive.com%20).pdf)
- 115.Rodríguez-Masó S. Programa Nacional de Rehabilitación En Cuba. International Agency for the Prevention of Blindness .2019 [citado 15 Sep. 2022]. Disponible en: <https://www.iapb.org/news/programa-nacional-de-rehabilitacion-en-cuba/>
- 116.Vancampfort D, Basangwa D, Rosenbaum S, Ward PB, Mugisha J. Test-retest reliability and correlates of the Simple Physical Activity Questionnaire

- in Ugandan out-patients with psychosis. *Afri Health Sci.* 2020 [citado 16 Sep. 2022]; 20(3): 1438-1445. Disponible en: <https://doi.org/10.4314/ahs.v20i3.49>
- 117.Lim K, Lee SA, Pinkham AE, Lam M, Lee J. Evaluation of social cognitive measures in an Asian schizophrenia sample. *Schizophrenia Research: Cognition.* 2019 [citado 16 Sep. 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.scoq.2019.100169>
- 118.da Costa JRE, dos Anjos MF, Zaher VL. Para Compreender a Doença Mental Numa Perspectiva de Bioética. *Bioethikos.* 2019 [citado 5 nov. 2022]; 1(2): 103-110. http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/57/Para_compreender_a_doenca_mental.pdf
- 119.Audiffred-Jaramillo RI, González-Lozano LA, García de Alba García JE, García-Sandoval K, Almaraz-Cortez BA, Montes-Jacuinde KM, et al. El funcionamiento social en la esquizofrenia y la alta emocionalidad expresada desde una perspectiva familiar. *Psicumex.* 2022 [citado 5 nov. 2022]; 12: e465. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=667873518005>
- 120.Mirabal-Requena J, Alvarez-Escobar B, Naranjo-Hernández Y. Intervención para lograr la independencia física en los adultos mayores con esquizofrenia residual. *Arch Méd Camagüey.* 2021 [citado 11 Sep. 2022]; 25(3): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/8231>
- 121.Jäckel D, Kupper Z, Glauser S, Mueser KT, Hoffmann H. Effects of Sustained Competitive Employment on Psychiatric Hospitalizations and Quality of Life. *Psychiatric Services.* 2017 [citado 5 nov. 2022]; 68(6): 603-609. Disponible en: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600083>
- 122.Bedoya-Cardona EY. Funcionamiento social y cognitivo en pacientes con esquizofrenia. *Rev. Chil. Neuropsicol.* 2019 [citado 5 nov. 2022]; 14(2): 18-24. Disponible en: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/Dialnet-FuncionamientoSocialYCognitivoEnPacientesConEsquiz-7852998.pdf>
- 123.Agudín-Barrero N, Hidalgo-Pulpeiro C. Impacto en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en pacientes con diagnóstico de

esquizofrenia. Fnn. 2020 [citado 5 nov. 2022]. Disponible en: <https://cursosfnn.com/blogcursosfnn/revistas/revista-asdec-no-11/impacto-en-las-actividades-basicas-e-instrumentales-de-la-vida-diaria-en-pacientes-con-diagnostico-de-esquizofrenia/>

124. Torres M, Carvajal C, Caviares A. Estudio transversal de prevalencia y características del dolor crónico en pacientes con esquizofrenia. Rev méd Chile. 2021 [citado 5 Nov. 2022]; 149(7). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S003498872021000701023&script=sci_arttext&tlng=en
125. Florit-Robles A. La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. Apuntes de psicología. 2006 [citado 5 Nov. 2022]; 24(1-3):223-244. Disponible en: https://scholar.google.com/cu/scholar_url?url=https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/84941/10.pdf&hl=es&sa=X&ei=vwDRZvyTGLeNy9YP99yCoAY&scisig=AFWwaeYwBrdsWWtRK3HSiOh_9C0T&oi=scholar
126. Müller DR, Roder V. Integrated psychological therapy and integrated neurocognitive therapy. En: Roder V, Medalia A, editors. Neurocognition and social cognition in schizophrenia patients. Basic concepts and treatment. Basel: Karger. 2010 [citado 5 Nov. 2022]; pp. 118–44. Disponible en: <https://www.karger.com/WebMaterial/ShowFile/891197>
127. Penadés R, Catalán R, Pujol N, Masana G, García-Rizo C, Bernardo M. The integration of cognitive remediation therapy in to the whole psychosocial rehabilitation process: an evidence based and person centered approach. Rehabil Res Pract. 2012 [citado 5 Nov. 2022]; 2012:386895. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/rep/2012/386895/>
128. Hogarty GE, Flesher S. Developmental theory for a cognitive enhancement therapy of schizophrenia. Schizophr Bull. 1999 [citado 9 nov. 2022]; 25:677–92. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033410>
129. Brown EC, Tas C, Brüne M. Potential therapeutic venues to tackle social cognition problems in schizophrenia. Expert Rev. Neurother. 2012 [citado 09

- Jul 2019]; 12(1):71–81. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/rep/2012/386895/>
130. Matovelle-Romero LF, Guapisaca-Juca JF, Bueno-Pacheco GA, Tripaldi-Proañó DM. Rehabilitación cognitiva en los Trastornos Psiquiátricos. *Investigatio*. 2021 [citado 09 Jul 2022]; 16(2): 8-21. Disponible en: <https://revistas.uées.edu.ec/index.php/IRR/article/view/479/494>
131. Bowie CR, Bell MD, Fiszdon JM, Johannesen JK, Lindenmayer JP, McGurk SR, Wykes T. Cognitive remediation for schizophrenia: an expert working group white paper on core techniques. *Schizophrenia Research*. 2020 [citado 6 Nov. 2022]; 215, 49-53. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996419304827>
132. Hasan A, Guse B, Cordes J, Wölwer W, Winterer G, Gaebel W, Wobrock T. Cognitive effects of high-frequency rTMS in schizophrenia patients with predominant negative symptoms: results from a multicenter randomized sham-controlled trial. *Schizophrenia bulletin*. 2016 [citado 6 Nov. 2022]; 42(3), 608-618. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178113008123>
133. Ojeda N, Peña J, Bengoe txea E, García A, Sánchez P, Elizagárate E. Evidencias de eficacia de la rehabilitación cognitiva en psicosis y esquizofrenia con el programa REHACOP. *RevNeurol*. 2012 [citado 6 Nov. 2022]; 54(10):577–86. Disponible en: <https://docplayer.es/67030661-Evidencias-de-eficacia-de-la-rehabilitacion-cognitiva-en-psicosis-y-esquizofrenia-con-el-programa-rehacop.html>
134. Gabaldón-Poc O, Ruiz-Iriondo M, Bilbao-Ramírez M^a A, Burguera JM^a, Alústiza-García A, Erkizia-Amilibia B, et al. Rehabilitación cognitiva en trastornos psiquiátricos graves: aplicación de los subprogramas cognitivos de la terapia psicológica integrada (IPT). *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 2010 [citado 6 nov. 2022]; 30(1): 93-107. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352010000100005&lng=es.

135. Brown EC, Tas C, Brüne M. Potential therapeutic venues to tackle social cognition problems in schizophrenia. *Expert Rev. Neurother.* 2012 [citado 6 Nov. 2022]; 12(1):71–81. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/rep/2012/386895/>
136. Bowie CR, Bell MD, Fiszdon JM, Johannesen JK, Lindenmayer JP, McGurk SR, Wykes T. Cognitive remediation for schizophrenia: an expert working group white paper on core techniques. *Schizophrenia Research.* 2020 [citado 6 nov. 2022]; 215, 49-53. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996419304827>
137. Hasan A, Guse B, Cordes J, Wölwer W, Winterer G, Gaebel W, Wobrock T. Cognitive effects of high-frequency rTMS in schizophrenia patients with predominant negative symptoms: results from a multicenter randomized sham-controlled trial. *Schizophrenia bulletin.* 2016 [citado 6 nov. 2022]; 42(3), 608-618. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178113008123>
138. Muñoz-Mendiola J. Efectividad del subprograma de diferenciación cognitiva de la Terapia psicológica integrada en pacientes con esquizofrenia. [Tesis terminación de grado]. Alicante: Universidad Miguel Hernández de Elche. 2020 [citado 6 nov. 2022]. Disponible en: http://dspace.umh.es/bitstream/11000/27481/1/MU%c3%91OZ_MENDIOLA_Jessica_TFM.pdf
139. Torres-Hernández RC, González-Lorenzo C, Martín-Estévez A. Eficacia de las técnicas cognitivas en la esquizofrenia. Revisión sistemática. [Tesis terminación de grado]. Tenerife: Universidad de La Laguna. 2021 [citado 6 nov. 2022]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/23977/Eficacia%20de%20las%20tecnicas%20cognitivas%20en%20la%20esquizofrenia.%20Revision%20sistemica..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
140. Rebolleda Gil C. Tratamiento de la esquizofrenia: cómo trabajar la cognición social II. *NeuronUP.* 2021 [citado 6 nov. 2022]. Disponible en:

<https://blog.neuronup.com/tratamiento-de-la-esquizofrenia-como-trabajar-la-cognicion-social-ii/>

141. Loubat M, Garate R, Cuturrufo N. Investigaciones en rehabilitación cognitiva para pacientes con esquizofrenia (2004-2013): una revisión temática en beneficio de propuestas para etapas iniciales del trastorno. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*. 2014 [citado 6 nov. 2022]. 52(3), 213-227. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272014000300007&lng=es&nrm=iso
142. Beltrán-Posada V, Franco-Carvajal M, Gallo-Henao J A. Análisis del estado actual de la intervención terapéutica en la esquizofrenia: una revisión documental. 2020 [citado 6 nov. 2022]. Disponible en: <https://repository.uniminuto.edu/handle/10656/14249>
143. Rodríguez-Zeballos V. Rehabilitación cognitiva en esquizofrenia. [Tesis]. Universidad de la República Uruguay. 2019 [citado 6 nov. 2022]. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/22808/1/Rodr%C3%ADquez%20Zeballos%2c%20Victoria.pdf>
144. Mendoza-Flores MJE, Hernández-Loeza OR. Programa de psicoeducación para mejorar el desempeño de Personas con diagnóstico de esquizofrenia. México: Universidad Veracruzana. 2008 [citado 6 Nov. 2022]. Disponible en: <https://www.uv.mx/psicologia/files/2013/06/Programa-de-Psicoeducacion.pdf>
145. Tortosa-Rodenas A. Programa en psicoeducación y bienestar para personas con esquizofrenia en servicios de rehabilitación psiquiátrica intensiva. [Tesis]. España: Universidad Católica de Valencia. 2020 [citado 10 Nov. 2022]. Disponible en: https://riucv.ucv.es/bitstream/handle/20.500.12466/1381/TFG_TORTOSA_RODENAS_ANDREA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
146. González-Cases J, Rodríguez-González A. Programas de Rehabilitación Psicosocial en la Atención Comunitaria a las Personas con Psicosis. *Clínica*

y Salud. 2010 [citado 10 nov. 2022]; 21(3):319-332. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300009&lng=es

147. Huaman J. Programa de Rehabilitación Integral en Salud Mental: Sub-Programa de Rehabilitación Psicosocial: Publicado: 23 de diciembre de 2022. Anales de Salud Mental. 2024 [citado 10 jun 2024];12(1 y 2): 271-284. Disponible en: <https://openjournal.inism.gob.pe/revistasm/asm/article/view/305>

148. López-Marcelino LM. Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave: Propuestas desde Andalucía. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2007 [citado 10 nov. 2022]; 27(1): 187-223. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352007000100016&lng=es.

149. Madoz-Gúrpide A, Ballesteros-Martín JC, Leira-Sanmartín M, García-Yagüe E. Necesidad de un nuevo enfoque en la atención integral a los pacientes con trastorno mental grave treinta años después de la reforma psiquiátrica. Rev. Esp. Salud Pública. 2017 [citado 10 nov. 2022]; 91: 201701007. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272017000100300&lng=es.

150. López M, Laviana M. Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave: Propuestas desde Andalucía. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2007 [citado 10 nov. 2022]; 27(1): 187-223. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352007000100016&lng=es.

151. Carrasco-Ortega S. El enfoque del desarrollo y el modelo de intervención por programas. PublicacionesDidactica. 2009 [citado 10 nov. 2022]; 2: 206-383. Disponible en: <https://core.ac.uk/reader/235868227>

152. Falcón-Fariñas IN, de Dios-Martínez A, Macías-Llanes ME. Fundamentos teórico-metodológicos sobre evaluación de programas de salud. Rev Hum Med. 2022 [citado 10 ene. 2023]; 22(2): 233-256. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202022000200233&lng=es.

153. Naranjo M. Evaluación de programas de salud. *Comunidad y Salud*. 2006 [citado 10 nov. 2022]; 4(2): 34-37. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932006000200005&lng=es.
154. González-Benito A. Revisión teórica de los modelos de orientación educativa. *RECIE*. 2018 [citado 10 nov. 2022]; 2(2): 43-60. Disponible en: <https://revistas.isfodosu.edu.do/index.php/recie/article/view/110/98>
155. Pérez-Porto J, Gardey A. Programa de salud - Qué es, definición, tipos y ramas. *Definición de*. 2021 [citado 23 nov. 2022]. Disponible en: <https://definicion.de/programa-de-salud/>
156. Osorio-Jaramillo L, Medina MM, Cantillo-Ávila P, Medina Polanía AL, Cuartas-Alonso A, Guaqueta-Divo AC. Diseño, validación y pilotaje de un programa para la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales en las organizaciones. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*. 2022 [citado 10 ene. 2023]; 22(1):1-14. Disponible en: <https://doi.org/10.18270/chps..v2021i2.3775>
157. Naranjo M. Evaluación de programas de salud. *Comunidad y Salud*. 2006 [citado 10 ene. 2023]; 4(2): 34-37. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932006000200005&lng=es
158. Falcón Fariñas IN, de Dios Martínez A, Macías Llanes ME. Procedimiento para evaluar programas de salud desde un enfoque gerencial. *Retos de la Dirección*. 2021 [citado 10 ene. 2023]; 15(Supl. 1): 187-215. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-91552021000300187&lng=es&tlng=es.
159. Röhrig B, du Prel JB, Wachtlin D, Blettner M. Types of study in medical research: part 3 of a series on evaluation of scientific publications. *Dtsch Arztebl Int*. 2009 [citado 10 nov. 2022]; 106(15): [aprox. 6 p.]. Disponible en:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2689572/pdf/Dtsch_Arztebl_Int-106-0262.pdf

160. Contreras OR. La enseñanza de la educación física a la luz de los diferentes paradigmas de investigación educativa. 2007 [citado 10 nov. 2022]. Disponible en: <http://www.guadernsdigitals.net/articles/conceptos/conceptos6/c6enseñanza.htm>
161. Báxter E. El proceso de investigación en la metodología cualitativa. El enfoque participativo y la investigación acción. En: Metodología de la investigación educacional, Colectivo de autores (eds.), Ciudad de La Habana, Editorial Ciencias Médicas. 2006.
162. Fontano MI, Ross T, Quiroga SE, Hoffmann K. Terapia grupal en el tratamiento de la esquizofrenia: una revisión bibliográfica sobre los modelos terapéuticos y los problemas en su investigación empírica. Revista argentina de clínica psicológica. 2010 [citado 10 nov. 2022]; 2: 151-162. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921801005>
163. Barroso Niño M, Orozco Altamer MS, Herreño AC. Herramientas de participación en rehabilitación de base comunitaria para población con esquizofrenia. J nurs health. 2018 [citado 10 nov. 2022]; 8(2): e 188310. Disponible en: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/13026/9000>
164. Erickson KI, Voss MW, Prakash R S, Basak C, Szabo A, Chaddock L, et al. Exercise training increases size of hippocampus and improves memory. Proceedings of the National Academy of Sciences. 2011 [citado 10 nov. 2022]; 108(7): 3017-3022. Disponible en: <https://www.pnas.org/doi/epdf/10.1073/pnas.1015950108>
165. Ríos-Flórez A. En el camino de la neuropsicología básica a la aplicación clínica en patología; memoria, emoción y envejecimiento. Revista Poiésis. 2016 [citado 10 Nov. 2022]; 30: 71-77 Disponible en:

<https://revistas.ucatolicaluisamigo.edu.co/index.php/poiesis/article/view/1847/1472>

- 166.Serrano-Juárez CA. Las habilidades visoespaciales. Neuroup. 2021 [Citado 10 nov. 2022]. Disponible en: <https://www.neuronup.com/actividades-de-neurorrehabilitacion/actividades-para-funciones-cognitivas/actividades-de-habilidades-visoespaciales/rehabilitacion-neuropsicologica-de-las-habilidades-visoespaciales/>
- 167.Ordóñez Mora LT, Sánchez DP. Evaluación de la función neuromuscular. Universidad Santiago de Cali. 2020[Citado 10 nov. 2022]. Disponible en: https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w25740w/S2_R2.pdf
- 168.Sierra Benítez EM, León Pérez MQ. Plasticidad cerebral, una realidad neuronal. Rev. Ciencias Médicas.2019 [Citado 10 nov. 2022]; 23(2):599-609. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942019000400599&lng=es
- 169.Baños-Yeste I. Curso de entrenamiento en la escala PANSS. Fundación Sant Joan de Déu. 2014 [citado 12 nov. 2022]. Disponible en: <http://www.acmcb.es/files/425-5970-DOCUMENT/Banos-42-6Feb14.pdf>
- 170.Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. Schizophr Bull. 1987[citado 12 nov. 2022]; 13: 261-276.
- 171.Opler LA, Kay SR, Rosado V, Lindenmayer JP. Positive and negative síndromes in chronic schizophrenic inpatients. J.Nerv Ment Dis.1984 [citado 12 nov. 2022]; 172(6):317-325. Doi: 10.1097/00005053-198406000-00002
- 172.Mantilla-Guerra ML, Rubio-Gómez MJ. Guía para la aplicación de la técnica de grupo nominal. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. [citado 12 nov. 2022]. Disponible en: https://nuestroscursos.net/pluginfile.php/4816/mod_resource/content/2/GUIA%201%20Grupo%20nominal.pdf
- 173.Olaz-Capitán ÁJ, Ortiz-García P. La Técnica de Grupo Nominal. Una adaptación orientada hacia proyectos de intervención social. Editum.

- Ediciones de la Universidad de Murcia. 2021[citado 12 nov. 2022].
Disponible en: <https://doi.org/10.6018/editum.2895>
174. Amatriain H. Test de viabilidad. Argentina: Universidad Nacional de Lanus.
Disponible en: https://silo.tips/queue/universidad-nacional-de-lanus-licenciatura-en-sistemas-ingenieria-de-softwareem?&queue_id=&v=1700199071&u=MTUyLjIwNi4yNDuMTE3
175. Mirabal-Requena JC, Álvarez-Escobar B, Concepción-Pacheco JA, Rojas-Sánchez GA, Oviedo-Cornelio Y. Capacitación sobre rehabilitación integral de pacientes esquizofrénicos de un hospital psiquiátrico. Rev Méd Electrón. 2024 [citado 25 Sep. 2024]; 46(0). Disponible en: <https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/5507>
176. Agreda-Carrillo ER, Galindo-Morales ML, Karla-Elina Larios-Falcón KL, Arévalo-Flores JM, Cruzado L. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre depresión mayor en médicos residentes de un hospital de tercer nivel de atención en Lima, Perú. Rev Neuropsiquiatr. 2017 [citado 12 nov. 2022]; 80 (2). Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v80n2/a03v80n2.pdf>
177. Ávila-Garrido R, Martínez-Orihuela C, Lozano-Luzón M. ¿Qué conocimientos tiene la sociedad a cerca de la salud mental? 16º Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Interpsiquis 2015. 2015 [citado 12 nov. 2022]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/trabajos/4COMUN3CVP2015.pdf>
178. Dauwan M, Begemann MJ, Heringa SM, Sommer IE. Exercise Improves Clinical Symptoms, Quality of Life, Global Functioning, and Depression in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis. Schizophrenia Bulletin. 2016 [citado 12 nov. 2022]; 42(3):588–599. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv164>.
179. Nibbio G, Barlati S, Cacciani P, Corsini P, Mosca A, Ceraso A, et al. Evidence-Based Integrated Intervention in Patients with Schizophrenia: A Pilot Study of Feasibility and Effectiveness in a Real-World Rehabilitation Setting. International Journal of Environmental Research and Public Health.

- 2020 [citado 12 Nov. 2022]; 17(10): 3352. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17103352>
180. Ramírez-Ríos A, Polack-Peña AM. Estadística inferencial. Elección de una prueba estadística no paramétrica en investigación científica. Horizonte de la Ciencia. 2020 [citado 17 nov. 2022]; 10 (19): 191-208. Disponible en: <https://revistas.uncp.edu.pe/index.php/horizontedelaciencia/article/view/597/840>
181. Roffman JL, Mischoulon D, Fava M. Escalas diagnósticas e instrumentos psiquiátricos. En: Stern TA. Tratado de Psiquiatría Clínica. 2^o ed. Massachusetts General Hospital: ELSEVIER; 2020. p29. 2020 [citado 17 nov. 2022]. Disponible en: <https://sncpharma.com/wp-content/uploads/2020/09/6.-Escalas-diagn%C3%B3sticas-e-instrumentos-psiqui%C3%A1tricos.pdf>
182. Guerrero-Aguilar M, Medina-León A, Nogueira-Rivera D. Instrumental metodológico para consultoría organizacional. Retos de la Dirección. 2019 [citado 17 nov. 2022]; 13(2): 158-181. Disponible: <http://scielo.sld.cu/pdf/rdir/v13n2/2306-9155-rdir-13-02-158.pdf>
183. Silva DH, Mercurio E, López FC. Consentimiento informado y autonomía en salud mental. Ministerio de Salud de la Nación Paraguay. 2017 [citado 17 nov. 2022]; e4. Disponible en: <https://salud.gob.ar/dels/printpdf/179>
184. Instituto Nacional del Cáncer. Consentimiento informado. NIH. 2021 [citado 17 nov. 2022]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/consentimiento-informado>
185. Hernández-Ruiz A, Castillo-Cuello JJ, Cayol-Suárez R, Delgado-Fernández RI, González-Hernández A. Documento de consentimiento informado para pacientes ingresados en servicios de atención secundaria de salud. Rev cuba anestesiol reanim. 2020 [citado 17 nov. 2022]; 19(3): e634. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182020000300007&lng=es

186. Fernández-Carbonell MJ, Dasí C, García-Merita ML, Fuentes I. Satisfacción de pacientes y familiares con una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. *Anales de Psicología*. 2012[citado 17 nov. 2022]; 28(2): 378-386. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16723135008>
187. Ramos-Cordova Y, Rodríguez-La Fuente M, deBowen-Balon Y, Bermúdez-Fernández L, Acuña-Tornés V. Bienestar psicológico en pacientes con esquizofrenia del Hospital Psiquiátrico de La Habana. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana* .2020 [citado 17 Nov. 2022]; 17 (3) Disponible en: <https://revhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/178>
188. Constanza-Peretto M, Medina-Dávalos R, Calderón-Rivera D. Calidad de vida en pacientes con esquizofrenia, en un ámbito de tratamiento rehabilitatorio. *RevSalJal*. 2019 [Citado 17 nov. 2022]; 6: e7. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2019/sje191e.pdf>
189. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Ratificada en la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. Helsinki: 18ª Asamblea Mundial; 1964 [citado 17 nov. 2022]. Disponible en: http://www.anmat.gov.ar/comunicados/HELSINSKI_2013.pdf
190. Jordán-Yépez AE, Contreras-Cruz GA, Camacho-Tovar GL. Metodología de la investigación Educacional. *Edacun*. 2015 [citado 20 nov. 2022]:43-47. Disponible en: <http://edacunob.ult.edu.cu/bitstream/123456789/20/1/Metodologia%20de%20Ola%20Investigacion%20Eduacional.pdf>
191. Carvajal-Rodríguez L. El método deductivo de investigación [Internet]. Lizardo Carvajal R. 2023 [citado 15 abr 2023]. Disponible en: <https://www.lizardo-carvajal.com/el-metodo-deductivo-de-investigacion/>
192. Circunvalación del hipocampo. Escala de incapacidad de la Cruz Roja. *Hipocampo.org* .2007 [citado 20 nov. 2022]. Disponible en: <https://www.hipocampo.org/CruzRoja.asp>

193. Medicina de rehabilitación cubana. Escala geriátrica de evaluación funcional. [citado 20 nov. 2022]. Disponible en: https://www.fisioterapeutes.cat/fitxers/colegiats/comissions/geriatria/documents/8a-jornada-fisioterapia-geriatria-cfc/escala_geriatrica.pdf
194. Elgendy H, Shalaby R, Owusu E, Nkire N, Agyapong VIO, Wei Y. A Scoping Review of Adult Inpatient Satisfaction with Mental Health Services. Healthcare (Basel, Switzerland). 2023[citado 16 Nov. 2023]; 11(24): 3130. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/healthcare11243130> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10743343/>
195. Ratner Y, Zendjidian XY, Mendyk N, Timinsky I, Ritsner MS. Patients' satisfaction with hospital health care: identifying indicators for people with severe mental disorder. Psychiatry Research. 2018[citado 20 nov. 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.027> <https://sci-hub.se/10.1016/j.psychres.2018.10.027>
196. Bolados-Ávila M, Fuentes-Olavarría D, Rodríguez-Rivas ME. Satisfacción usuaria en psiquiatría: niveles y factores asociados. Índex Enferm. 2023 [citado 19 nov. 2023]; 32(1): e14247. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962023000100004&lng=es
197. Tsung-Tai Ch; Ke-Hsin Ch; Kao-Chen Ch; Chi-Ling Ch; Jing-Jung Y. The Satisfaction with Care of Patients with Schizophrenia in Taiwan: A Cross-Sectional Survey of Patient-Centered Care Domains. Journal of Nursing Research. 2023[citado 19 Nov. 2023]; 31(2): e268. Disponible en: https://journals.lww.com/jnr-tna/fulltext/2023/04000/the_satisfaction_with_care_of_patients_with.7.aspx
198. Hat M, Arciszewska-Leszczuk A, Cechnicki A. Satisfaction with care in patients with schizophrenia treated in a pilot-program model and traditional care. Satisfakcja z opieki u pacjentów chorujących Na schizofrenię w modelu pilotażowym i opiece tradycyjnej. Psychiatria polska. 2023[citado 19

- nov. 2023]; 57(1):35–50. Disponible en:
<https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/138995>
- 199.Rodríguez-Ariza L. Viabilidad de proyectos. UGRemprededora. 2017 [citado 20 nov. 2022]. Disponible en:
<https://ugremprededora.ugr.es/viabilidad-de-proyectos/>
- 200.Nascimento S, Guimarães M, Mariano C. Brazilian Mental Health Services Assessment: user satisfaction and associated factors. Cien Saude Colet. 2018[citado 20 nov. 2022]; 23(11):3799-810. Disponible en:
<https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.25722016>.
- 201.Querejeta-González M. Discapacidad/Dependencia unificación de criterios de valoración y clasificación. Gipuzkoa: IMSERSO; 2004. [[citado 20 nov. 2022]]. Disponible en:
<http://riberdis.cedid.es/bitstream/handle/11181/3397/Discapacidad-dependencia.pdf?sequence=1&rd=0031621477151600>
- 202.Suárez-Salazar JV, Fresán-Orellana A, Saracco-Álvarez RA. Facial emotion recognition and its association with symptom severity, functionality, and cognitive impairment in schizophrenia: preliminary results Salud Mental. 2020 [citado 20 Nov. 2022]; 43(3): 105-112 Disponible en:
<https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2020.015>
- 203.Páez D, da Costa S. Regulación afectiva (de emociones y estado de ánimo) en el lugar de trabajo. Revista Psicologia Organizações e Trabalho, 2014 [citado 20 nov. 2022]; 14(2): 190-203. Disponible en:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572014000200006&lng=pt&lng=es
- 204.Figueroa B, Oyarzún S, Durán L. CONECTA-2: entrenamiento de la cognición social y el lenguaje, al servicio de la eficacia comunicativa. Una experiencia clínica interactiva con personas con diagnóstico de esquizofrenia. Revista Chilena de NeuroPsiquiatría. 2019 [citado 20 nov. 2022]; 57(1): 9–18. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/s0717-92272019000100009>

205. Piñón A, Álvarez MC, Torres T, Vázquez P, Otero F. Perfil neuropsicológico de pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro de la esquizofrenia. *Revista de Discapacidad, Clínica y Neurociencias*. 2018 [acceso 28 nov 2022]; 5(1): 1. Disponible en: <https://doi.org/10.14198/dcn.2018.5.1.01>
206. Navarro-González E, Calero-García MD, López-Pérez-Díaz Á, Luna-Gómez Ceballos A, Torres-Carbonell I, Calero-García MJ. Nivel de independencia en la vida diaria y plasticidad cognitiva en la vejez. *Escritos de Psicología*. 2008 [citado 28 nov 2022]; 2(1): 74-84. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092008000300009&lng=es.
207. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) Subgerencia de Prestaciones en Salud Comisión de Elaboración de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia (GPC-BE) GPC-BE 58. Manejo de la Esquizofrenia. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. 2014 [citado 28 nov 2022]; págs. 152. Disponible en: <https://www.igssgt.org/wp-content/uploads/images/gpc-be/psiquiatr%C3%ADa/GPC-BE%20No.%2058%20Esquizofrenia.pdf>
208. Stanley RK, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1987 [citado 28 nov 2022]; 13(2): 261–276. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
209. Mirabal-Requena J, Álvarez-Escobar B, Martínez Rodríguez L. Autocuidado frente a la COVID-19 en enfermos psiquiátricos hospitalizados. *MediCiego*. 2022 [citado 24 May 2022]; 28(1). Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/2553>
210. Mirabal-Requena J, Alvarez-Escobar B, Concepción-Pacheco J, Naranjo-Hernández Y. Caracterización de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Psiquiátrico Provincial de Sancti Spíritus. *Arch. Méd. Camagüey*. 2023 [citado 11 Sep. 2023]; 27 Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/9365>

211. Cabrera-Camacho S, Morales A. Evaluación neuropsicológica del anciano. En: Pla-Vidal J, Tellez-Vargas J, Alarcón-Velandia R. Psicogeriatría. Una visión integral del envejecimiento humano. 1ra ed. Bogotá: Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas. JAVEGRAF; 2012. p. 153-75.
212. Cañas-Lucendo M, Castro-Espinoza DA, Montoya-Méndez ÁJ. Reserva cognitiva y deterioro cognitivo en usuarios del centro de atención integral del adulto mayor. Guano, 2018. Universidad Nacional de Chimborazo. 2019 [citado 5 dic. 2022]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/5425>
213. Faerden A, Barrett EA, Nesvåg R, Friis S, Finset A, Marder SR, et al. Apathy, poor verbal memory and male gender predict lower psychosocial functioning one year after the first treatment of psychosis. Psychiatry Res. 2013 [citado 5 dic. 2022]; 210(1):55-61. Disponible en: <http://doi:10.1016/j.psychres.2013.02.007>
214. Fervaha G, Foussias G, Agid O, Remington G. Amotivation and functional outcomes in early schizophrenia. Psychiatry Res. 2013 [citado 5 dic. 2022]; 210(2):665–8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.07.024>
215. Savill M, Banks C, Khanom H, Pribe S. Do negative symptoms of schizophrenia change over time? A meta-analysis of longitudinal data. Psychological Medicine .2014 [citado 5 dic. 2022]; 1-15. Disponible en: <http://spriebe.smd.qmul.ac.uk/publications/Peer-reviewed%20full%20text%20for%20upload/2014/2014%20-%20Savill%20-%20Do%20negative%20symptoms%20of%20schizophrenia%20change%20over%20time%20-%20PsychMed.pdf>
216. Hjorthøj C, Stürup AE, McGrath JJ, Nordentoft M. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry. 2017 [citado 5 dic. 2022]; 4(4):295-301. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30078-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30078-0)
217. Grisales-Romero H, González D, Porrás S. Años de vida saludable perdidos a causa de trastornos mentales y enfermedades del sistema

nervioso de la población de Medellín, 2006-2012. rev.colomb.psiquiatri. . 2020 [citado 5 dic. 2022]; 49(1): 29-38. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502020000100029&lng=en.

218.Bernal CA, Suárez M, Aranda E, Molina M, Núñez C. Esquizofrenia con síntomas negativos y TEC: reporte de caso. Revista Edu-fisica.com. 2018 [citado 5 dic. 2022]; 10 (21): 71 – 78. Disponible en: <http://revistas.ut.edu.co/index.php/edufisica/article/download/1262/980>

219.Gaceta oficial. Resolución 140 del 2019 del Ministerio de Educación Superior, Instrucción 1 del 2020: Reglamento de la Educación de Postgrado de la República de Cuba. Gaceta oficial. 2019 [citado 5 dic. 2022]. Disponible en: https://www.gacetaoficial.gob.cu/sites/default/files/goc-2019-o65_0.pdf

220.Mirabal-Requena JC, Alvarez-Escobar B. Reinserción social en la unidad de Psiquiatría Forense en Sancti Spíritus. Arch Méd Camagüey. 2020 [citado 11 Sep. 2022]; 24(2): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/6844>

221.García-Caballero A. Programas de rehabilitación online en la esquizofrenia: ¿apocalípticos o integrados? Psicoevidencias. 2018 [citado 5 dic. 2022]. Disponible en: <https://www.psicoevidencias.es/contenidos-psicoevidencias/articulos-de-opinion/85-programas-de-rehabilitacion-online-en-la-esquizofrenia-apocalipticos-o-integrados/file>

222.Zoupa E, Bogiatzidou O, Siokas V, Liampas I, Tzeferakos G, Mavreas V, et.al. Cognitive Rehabilitation in Schizophrenia-Associated Cognitive Impairment: A Review. Neurology international. 2022[citado 5 dic. 2022]; 15(1), 12–23. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/neurolint15010002>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9844333/pdf/neurolint-15-00002.pdf>

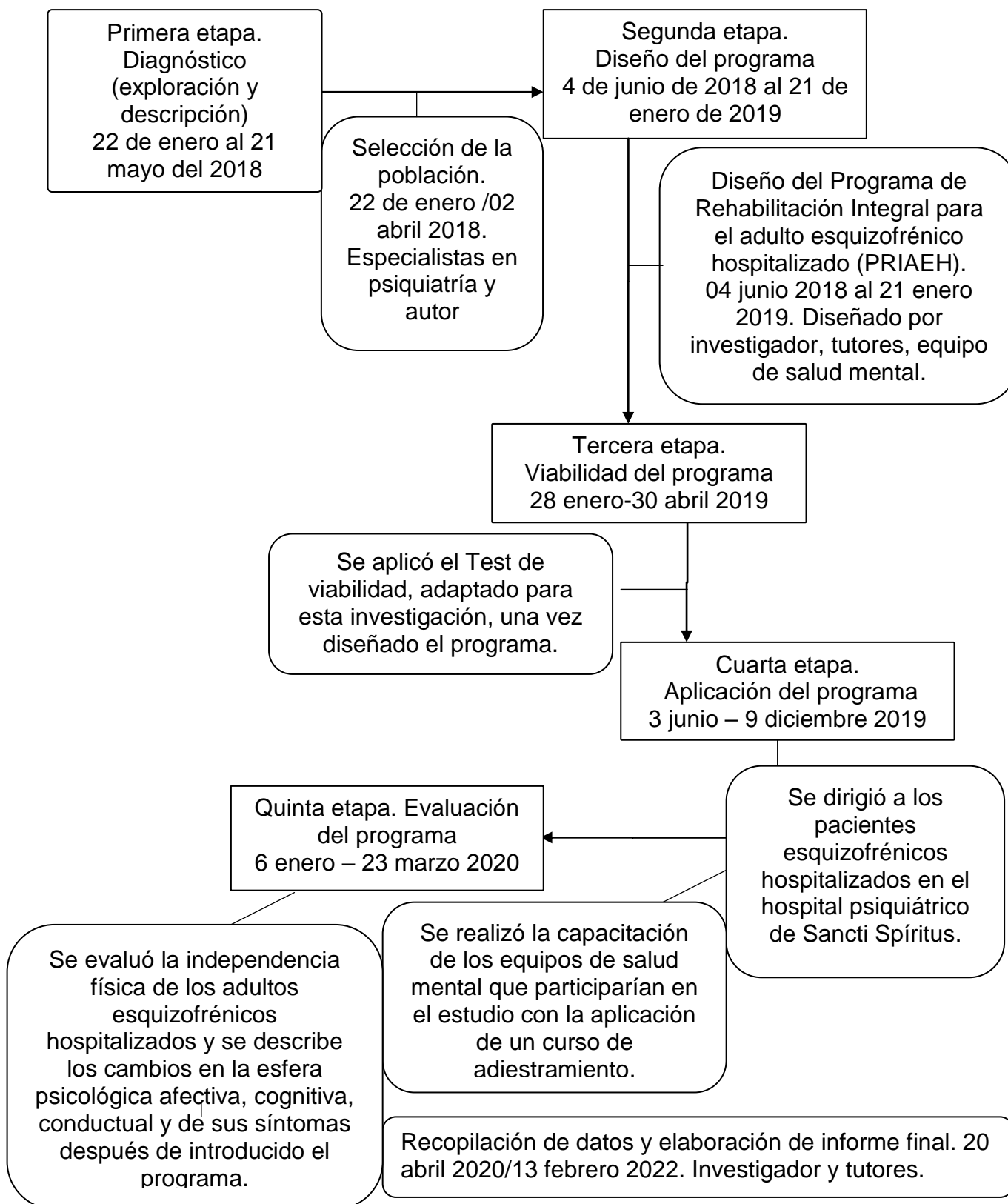
223.Hernández-Sampieri R, Mendoza-Torres CP. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. McGRAW-HILL /

Interamericana editores, S.A. de C.V. México D.F. 2018[citado 5 dic. 2022];387-568.Disponible en:
http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/SampieriLasRutas.pdf

- 224.Cervello S, Dubreucq J,Trichanh M, Dubrulle A, Amado I, Bralet MC, et.al. Cognitive remediation and profesional insertion of people with schizophrenia: RemedRehab, a randomized controlled trial. European Psychiatry. 2021[citado 5 dic. 2022]; 64(1): e31, 1–6. Disponible en:
<https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.25>
- 225.Fekete Z, Vass E, Balajthy R, Tana EU, Nagy AC, Oláh B, Domján N, Kuritárné IS. Efficacy of metacognitive training on symptom severity, neurocognition and social cognition in patients with schizophrenia: A single-blind randomized controlled trial. Scandinavian Journal of Psychology. 2022[citado 5 dic. 2022]; 63: 321–333. Disponible en:
<https://doi.org/10.1111/sjop.12811>

ANEXOS

Anexo 1. Algoritmo de la investigación. Hospital Psiquiátrico Docente Provincial de Sancti Spíritus



Anexo 2. Guías de observación.

Objetivo de la observación: Observar la funcionalidad de la cobertura de acciones de rehabilitación que se ofrece en el Hospital Psiquiátrico Docente Provincial de Sancti Spíritus al paciente esquizofrénico hospitalizado.

Objeto de observación: Departamento de Medicina Física y Rehabilitación.

Unidad de observación: El proceso de Rehabilitación Física Integral del paciente esquizofrénico hospitalizado en el hospital psiquiátrico.

Cantidad de observadores: tres.

Tiempo total y frecuencia de las observaciones: Tiempo total seis meses. Junio-diciembre 2019. Frecuencia de las observaciones. Martes y jueves. De 8am a 5.00pm.

Condiciones de observación: Se observó el proceso de rehabilitación del paciente esquizofrénico hospitalizado en el hospital psiquiátrico en las diferentes estructuras que lo dimensionan y que constituye la cobertura hospitalaria.

Procedimientos: Atención sostenida, sensación, percepción, reflexión.

Instrumento de observación: Lista de Cotejo.

Leyenda: APS (Atención Primaria de Salud). AS (Atención Secundaria). ACFT y P (área de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica).

Desempeño de las acciones de rehabilitación del paciente esquizofrénico hospitalizado en el hospital psiquiátrico. (Cobertura de acción hospitalaria)	ACEPTABLE	INACEPTABLE
Desempeño de Actividades de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica		
Desempeño de Actividades según áreas de trabajo		
Participación de Asistencia social		
Desempeño de las Actividades de		

rehabilitación en Salas de atención		
Desempeño de actividades de terapia ocupacional		
Desempeño de actividades de medicina física y rehabilitación		

Observación no estructurada participante completa encubierta sistemática de campo

Guía de observación.

Objetivo de la observación: Observar el proceso de rehabilitación del paciente esquizofrénico hospitalizado en el hospital psiquiátrico crónico por medio de la aplicación del programa de rehabilitación propuesto.

Objeto de la observación: Programa de rehabilitación integral al paciente esquizofrénico hospitalizado para su independencia física.

Unidad de observación: La rehabilitación integral con los medios con que cuenta el hospital.

Cantidad de observadores: tres.

Tiempo total y frecuencia de las observaciones: Tiempo total seis meses. Junio-diciembre 2019. Frecuencia de las observaciones lunes, miércoles y viernes. De 8.30 a 9:15 am.

Condiciones de observación: Observación de las actividades y acciones realizadas por los profesionales encargados de aplicar el programa de rehabilitación integral propuesto con los pacientes esquizofrénicos hospitalizados en el hospital psiquiátrico, insertada en el servicio de rehabilitación y diferentes áreas de trabajo del Hospital Psiquiátrico Docente Provincial de Sancti Spiritus.

Procedimientos: Atención sostenida, sensación, percepción, reflexión.

Instrumento: Registro de valoraciones.

- Observar si existen síntomas y signos presentes de la esfera cognitiva,

afectiva y conductual tales como delirio, ansiedad, angustia, pena, tristeza, delirios...

- Observar si existe realización irregular de los ejercicios e inasistencia a las sesiones.
- Observar si existe irresponsabilidad del paciente en la gestión de su independencia.
- Observar si existe estilos de vida que no favorecen el bienestar, tales como: -Ausencia de alimentación variada y equilibrada.-Hábitos tóxicos.- Descuido de su apariencia personal.-Tendencia al sedentarismo.- Ausencia de estimulación mental y cultural.-Desconocimiento de la sexualidad...-No hay empleo adecuado del tiempo libre.
- Observar si existe tendencia a no generar perspectivas fundamentadas en una adecuada planificación a corto y largo plazo para la consecución de los objetivos de la rehabilitación.
- Observar escasa oportunidad de autoexpresión y comunicación interpersonal.
- Observar si existe acciones para dar respuesta a las necesidades y problemas de salud que manifiestan estos pacientes.
- Observar niveles de insatisfacción en los pacientes con las actividades de rehabilitación.
- Observar como los rehabilitadores conocen los métodos que posibilitan la integración en la diversidad y la atención individual personalizada.
- Observar si existe adecuada orientación y ayuda al paciente a medida que surjan los problemas.
- Observar si existe implicación de elementos educativos y terapéuticos en el hospital.
- Se observa el mando directo en la acción terapéutica-pedagógica.

Guía de entrevista abierta no estructurada en profundidad y en situación informal a los pacientes

Guía de entrevista.

Propósitos: Diagnóstico de las necesidades de rehabilitación del paciente esquizofrénico hospitalizado en el contexto del Hospital psiquiátrico.

Instrumento: Entrevista abierta, no estructurada, en situación casual.

Técnica: Conversación.

Entrevistador: Médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación.

Registro de valoraciones inicial:

- Disminución en la capacidad funcional de trabajo que dificulta la interacción social.
- Los ejercicios que se realizan son rutinarios no aportan al desarrollo y crecimiento personal.
- Se ofrecen quejas por parte de los pacientes de angustia, pena, tristeza, preocupación, intolerancia a las frustraciones., ansiedad generalizada.
- Se expresan inadecuadas relaciones interpersonales con la familia y los restantes trabajadores.
- Expresión de sentimientos de incapacidad o dificultad para acometer un cambio en su vida.
- Se advierten barreras y dificultades para cambiar comportamientos y estilos de vida.
- Los pacientes no se sienten responsables de la gestión de su independencia.

Campos de estudio de la unidad de observación: perspectiva físico-terapéutica o clínico- rehabilitadora. Perspectiva psico-social. Perspectiva de vida

Registro de valoraciones final:

- Se mantienen las sintomatologías que no interfieren en la motivación e independencia para las AVD y AIVD.
- Los síntomas no dificulta la realización de las AVD y AIVD.
- Se advierte por parte de los pacientes un aumento de la capacidad funcional

de trabajo.

- Los pacientes refieren satisfacción con las actividades de rehabilitación y bienestar general importante.

Anexo 3.

TEST DE VIABILIDAD

1. INTRODUCCIÓN

Para definir si un proyecto es pertinente y se cuenta con los recursos necesarios para su aplicación, se utiliza muchas veces el test de viabilidad. El estudio de viabilidad permite determinar si se puede abordar el problema con la propuesta realizada que conduzca a alcanzar el éxito tras su puesta en marcha.

Dicho test está conformado por un conjunto de características, a las que debe asignar valores el integrante del grupo nominal consultado, de acuerdo al grado de comprensión que éste posea del problema, de los expertos con los que se cuenta, de los usuarios del sistema y sus colaboradores.

Este test distingue cuatro dimensiones:

Plausibilidad: Determina si es posible utilizar el programa diseñado para darle solución al problema planteado. Es decir, si se cuenta con los medios necesarios para poder abordar el problema.

Justificación: Determina si se justifica utilizar el programa de rehabilitación diseñado para resolver el problema, o es que se está forzando a resolver el problema con una tecnología costosa desde varios puntos de vistas: económicos, de eficiencia, de efectividad, etc.

Adecuación: Determina si el programa permite abordar el problema. Es decir, si sus características realmente permiten abordar el problema.

Éxito: Determina si existe la alta colaboración y predisposición por parte del experto para el desarrollo del sistema y alta convicción de los directivos para afrontar los costos de este tipo de ingeniería.

2. TEST VIABILIDAD

Para estudiar la viabilidad del proyecto se utiliza el método propuesto en la metodología I.D.E.A.L (Identificación de la tarea, desarrollo de los prototipos, ejecución de la construcción del sistema integrado, adecuación para conseguir mantenimiento perfecto, y lograr una adecuada transferencia tecnológica). Dicho método es de tipo métrico, usa ponderaciones, utiliza la media armónica como métrica e incorpora la manipulación de valores lingüísticos mediante

intervalos difusos.

2.1. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS

Las características mencionadas en el test de viabilidad poseen componentes indicativos de su naturaleza, que hay que tener en cuenta para su uso. Estas características son:

Categoría: Muestra a quien se referirá la característica: Directivos, Usuarios o a los Expertos.

Peso: Permite dar una importancia relativa a cada característica en la globalidad del test. El peso tiene dos componentes, uno de carácter numérico, que puede tomar un valor entero en el intervalo [1.10]. La otra es de carácter binario, la cual toma el valor + si la importancia favorece la construcción del SE y – si disminuye el grado de interés en el desarrollo del sistema.

Naturaleza del valor asociado a la característica: Puede ser booleano, numérico o lingüístico.

Tipo: Una característica puede ser deseable o esencial y muestra su importancia.

Umbral: Es una referencia para características esenciales, este valor es fijo, pero es necesariamente igual en todas las características, y es de la misma naturaleza que el valor de las características.

Valor: Para cada proyecto hay que asignarle un valor a cada característica dentro del conjunto de valores adecuados de acuerdo a su naturaleza.

2.2 VALORACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS

Este método considera los siguientes tipos de valores: *Booleanos* (Valores: Sí - No), *Numéricos* (Valores en el intervalo [1, 10]), y *Lingüísticos* (Valores: Nada, poco, regular, mucho, todo).

2.2.1. VALORES LINGÜÍSTICOS

Un valor lingüístico se define por su función de pertenencia del intervalo [0, 10] en el intervalo [0, 1]; que indica en qué grado se ajusta a dicho valor lingüístico, sabiendo que cuanto más se acerca la función a 1, mas cierto es el valor lingüístico.

2.2.2 VALORES BOOLEANOS

Los puntos angulares para los valores booleanos se definen en la *tabla*:

Sí	10	10	10	10
No	0	0	0	0

2.2.3 VALORES NUMÉRICOS

Los cuatro puntos angulares toman el mismo valor, que coincide con el numérico.

2.3. LA MÉTRICA

La metodología IDEAL propone el uso de la media armónica como métrica para el estudio de viabilidad. Esta medida proporciona los valores más aceptables para el problema, con el único inconveniente de que, si hay un valor cero, en el conjunto de los valores de los que se hace la media, el resultado es cero. Para resolver este inconveniente se realiza la media armónica y la media aritmética del conjunto de intervalos y luego, se realiza la media aritmética de los dos intervalos obtenidos.

Para cada dimensión se calcula el valor VC_j mediante la siguiente fórmula:

$$VC_i = \frac{1}{2} \frac{\sum_{k=1}^{r_i} P_{ik}}{\sum_{k=1}^{r_i} \frac{P_{ik}}{V_{ik}}} + \frac{1}{2} \frac{\sum_{k=1}^{r_i} P_{ik} V_{ik}}{\sum_{k=1}^{r_i} P_{ik}}$$

Donde:

VC_j : Valor global de la aplicación en una dimensión dada.

V_{ik} : Valor de la característica k en la dimensión i .

P_{ik} : Peso de la característica k en la dimensión i .

r_i : Número de la característica en la dimensión i .

La ecuación mencionada se aplica para las características: plausibilidad, adecuación y éxito. En el caso de la característica de justificación se toma el valor máximo de los valores asignados a las características y luego se calcula la aproximación numérica de los intervalos difusos y se toma el máximo.

Para calcular la evaluación de viabilidad del proyecto, considerando todas las dimensiones se utiliza la media aritmética ponderada de los valores obtenidos para cada dimensión con los siguientes pesos:

Plausibilidad	8
Adecuación	8
Justificación	3
Éxito	5

Usando la siguiente fórmula:

$$V_f = \frac{\sum_{i=1}^4 P_i V_i}{\sum_{i=1}^4 P_i}$$

La tarea se acepta si presenta un valor igual o superior a 6.

3. EVALUACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS PARA EL SISTEMA

A continuación, se expone la valoración de las características por dimensiones:

Dimensión de Plausibilidad:

Característica P1: Existen expertos, están disponibles y son cooperativos.

Análisis: Se dispone de un grupo de profesionales (expertos) responsables de la rehabilitación integral a pacientes adultos esquizofrénicos hospitalizados en el hospital psiquiátrico de Sancti Spíritus.

Valor: Sí

Característica P2: El experto es capaz de estructurar sus métodos y procedimientos de trabajo.

Análisis: Los expertos han demostrado ser ordenados y estructurados en sus procedimientos de trabajo, a lo que se suma su experiencia en casos de accidentes laborales.

Valor: Mucho

Característica P3: La tarea está bien estructurada y se entiende.

Análisis: La tarea se encuentra muy bien estructura y se entiende. Existe gran cantidad de información disponible que se encuentra estructurada pero no vinculada entre sí. Este es justamente uno de los puntos que les interesa a los expertos ya que el sistema introducirá una propuesta para vincular con precisión la información disponible.

Valor: Todo.

Característica P4: Existen suficientes casos de pruebas y sus soluciones asociadas.

Análisis: Los expertos cuentan con suficientes casos de prueba con las soluciones de los mismos.

Valor: 10.

Característica P5: La tarea solo depende de los conocimientos y no sólo del sentido común.

Análisis: La esencia de la tarea es el conocimiento, pero al existir situaciones ambiguas el sentido común y la experiencia es importante.

Valor: 9

Dimensión de Justificación:

Característica J1: Resuelve una tarea útil y necesaria.

Análisis: Dado que la rehabilitación integral del paciente esquizofrénico hospitalizado depende de la habilidad del profesional a cargo, la disponibilidad de una herramienta de asistencia a la forma de llevar a cabo esta rehabilitación sería de gran utilidad. Además, permitirá ahorrar mucho tiempo en la preparación de la misma.

Valor: Mucho.

Característica J2: Se espera una alta tasa de recuperación de la inversión.

Análisis: Se estima que se logrará una importante mejora en los pacientes, lo que podría lograr la futura reinserción social de los atendidos.

Valor: 7

Característica J3: Hay escasez de experiencia humana.

Análisis: Sí, para la aplicación del programa no se cuenta con muchos profesionales en el hospital con la capacitación necesaria. Se requiere de

personal con vasta experiencia que puedan estructurar y vincular con precisión las acciones y actividades que cumplan con los objetivos de rehabilitación trazados.

Valor: Mucho

Característica J4: Hay necesidad de tomar decisiones en situaciones críticas o ambientes hostiles, penosos y/ o pocos gratificantes.

Análisis: No existe ninguna posibilidad de que se deban tomar decisiones críticas, o en ambientes hostiles, penosos o poco gratificantes.

Valor: Poco.

Característica J5: Hay necesidad de distribuir los conocimientos.

Análisis: La distribución de los conocimientos es necesaria debido a que cada caso es una situación particular.

Valor: Todo.

Característica J6: Los conocimientos pueden perderse de no realizarse el sistema.

Análisis: No. Lo que se puede llegar a perder es las habilidades de los pacientes de no aplicarse las acciones planificadas.

Valor: Mucho.

Característica J7: Existen soluciones alternativas.

Análisis: Si bien existen algunas formas de rehabilitación, no presentan el enfoque integrador encaminado a lograr la independencia física de los pacientes adultos esquizofrénicos hospitalizados en función de lograr cambios positivos en la esfera cognitiva, afectiva y conductual, así como sobre los síntomas positivos y negativos que presentan.

Valor: Sí.

Dimensión de Adecuación:

Característica A1: La transferencia entre humanos es viable.

Análisis: La existencia de gran cantidad de bibliografía disponible hace factible que dicha experiencia pueda transmitirse a otras personas mediante el guiado del proceso.

Valor: Mucho

Característica A2: La tarea requiere “experiencia”.

Análisis: La experiencia del profesional permite tratar cada paciente con mayor precisión.

Valor: Mucho.

Característica A3: Los efectos de la introducción del programa no pueden preverse.

Análisis: Los efectos de la introducción del programa se pueden prever poco, aunque los resultados esperados son de cambios a la mejora, pues se debe tener en cuenta las características de la enfermedad de base de los estudiados.

Valor: Regular

Característica A4: La tarea requiere razonamiento simbólico. Análisis: Existe razonamiento simbólico en este programa. Valor: Regular.

Característica A5: La tarea requiere el uso de heurísticas para acortar el espacio de búsqueda.

Análisis: Sí, ya que se necesita identificar claramente la situación a tratar para poder así precisar qué acciones se podrán llevar a cabo, en qué lugar, horario más factible.

Valor: Mucho.

Característica A6: La tarea es de carácter público y más táctica que estratégica.

Análisis: Esencialmente es una tarea de carácter público y con un fuerte carácter táctico. Sin embargo, existe una dosis de carácter estratégico para poder determinar qué acciones y como se desarrollarán para obtener mayor beneficio para los pacientes.

Valor: Sí.

Característica A7: Se espera que la tarea continúe con las modificaciones necesarias según la respuesta de cada paciente.

Análisis: Sí, ya que el programa es flexible y abierto a modificaciones según sean necesarias.

Valor: Mucho.

Característica A8: Se necesitan varios niveles de abstracción en la resolución de la tarea.

Análisis: Existe un nivel medio de abstracción.

Valor: Poco.

Característica A9: El problema puede descomponerse en subproblemas.

Análisis: La estructuración del conocimiento permite descomponer el problema en subproblemas.

Valor: Mucho.

Característica A10: El experto no sigue un proceso determinista en la resolución del problema.

Análisis: Cada paciente a analizar es un problema diferente y su resolución demandará un nuevo análisis.

Valor: Sí.

Característica A11: La tarea acepta la técnica de prototipado gradual.

Análisis: Se han determinados distintos subproblemas para los cuales es posible iniciar el proceso de prototipado gradual.

Valor: Sí.

Característica A12: El experto resuelve el problema a veces con pocos recursos.

Análisis: Si bien el experto resuelve problemas con los recursos con que cuenta la institución, es conveniente realizarlo ya que podría favorecer la resocialización de los pacientes.

Valor: Poco.

Característica A13: Es conveniente justificar las acciones adoptadas.

Análisis: Es muy conveniente justificar las acciones, ya que estas podrían ser replicadas en otros entornos de rehabilitación.

Valor: Todo.

Característica A14: La tarea requiere investigación.

Análisis: La tarea se apoya sobre otras investigaciones y bibliografía especializada consultadas.

Valor: No.

Característica A15: El sistema funcionará en tiempo real con otros programas o dispositivos.

Análisis: No es necesario que el sistema actúe en tiempo real con otros sistemas o dispositivos. Se mantiene la interdisciplinariedad e intersectorialidad durante todo el proceso de rehabilitación.

Valor: Nada.

Dimensión de Éxito:

Característica E1: Existe una ubicación idónea para el SE.

Análisis: Sí, existe una ubicación óptima para el SE, la ubicación del SE será la rehabilitación integral por el experto.

Valor: Todo.

Característica E2: Problemas similares se han resuelto con un programa de rehabilitación integral.

Análisis: Existen pocas referencias, sobre otros programas del estilo planteado dirigidos a pacientes esquizofrénicos hospitalizados en hospitales psiquiátricos.

Valor: Si

Característica E3: El problema es similar a otros en los que resultó imposible aplicar esta rehabilitación.

Análisis: No, no existen suficientes referencias sobre este punto.

Valor: No.

Característica E4: La población seleccionada pudiera estar influenciada por vaivenes de tratamientos.

Análisis: De acuerdo a pocas circunstancias, la población estudiada pudiera estar afectada por vaivenes terapéuticos. Esto se tiene en cuenta para el desarrollo del programa.

Valor: Regular.

Característica E5: La inserción del sistema se efectúa sin traumas, es decir, apenas se interfiere en la rutina cotidiana.

Análisis: La inserción del sistema se podrá realizar sin interferir en las tareas habituales del centro.

Valor: Regular.

Característica E6: Se dispone de experiencia en programas de rehabilitación a pacientes adultos esquizofrénicos hospitalizados.

Análisis: No existe experiencia previa. Se dispone de material bibliográfico realizado por expertos con experiencia previa y con el asesoramiento de los mismos.

Valor: Regular.

Característica E7: Se dispone de los recursos humanos, necesarios para el desarrollo e implementación del programa.

Análisis: Existen todos los recursos necesarios, tanto técnicos como humanos, para el desarrollo del programa y su posterior implementación.

Valor: Mucho.

Característica E8: El experto resuelve el problema en la actualidad.

Análisis: En la actualidad el experto resuelve el problema, con la capacitación previa diseñada.

Valor: Todo.

Característica E9: La solución del problema es prioridad para la institución.

Análisis: La solución es un problema prioritario para el centro rector, ya que permitirá ganar gran cantidad de tiempo en la preparación de las acciones y actividades a implementar en la rehabilitación a estos pacientes.

Valor: Mucho.

Característica E10: Las soluciones son explicables.

Análisis: El sistema debe explicar cada solución adoptada de modo de brindar un buen nivel de ayuda a los usuarios a continuar con el proceso.

Valor: Todo.

Característica E11: Los objetivos del programa son claros y evaluables.

Análisis: Los objetivos del programa están claramente establecidos y son evaluables.

Valor: Mucho.

Característica E12: Los conocimientos están repartidos entre un conjunto de individuos.

Análisis: Se cuenta con un cierto número de profesionales, con diversa experiencia en el tema. Por lo cual en determinados momentos se necesita la colaboración de más de un experto.

Valor: Poco.

Característica E13: Los directivos, usuarios, experto e IC están de acuerdo en las funciones del SE.

Análisis: Se ha llevado una tarea de conciliación de objetivos.

Valor: Mucho.

Característica E14: La actitud de los expertos ante el desarrollo del programa es positiva y no se sienten amenazados por el mismo.

Análisis: Se espera con entusiasmo el desarrollo del SE, para luego continuar con la implementación a otras instituciones dedicadas a la restauración de la salud mental.

Valor: Mucho.

Característica E15: Los expertos convergen en sus soluciones y métodos.

Análisis: Todos los expertos poseen una formación similar y adoptan soluciones convergentes.

Valor: Mucho.

Característica E16: Se acepta la planificación del programa propuesta por el IC.

Análisis: La planificación del proyecto propuesta fue aceptada.

Valor: Sí.

Característica E17: Existen limitaciones estrictas de tiempo en la realización del sistema.

Análisis: No existen plazos rígidos en cuanto a la realización del programa, pero es deseable finalizarlo en un tiempo razonable (seis meses) en función de los futuros pacientes a incluir.

Valor: Regular.

Característica E18: La dirección y profesionales apoyan los objetivos y directrices del programa.

Análisis: La dirección y los *profesionales* apoyan ampliamente los objetivos del

programa.

Valor: Mucho.

Característica E19: El nivel de formación de los profesionales requerido para la implementación del programa de rehabilitación integral es elevado.

Análisis: No, la aplicación del programa trae la capacitación previa sobre la temática.

Valor: Regular.

Característica E20: Las relaciones IC – Expertos son fluidas.

Análisis: Las relaciones entre el IC y los expertos son fluidas por haber participado previamente en otros proyectos.

Valor: Mucho.

Característica E21: Existían otros programas que forma parte del sistema de trabajo en el centro.

Análisis: No existían otros programas que formaran parte del sistema de trabajo en el centro.

Valor: No.

Característica E22: Se efectuará una adecuada transferencia tecnológica.

Análisis: Se ha previsto un plan de capacitación a los profesionales.

Valor: Mucho.

Característica E23: Lo que cuenta en la solución es la calidad de la respuesta.

Análisis: La calidad de las respuestas es muy importante. El paciente debe tener experiencias satisfactorias hacia la rehabilitación diseñada. La adecuada satisfacción con las acciones de rehabilitación lleva a una mayor adherencia y aceptación a los tratamientos, por parte del paciente.

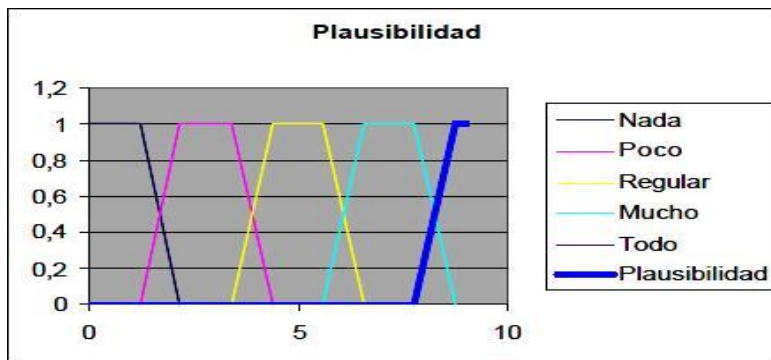
Valor: Sí.

3.1. CÁLCULO DEL TEST DE VIABILIDAD

Los gráficos de la evaluación de las diferentes dimensiones y su representación espacial se presentan a continuación.

Dimensión de Plausibilidad

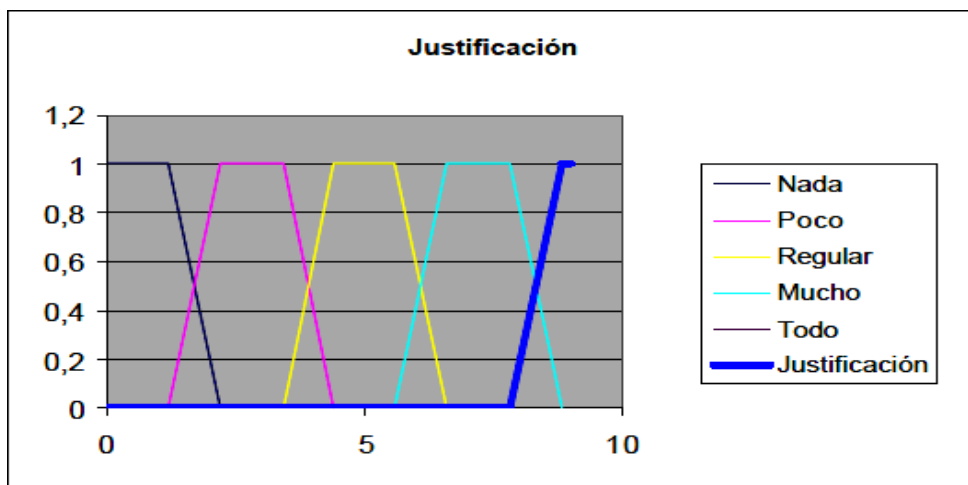
Los valores difusos resultantes en esta dimensión son: 8,5; 8,9; 9,4; 9,6.



De acuerdo a los resultados obtenidos en el análisis se llega a la siguiente conclusión: es posible realizar el sistema con INCO.

Dimensión de Justificación

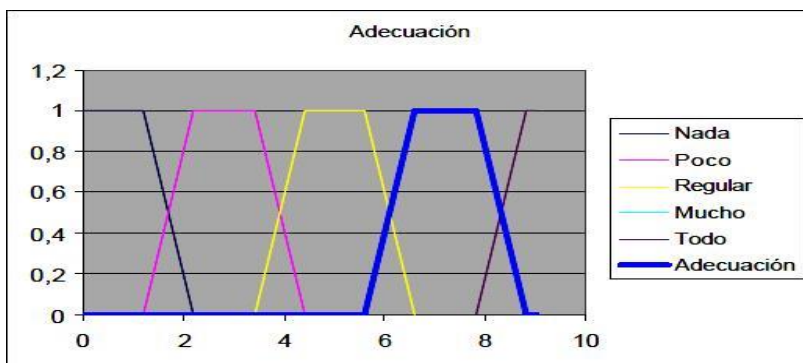
Los valores difusos resultantes en esta dimensión son: 7,8; 8,8; 10; 10.



De acuerdo a los resultados obtenidos en el análisis se llega a la siguiente conclusión: está justificado realizar el SE.

Dimensión de Adecuación

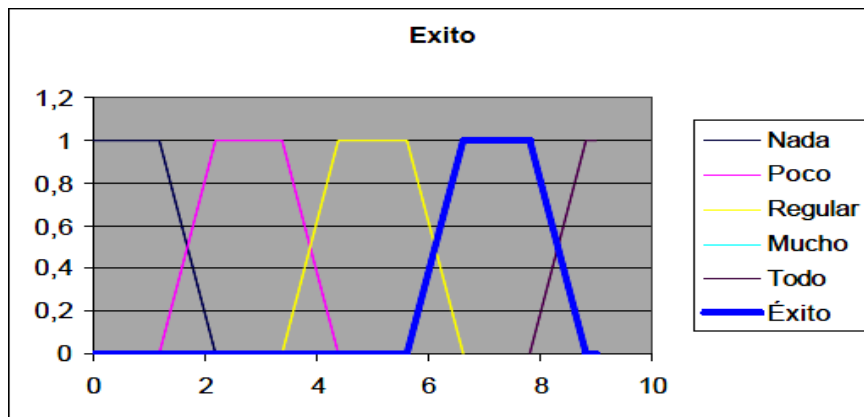
Los valores difusos resultantes en esta dimensión son: 4,98; 6,1; 7,29; 8,07.



De acuerdo a los resultados obtenidos en el análisis se llega a la siguiente conclusión: la INCO es adecuada para la resolución del problema.

Dimensión de Éxito

Los valores difusos resultantes en esta dimensión son: 6,1; 7; 7,8; 8,57.



De acuerdo a los resultados obtenidos en el análisis se llega a la siguiente conclusión: Se cuenta con colaboración y predisposición por parte de los expertos y los usuarios, por lo que el sistema tendrá éxito.

Resultado Final

Los valores difusos resultantes en esta dimensión son: 6.8; 7.8; 8.4; 8.9, cuyo resultado final es 7.9.



De acuerdo a los resultados obtenidos en las distintas dimensiones y el resultado de la *Aplicación General* podemos afirmar que el sistema planteado es viable.

Anexo 4.

Curso de capacitación al personal del equipo de salud mental

TITULO: La Rehabilitación Psicosocial en el paciente Esquizofrénico.

AUTORES:

Juan Carlos Mirabal Requena

TIPO DE ACTIVIDAD: Curso

Dirigido a: Profesionales de las Ciencias Médicas que laboran en Centros de Salud Mental.

NO. DE HORAS: 160

Fundamentación

La rehabilitación en Psiquiatría existe desde que aparece la conciencia y junto con ella la esencia social del hombre, en aquel entonces solo se utilizaban métodos empíricos que no son fundamentados desde el punto de vista científico hasta la primera mitad del siglo XX. Es también en la primera mitad del siglo anterior cuando se comienza a utilizar la palabra rehabilitación, primero en las especialidades que trataban los trastornos predominantemente somáticos como la Ortopedia y la Traumatología, la Cardiología, la Neumología, entre otras.^{1,2}

El término rehabilitación aparece en la literatura psiquiátrica en los años 60. Desde entonces es mencionado con frecuencia y sin una definición precisa. Primero se habló de rehabilitación psiquiátrica, después de rehabilitación psicosocial y ahora existe una tendencia a utilizar nuevamente la terminología de rehabilitación psiquiátrica, aunque ya buscando una integralidad en dicha rehabilitación.^{3,4}

La rehabilitación psiquiátrica se define como el conjunto de procedimientos biológicos y socio psicológicos utilizados en aquellos enfermos en los que han aparecido incapacidades que le imposibilitan un adecuado ajuste social, producto de alguna afección psiquiátrica y cuyo objetivo fundamental consiste en integrarlos en un contexto social tan similar al normal como sea posible, siendo exactamente la rehabilitación psicosocial el proceder terapéutico encaminado a crear habilidades socio laborales cuando estas no existen o son pobres, restablecerlas cuando se han perdido por alguna enfermedad físico o mental o

preservar las que quedan después de un proceso morboso teniendo en cuenta los intereses, motivaciones, necesidades y capacidades reales para lograrlas de forma individual a través de la utilización de patrones de conductas normales y con la participación de la familia y la comunidad.⁵

La rehabilitación psicosocial intenta ayudar a las personas a adaptarse a la vida social y laboral a pesar de sus discapacidades, no cambiarlas. La recuperación pretende resolver los problemas y necesidades de las personas discapacitadas como consecuencia de un trastorno mental grave, facilitando la mejoría en:⁶

- Funciones psíquicas y salud física.
- Funcionamiento para la vida diaria.
- Relaciones interpersonales y desempeño de roles.
- Convivencia en entorno normalizado.
- La igualdad de oportunidades.

La habilitación no es algo “que se hace” a una persona, sino que debe ser un proceso que se hace con su consentimiento y su cooperación activa, modificando también los entornos. Desarrollar o recuperar las fortalezas para optimizar al máximo el funcionamiento y la mejor adaptación posible, a partir de apoyos graduales y flexibles e intervenciones centradas en las necesidades.^{7, 8, 9, 10, 11}

Maxwell Jones, considerado el padre de la comunidad terapéutica intrainstitucional en 1969 refiere que “todo tratamiento psiquiátrico es rehabilitación y toda rehabilitación es tratamiento psiquiátrico”.¹²

Basándose en estos criterios fue que los autores se propusieron darle un vuelco a la rehabilitación en el Hospital Psiquiátrico provincial de Cabaiguán. En aras de preparar a un equipo multidisciplinario para desarrollar tan importante tarea.

Proporcionar al personal de salud, los recursos que permitan un mejor abordaje del paciente esquizofrénico, resulta ser un mecanismo que brinda una amplia gama de mejoras en el paciente e incide directamente en la calidad de vida del mismo.

El curso de postgrado para la rehabilitación psicosocial en el paciente con esquizofrenia, está diseñado para los profesionales del equipo de salud mental, y puede constituir una herramienta eficaz para el tratamiento integral a este tipo de

pacientes, en aras de garantizar una mayor calidad de vida para ellos y su familia, así como su reinserción social.

Objetivos Educativos:

1. Manifestar dominio de la concepción científica del mundo, al aplicar el método científico en la solución de problemas relacionados con la rehabilitación psicosocial, y orientar su actuación en función de las necesidades del paciente con trastornos mentales.
2. Proyectar en su desempeño una personalidad profesional de perfil amplio, donde se incluye la utilización de la literatura científica como fuente de conocimiento en función de la solución de tareas relacionadas con la labor rehabilitadora al paciente portador de trastornos mentales, desde una perspectiva psicosocial.

Objetivos Instructivos:

1. Identificar las particularidades de la rehabilitación psicosocial en el paciente con trastornos mentales, y tener en cuenta las consideraciones éticas y bioéticas en el nivel de atención especializada.
2. Confeccionar el Plan individualizado de rehabilitación a partir de la evaluación integral al paciente, que contemple indicadores a medir a corto, mediano y largo plazo.
3. Diseñar e implementar estrategias de rehabilitación psicosocial, encaminados a la estimulación y manejo de las alteraciones identificadas en las diferentes áreas de intervención.
4. Delimitar el campo de acción de cada profesional dentro de la rehabilitación, así como las tareas propias de cada especialidad.

Orientaciones Metodológicas Generales

En este curso se enseñará a través de actividades teórico-prácticas; los contenidos serán evaluados en talleres y clases prácticas donde el cursista demuestre cómo implementar los diferentes procedimientos de rehabilitación psicosocial en un paciente con esquizofrenia.

El curso se desarrollará por encuentros dos veces a la semana en el Hospital de psiquiátrico, en el propio escenario de trabajo, para lograr un mejor acercamiento a través de trabajos independientes y prácticas con el paciente.

Este programa tiene como característica ser eminentemente teórico-práctico; se desarrollará en 12 horas semanales presenciales, con un total de 160 horas; se dedicarán 20 horas de conferencia a la parte introductoria del curso y los elementos teóricos básicos relacionados con los fundamentos teóricos de la rehabilitación, las tendencias demográficas actuales en el mundo, la carencia de programas integrales de rehabilitación y la evaluación y diagnóstico del paciente, que fundamentan la prioridad del tema a nivel nacional, así como las diferentes áreas de actuación dentro de la rehabilitación psicosocial y el rol de los diferentes profesionales implicados en dicha tarea.

Por otra parte, se asignan 30 horas de trabajo independiente para la búsqueda de información basada en los casos reales del servicio que atienden para enriquecer los debates y demostraciones, se orientan 40 horas teórico-prácticas dedicadas a la demostración por parte del profesor acerca de cómo implementar los procedimientos de rehabilitación más frecuentes en estos casos para facilitar el aprendizaje de los cursistas y tener en cuenta las diferencias individuales.

Además, se asignan 38 horas prácticas para el desarrollo de actividades en los diferentes servicios del Hospital, organizados en equipos y guiados por el profesor; 28 horas dedicadas a clases taller, distribuidas en los cuatro temas, y finalmente se dedican 4 horas de evaluación final donde el cursista debe entregar y exponer un estudio de caso que incluya el plan de rehabilitación psicosocial basado en el diagnóstico realizado en un caso concreto de su universo de trabajo. El cursista deberá incluir en el estudio una planificación a largo plazo para monitorear las tareas que realizan en función de la rehabilitación de su paciente, adecuarla y/o modificarla en caso de ser necesario, así como planificar la evaluación integral del paciente (en un plazo no menor de tres meses posterior a la intervención) para precisar el progreso alcanzado y evaluar la validez ecológica del proceso desplegado.

Las actividades de rehabilitación se desarrollarán de acuerdo a su planificación y métodos en diferentes momentos, se desarrollarán procedimientos tanto en función de aspectos cognitivos, comportamentales y funcionales indistintamente.

Se recomienda adecuar los procedimientos y técnicas de rehabilitación a los materiales con que cuente la institución para su confección, utilizar escenarios reales de manera que el cursista pueda demostrar sus habilidades para la rehabilitación a pacientes con trastornos mentales, en dependencia del nivel de rehabilitación en el que se encuentre; y tener en cuenta en todo momento los principios de la rehabilitación y las consideraciones éticas y bioéticas necesarias para brindar una atención integral y de calidad.

Plan temático.

Tema 1: Generalidades de la Rehabilitación Psicosocial.

Objetivo General:

Conocer las características generales del proceso de rehabilitación psicosocial que sirva como base para realizar acciones de intervención en pacientes con trastornos mentales.

Subtemas:

1.1 Rehabilitación psicosocial: Definición, principios y praxis.

1.2 Objetivos de la Rehabilitación Psicosocial

1.3 Metodologías y estrategias en rehabilitación psicosocial

1.4 La rehabilitación Psicosocial en el paciente con Trastornos Mentales.

Especificidades e importancia.

Tema 2: Evaluación y Planificación de la intervención en Rehabilitación Psicosocial.

Objetivo General:

Profundizar en los aspectos teóricos metodológicos de la evaluación psicosocial para el despliegue de una estrategia de intervención efectiva en el paciente con trastornos mentales.

Subtemas:

2.1 Marco teórico de la evaluación: desde la rehabilitación psicosocial a la recuperación.

- 2.2 Fundamentos teóricos de la evaluación conductual y funcional
 - 2.3 El Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR), evaluación y reformulación
 - 2.4 La entrevista de evaluación en rehabilitación psicosocial
 - 2.5 Evaluación del riesgo del suicidio
 - 2.6 Evaluación del abuso de drogas en personas con trastorno mental grave
 - 2.7 Prevención de recaídas: Evaluación de la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento.
 - 2.8 Evaluación de las funciones cognitivas en rehabilitación psicosocial
 - 2.9 Evaluación familiar en rehabilitación psicosocial
 - 2.10 Evaluación del funcionamiento ocupacional
 - 2.11 Evaluación de la salud física y del estilo de vida en el trastorno mental grave
 - 2.12 Evaluación de las habilidades sociales en rehabilitación psicosocial.
 - 2.13 El periodo de evaluación en rehabilitación laboral de personas con trastorno mental.
 - 2.14 Evaluación en entornos residenciales comunitarios
 - 2.15 Evaluación en Unidades de Rehabilitación Hospitalaria: Un balance entre síntomas, funcionalismo, necesidades, expectativas y soporte comunitario
 - 2.16 Evaluación de la calidad de vida en rehabilitación psicosocial
 - 2.17 Evaluación en el tratamiento asertivo comunitario
 - 2.18 Evaluación de población sin hogar con enfermedad mental
 - 2.19 Evaluación de resultados de la rehabilitación psicosocial
- Tema 3: Áreas de Intervención en Rehabilitación Psicosocial. Programas básicos de intervención.

Objetivo General:

Aplicar los métodos generales de las diferentes áreas de rehabilitación psicosocial en el diseño individualizado de estrategias de intervención en pacientes con trastornos mentales.

Subtemas:

- 3.1 Programas de acogida.
- 3.2 Autocuidado y actividades de la vida diaria.
- 3.3 Actividades instrumentales de la vida diaria.

- 3.4 Psicomotricidad.
- 3.5 Educación para la salud y Psicoeducación.
- 3.6 Autocontrol y manejo del estrés.
- 3.7 Habilidades Sociales.
- 3.8 Rehabilitación del déficit cognitivo.
- 3.9 Ocio y tiempo libre.
- 3.10 Talleres de Trabajo
- 3.11 Integración Comunitaria.
- 3.12 Actividades de apoyo y soporte social.
- 3.13 Apoyo, psicoeducación y apoyo a las familias.

Tema 4: Recursos necesarios en la Rehabilitación Psicosocial.

Objetivo General:

Delimitar las acciones terapéuticas y de intervención a desarrollar por cada especialidad en el marco de la rehabilitación psicosocial y los recursos necesarios para su implementación.

Subtemas:

- 4.1 Recursos Humanos. Funciones y responsabilidades de los profesionales.
- 4.2 Recursos Materiales.

Distribución del fondo de tiempo

SUBTEMAS	C	T. I	T/P	P	Eval	Total	Profesor
Tema 1: Generalidades de la Rehabilitación Psicosocial. 1.5 Rehabilitación psicosocial: Definición, principios y praxis. 1.6 Objetivos de la Rehabilitación Psicosocial	2	2	2		2	8	
1.7 Metodologías y estrategias en rehabilitación psicosocial 1.8 La rehabilitación Psicosocial en el paciente con Trastornos Mentales. Especificidades e	2	4	2		2	10	

Importancia.							
Tema 2: Evaluación y Planificación de la intervención en Rehabilitación Psicosocial. 2.1 Marco teórico de la evaluación: desde la rehabilitación psicosocial a la recuperación. 2.2 Fundamentos teóricos de la evaluación conductual y funcional	2	2	2	2	2	10	
2.3 El Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR), evaluación y reformulación 2.4 La entrevista de evaluación en rehabilitación psicosocial			2	2	2	6	
2.5 Evaluación del riesgo del suicidio 2.6 Evaluación del abuso de drogas en personas con trastorno mental grave 2.7 Prevención de recaídas: Evaluación de la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento.		2	2	2	2	8	
2.8 Evaluación de las funciones cognitivas en rehabilitación psicosocial 2.9 Evaluación familiar en rehabilitación psicosocial 2.10 Evaluación del funcionamiento ocupacional		2	2	2	2	8	
2.11 Evaluación de la salud física y del estilo de vida en el trastorno mental grave 2.12 Evaluación de las habilidades sociales en rehabilitación psicosocial. 2.13 El periodo de evaluación en rehabilitación laboral de personas con trastorno mental.		4	4	2	2	12	

2.14 Evaluación en entornos residenciales comunitarios	2	4	2	4	2	14	
2.15 Evaluación en Unidades de Rehabilitación Hospitalaria: Un balance entre síntomas, funcionalismo, necesidades, expectativas y soporte comunitario							
2.16 Evaluación de la calidad de vida en rehabilitación psicosocial							
2.17 Evaluación en el tratamiento asertivo comunitario	2	4	4	4	2	16	
2.18 Evaluación de población sin hogar con enfermedad mental							
2.19 Evaluación de resultados de la rehabilitación psicosocial							
Tema 3: Áreas de Intervención en Rehabilitación Psicosocial. Programas básicos de intervención.	2	2	4	4	2	14	
3.1 Programas de acogida y enganche.							
3.2 Autocuidado y actividades de la vida diaria.							
3.3 Actividades instrumentales de la vida diaria.							
3.4 Psicomotricidad.							
3.5 Educación para la salud y Psicoeducación.	2	2	2	4	2	12	
3.6 Autocontrol y manejo del estrés.							
3.7 Habilidades Sociales.							
3.8 Rehabilitación del déficit cognitivo.	2		4	4	2	12	
3.9 Ocio y tiempo libre.	2		4	2	2	10	
3.10 Talleres de Trabajo							
3.11 Integración Comunitaria.							
3.12 Actividades de apoyo y soporte social.							

3.13 Apoyo, psicoeducación y apoyo a las familias.		2	2	2	2	8	
Tema 4: Recursos necesarios para la Rehabilitación Psicosocial. 4.1 Recursos Humanos. Funciones y responsabilidades de los profesionales. 4.2 Recursos Materiales.	2		2	4		8	
Evaluación Final					4	4	
Total	20	30	40	38	32	160	

Leyenda

C: Conferencia

TI: Trabajo Independiente

TP: Clases Teórico Prácticas

P: Practicas

Orientaciones metodológicas para las guías de trabajo independiente, clases prácticas y clases taller:

La guía de estas actividades es un recurso didáctico que debe utilizar el profesor para orientar al estudiante a organizar el tiempo y los materiales disponibles en función de su auto preparación para el logro de los objetivos en cada tema. Después de analizar los elementos relacionados con el aprendizaje se proponen los siguientes pasos a tener en cuenta para la elaboración de estas guías:

Asignatura, número de guía de estudio, tema, contenido (donde se debe tener en cuenta sólo el que será objeto de la forma de organización de la enseñanza de referencia), objetivos (elaborados con intención pedagógica, se debe utilizar habilidades en el nivel de aplicación), bibliografía básica y complementaria, materiales que se deben usar, orientaciones generales para cumplir las habilidades y para el estudio de aspectos teóricos importantes del tema así como actividades a realizar como reflexionar, comparar, valorar.

La guía puede incluir otros aspectos como vocabulario técnico, cuadro resumen, uso de símbolos que identifiquen actividades, entre otros. Así como las

orientaciones específicas para la elaboración de informes escritos en caso de que se requiera las cuales deben incluir estructura y requerimientos en el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TICS).

Sistemas de Evaluación.

Se evaluarán los contenidos de los trabajos independientes en las actividades programadas. Se realizarán evaluaciones frecuentes en el desarrollo de actividades prácticas de enseñanza de procedimientos de rehabilitación psicosocial en las actividades prácticas semanales. Las mismas tendrán un valor de 40 puntos los cuales serán promediados como actividades sistemáticas. El aprobado será 28 puntos o sea el 70%. Están distribuidas de la siguiente forma: en la modalidad clase taller el tema 1 tendrá 4 horas, 14 horas el tema 2, 10 horas para el tema 3 y 2 horas para el 4. Los temas 2 y 3 tendrán 18 horas de clases prácticas respectivamente, y 2 horas para el tema 4.

Se realizará la evaluación del trabajo final consistente en la presentación de un estudio de caso que incluya el plan de rehabilitación psicosocial basado en el diagnóstico realizado en un caso concreto de su universo de trabajo, así como una planificación a largo plazo del paciente para monitorear las tareas que realiza, adecuarlas y/o modificarlas en caso de ser necesario. Incluye además la planificación de la evaluación integral del paciente para precisar el progreso alcanzado y evaluar la validez ecológica del proceso desplegado.

El mismo debe mostrar los aspectos metodológicos a tener en cuenta en cada caso y tendrá un valor de 60 puntos. Debe presentarse escrito con no menos de 10 páginas, con la siguiente estructura: presentación, introducción, desarrollo, conclusiones, bibliografía en formato carta con letra arial 12 con 1.5 de interlineado.

Para resultar aprobado debe acumular un total de 70 puntos como mínimo. Con una calificación que oscile entre 70-79 se considerará una evaluación de bien. Con una calificación que oscile entre 80-89 se considerará una evaluación de muy bien. Con una calificación que oscile entre 90-100 se considerará una evaluación de excelente.

Métodos:

Para el desarrollo de las diferentes actividades el profesor podrá utilizar los siguientes métodos para la consecución de los objetivos propuestos:

- Expositivo: Conversación o diálogo, Explicación o relato
- Elaboración conjunta
- Trabajo independiente: Observación, experimentación, trabajo con el material bibliográfico
- Reproductivo: Explicativo ilustrativo
- Productivos: Búsqueda Parcial o Conversación heurística
- Métodos problémicos
- Método Investigativo

Medios de enseñanza:

- Pizarra, Computadora.
- Guías didácticas y mapas conceptuales con los algoritmos propios de la rehabilitación psicosocial para cada uno de los procesos afectados.
- Cuadernos de estimulación cognitiva.
- Técnicas de rehabilitación psicosocial y materiales para su confección.
- Otros.

Bibliografía Básica

1. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Rehabilitación e integración social de las personas con Trastorno Mental Grave. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Mayores y Servicios sociales (IMSERSO) [Internet]. 2003. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Rehabilitacionintegracionsocial.pdf>
2. Quick J C, Tetrick LE. Handbook of Occupational Health Psychology. American Psychological Association [Internet]. 2011. DOI: <https://doi.org/10.2307/j.ctv1chs29w>
3. Colectivo de Autores. Manual para la intervención de salud familiar. La Habana: Editorial Ciencias Médicas [Internet]. 2002. Disponible en: https://node1.123dok.com/dt02pdf/123dok_es/000/249/249704.pdf.pdf?X-Amz-Content-Sha256=UNSIGNED-PAYLOAD&X-Amz-Algorithm=AWS4-

[HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=7PKKQ3DUV8RG19BL%2F20220325%2F%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20220325T030908Z&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Expires=600&X-Amz-Signature=18407c851372b8b67f541948325b92163c763f3f210d796243738770d7d973a6](https://www.bvs.sld.cu/libros_texto/terapeutica_psiquiatica_integral/completo_terapeutica.pdf)

4. Gómez Martínez AM, Artemán Cremé I. Terapia Ocupacional. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2008.
5. González Cases JC, Rodríguez González A. Enfermedad Mental Crónica: Programas Básicos de Intervención. Biblioteca Virtual Comunidad de Madrid. 2002.
6. González Menéndez R. Terapéutica Psiquiátrica Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas [Internet]. 2008. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/terapeutica_psiquiatica_integral/completo_terapeutica.pdf
7. Fernández JA, Touriño R, Benítez N, Abelleira C. Evaluación en Rehabilitación Psicosocial. Valladolid, FEARP [Internet]. 2010. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Evaluacionrehabilitacionpsicosocial.pdf>
8. Kingdon DC, Turkington D. Cognitive Therapy of Schizophrenia. New York: The Guilford Press. 2005.
9. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Modelo de Centro de Rehabilitación Psicosocial. Colección de documentos. Serie de Documentos Técnicos. Instituto De Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) [Internet]. 2007. Disponible en: https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/cr_ehabpsico21016.pdf
10. Liberman RP. Recovery from disability. Manual of Psychiatric Rehabilitation. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc. [Internet]. 2008. Disponible en:

https://books.google.com.cu/books?hl=es&lr=&id=F5YvSDbdWnkC&oi=fnd&pg=PR9&dq=Recovery+From+Disability:+Manual+of+Psychiatric+Rehabilitation+Robert+P.+Lieberman&ots=ncAd4t99M2&sig=HosV3EPpgRBvgXeQQuPL4I-6h-U&redir_esc=y#v=onepage&q=Recovery%20From%20Disability%3A%20Manual%20of%20Psychiatric%20Rehabilitation%20Robert%20P.%20Lieberman&f=false

11. Pérez Lache NM. Neuropsicología Clínica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/neuropsicologia_clinica/neuropsicologia_completo.pdf
12. Turkington D et al. Back to life, back to Normality. Cognitive Therapy, Recovery and Psychosis. Cambridge: University Press. 2009.

Anexo 5.

Encuesta para la identificación sobre el nivel de información que poseen los miembros del equipo de salud mental sobre la rehabilitación individualizada integral al adulto con esquizofrenia.

Deseamos expresar nuestro agradecimiento por su colaboración y participación cumplimentando la encuesta.

Muchas gracias a todos/as.

Encuesta aplicada antes y después de la estrategia	
<p>1 - Marque con una (X) la principal fuente que le proveyó de información acerca del proceso de rehabilitación al adulto esquizofrénico hospitalizado.</p> <p><input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Cursos de posgrado <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Prensa escrita <input type="checkbox"/> Universidad</p>	<p>Sistema de evaluación de las respuestas</p>
<p>Conocimientos sobre la rehabilitación en psiquiatría.</p> <p>2 - Diga verdadero (V) o falso (F) según corresponda con la información brindada.</p> <p>a) <input type="checkbox"/> La rehabilitación en psiquiatría es un conjunto de procedimientos biológicos y socio psicológicos utilizados en aquellos enfermos en los que han aparecido incapacidades que le imposibilitan un adecuado ajuste social, producto de alguna afección psiquiátrica, y cuyo objetivo fundamental consiste en integrarlos en un contexto social tan similar al normal como sea posible.</p> <p>b) <input type="checkbox"/> Es un proceder terapéutico encaminado a crear habilidades socio laborales cuando estas no existen o son pobres, restablecerlas cuando se</p>	<p>- Conocimientos adecuados: 5 o más ítems correctos</p> <p>- Conocimientos inadecuados: menos de 5 ítems correctos.</p> <p>(Verdaderos los incisos a; b; c; e y g Falso los incisos d y f)</p>

<p>han perdido por alguna enfermedad físico o mental o preservar las que quedan después de un proceso morboso teniendo en cuenta los intereses, motivaciones, necesidades y capacidades reales para lograrlas de forma individual.</p> <p>c) ___ Se comienza la rehabilitación por diferentes grupos o niveles para lograr el restablecimiento y desarrollo de habilidades y conocimientos.</p> <p>d) ___ Este tipo de rehabilitación no incluye a los pacientes de larga evolución o con trastornos mentales severos.</p> <p>e) ___ Tiene el objetivo de elevar los niveles de capacidad funcional, mejorar su calidad de vida, que contribuya a reincorporarlos a una vida social útil de acuerdo a las posibilidades reales existentes en cada caso.</p> <p>f) ___ Este tipo de rehabilitación nunca podrá mejorar la atención, concentración y memoria del paciente. No podrá lograr mejorar independencia en el cuidado personal.</p> <p>g) ___ La rehabilitación en psiquiatría ayuda a que el paciente esquizofrénico aprenda sobre su trastorno y de cómo cuidarse. Les orienta como relacionarse mejor con otras personas e iniciar amistades. Aprender formas de solucionar los problemas de su vida diaria.</p>	
<p>Conocimientos sobre los grupos de dispensarización.</p> <p>3 - Marque las afirmaciones que usted considere</p>	<p>- Conocimientos adecuados: 4 o más ítems correctos</p> <p>- Conocimientos</p>

correctas:

a) __ En el nivel I de rehabilitación se encuentran aquellos pacientes que no desarrollan una actividad socialmente útil y son dependientes a la hora de realizar cualquier actividad. Pueden realizar trabajos simples que no exigen atención e independencia como trabajos de mantenimiento sencillo o empujar carretillas.

b) __ En el nivel II se sitúan los pacientes que desarrollan una actividad social útil, y tienen independencia parcial en el desarrollo de su actividad, asisten al departamento de Terapia Ocupacional donde realizan actividades más especializadas, o se incorporan a brigadas, talleres o departamentos intrahospitalarios laborando conjuntamente con los trabajadores. Pueden realizar trabajos mecánicos que necesitan poca atención e iniciativa, como plegar o envolver o zurcido de ropas.

c) __ El nivel III se ubican los pacientes que desarrollan una actividad social útil, tienen mayor grado de independencia y mantienen vínculo con la comunidad y reciben algún tipo de estímulo por la actividad que realizan. Realizan trabajos que exigen cierta atención, inteligencia e iniciativa.

d) __ Las habilidades que pudieran ser creadas en deportes, baile, canto, artes plásticas, poesía y desempeño laboral en diferentes actividades de laborterapia (floricultura, agricultura, limpieza e higienización, lavandería) no se podrán alcanzar

inadecuados: menos de 4 ítems correctos.

(Se considerará correcto marcar los incisos a, b, c y e, se debe dejar de marcar los incisos d y f)

<p>con la rehabilitación integral en psiquiatría.</p> <p>e) ___ En el nivel IV los pacientes desarrollan una actividad social útil, y realizan trabajos que necesitan buena atención y un raciocinio casi normal, tales como cultivos, confecciones, entre otras. Llevan a cabo trabajos que necesitan buena atención y un raciocinio casi normal, tales como cultivos, confecciones, entre otros.</p> <p>f) ___ En el nivel V los pacientes realizan trabajos iguales al de un obrero normal por lo que nunca podrá ubicarse en este nivel a una persona con esquizofrenia.</p>	
<p>Conocimientos sobre las acciones y actividades de la rehabilitación en psiquiatría.</p> <p>4 - Seleccione las posibles actividades de rehabilitación que se pueden llevar a cabo con pacientes esquizofrénicos hospitalizados.</p> <p>a) ___ Rehabilitación funcional para mejorar niveles de atención, concentración memoria, desempeño social y autocuidado básico.</p> <p>b) ___ Rehabilitación psicosocial para favorecer las actividades de autonomía, desempeño personal, familiar y social, así como capacitación laboral básica</p> <p>c) ___ Rehabilitación Laboral para desarrollar habilidades laborales y productivas en el entorno.</p> <p>d) ___ La inclusión de familiares en esta rehabilitación no contribuye a la mejoría del paciente.</p> <p>e) ___ En toda actividad con pacientes</p>	<p>- Conocimientos adecuados: 7 o más ítems correctos</p> <p>- Conocimientos inadecuados: menos de 7 ítems correctos.</p> <p>(Ítems correctos: a, b, c, e, f. Dejar de marcar los incisos d, g, h, i)</p>

<p>esquizofrénicos hospitalizados es importante tener en cuenta sus ritmos, evitando sobrecargarle con varias demandas al mismo tiempo. Mostrarle disponibilidad, intentar reducir la expresión de crítica y tensión en las diferentes áreas.</p> <p>f) <input type="checkbox"/> Actividades con el familiar para que pueda aprender sobre el trastorno del paciente y cómo cuidarlo para que se mantenga estable, formas de afrontar el trastorno combatiendo los prejuicios sociales y culturales.</p> <p>g) <input type="checkbox"/> No es necesario orientar a la familia o cuidadores sobre mejores formas de comunicarse, relacionarse y comprender al paciente o solucionar los problemas de su vida diaria.</p> <p>h) <input type="checkbox"/> Estos pacientes por estar hospitalizados no necesitan conocer que derechos les corresponden a las personas con discapacidad mental ni apoyo y consejería para elevar su nivel de satisfacción.</p> <p>i) <input type="checkbox"/> Los pacientes esquizofrénicos hospitalizados no necesitan de actividades artísticas, deportivas o recreativas.</p>	
<p>Conocimientos sobre las características de la rehabilitación integral a pacientes esquizofrénicos hospitalizados.</p> <p>5 - Marque con una X las características de la rehabilitación integral a pacientes esquizofrénicos hospitalizados.</p> <p>a) <input type="checkbox"/> Acompañar al paciente en el curso de su enfermedad y posibles crisis. Entrenarlos para el manejo del estrés y que a su vez se reduzcan las</p>	<p>- Conocimientos adecuados: 6 o más ítems correctos</p> <p>- Conocimientos inadecuados: menos de 6 ítems correctos.</p> <p>(Ítems correctos: a, c, d, g, h. Dejar de marcar los incisos b, e y f)</p>

posibilidades de exposición a un nivel mayor del estrés del que puedan tolerar.

b) ___ Las acciones y actividades a desarrollar no tienen que ser individualizadas.

c) ___ Debe ser orientada en función de las necesidades del paciente. Han de caracterizarse por la flexibilidad de las mismas que permitan cambios durante su implementación.

d) ___ El paciente podrá ingresar en rehabilitación una vez que se haya estabilizado su sintomatología positiva por medio de la farmacoterapia.

e) ___ No hay que tener en cuenta los cambios que pueda experimentar el paciente durante la rehabilitación.

f) ___ La metodología de trabajo con sesiones entre el paciente, familia y terapeutas no ayuda para alcanzar la reinserción social de la persona con esquizofrenia hospitalizada.

g) ___ Es necesario brindar confianza, seguridad y esperanza; promover la idea de que es posible recibir ayuda.

h) ___ La frecuencia de evaluación puede variar de persona a persona.

Anexo 6.

Escala funcional de la Cruz Roja

0 Se vale totalmente por sí mismo, anda con normalidad

1 Realiza suficientemente los actos de la vida diaria. Deambula con alguna dificultad. Continencia total.

2 Tiene alguna dificultad en los actos diarios por lo que en ocasiones necesita ayuda. Deambula con ayuda de bastón o similar. Continencia total o rara incontinencia.

3 Grave dificultad en los actos de la vida diaria. Deambula difícilmente ayudado al menos por una persona. Incontinencia ocasional.

4 Necesita ayuda para casi todos los actos. Deambula ayudado con extrema dificultad (dos personas). Incontinencia habitual.

5 Inmovilizado en cama o sillón. Incontinencia total. Necesita cuidados continuos de enfermería.

Anexo 7. Escala geriátrica de evaluación funcional. (Adaptada para el estudio)

CONTINENCIA	<p>5-Perfectamente continente.</p> <p>4-Ha perdido ocasionalmente el control de la micción.</p> <p>3-Incontinencia urinaria, con limitaciones en su vida cotidiana.</p> <p>2-Incontinencia urinaria que le impide realizar su vida cotidiana.</p> <p>1-Doble incontinencia (urinaria y fecal) con pérdida de autonomía.</p>
MOVILIDAD	<p>5-Se moviliza sin limitaciones tanto dentro como fuera del hogar.</p> <p>4-Alguna limitación en la movilidad en particular con transporte público.</p> <p>3-Dificultades de movilidad que limitan satisfacer su vida cotidiana.</p> <p>2-Depende para moverse de la ayuda de otra persona.</p> <p>1-Se encuentra totalmente confinado a la cama o sillón.</p>
EQUILIBRIO	<p>5-No refiere trastornos del equilibrio.</p> <p>4-Refiere trastornos del equilibrio, pero no afecta su vida cotidiana.</p> <p>3-Trastornos del equilibrio con caídas y limitaciones de la autonomía.</p> <p>2-Trastornos del equilibrio lo hacen dependiente de su vida cotidiana.</p> <p>1-La falta de equilibrio lo mantiene totalmente incapacitado.</p>
VISIÓN	<p>5-Tiene visión normal, aunque para ello use lentes.</p> <p>4-Refiere dificultad para ver, pero esto no lo limita en su vida cotidiana.</p> <p>3-Dificultad para ver que limita en sus actividades cotidianas.</p> <p>2-Problemas de la visión que le obligan a depender de otra persona.</p> <p>1-Ciego o totalmente incapacitado por la falta de visión.</p>
AUDICIÓN	<p>5-Tiene audición normal, aunque para ello use prótesis auditiva.</p> <p>4-Refiere dificultad para oír, pero esto no lo limita en su vida cotidiana.</p> <p>3-Dificultad para oír, con algunas</p>

	limitaciones en la comunicación. 2-Severos problemas de audición que le limitan la comunicación. 1-Sordo o aislado por falta de audición
USO DE MEDICAMENTOS	5-No toma medicamentos, no contar suplementos vitamínicos. 4-Usa menos de 3 de forma habitual. 3-Usa de 3 a 5 por más de un mes o indicados por varios médicos. 2-Usa más de 6 medicamentos. 1-Se niega a cumplir el tratamiento indicado.

Instrucciones: defina el ítem por la respuesta del paciente, si este no coopera utilice la opinión del cuidador responsable. Ante la duda entre ítems marque el inferior.

Anexo 8.

Encuesta de satisfacción al paciente esquizofrénico

Estimado(a).

Se necesita conocer su opinión sobre la rehabilitación recibida por usted por el equipo de salud mental.

Marque con una equis (X) el juicio que más se acerca a su criterio.

1. ¿Se siente satisfecho con la rehabilitación que recibe de los miembros del equipo de salud mental?

- El paciente participa de forma activa de todo el programa de rehabilitación porque se siente apoyado: 4
- El paciente solo participa en algunas de las actividades del programa de rehabilitación, pero no de forma activa, aunque si siente que lo apoyan: 3
- El paciente no participa en algunas de las actividades del programa de rehabilitación porque o le gusta como la hacen y percibe poco apoyo: 2
- El paciente no participa en las actividades del programa de rehabilitación porque no le gusta: 1

2. ¿Cómo valora el estado de las relaciones entre los miembros del equipo de salud mental y usted?

- El paciente se relaciona de forma activa con los miembros del equipo de salud: 4
- El paciente se relaciona con los miembros del equipo de salud, pero no forma de forma activa: 3
- El paciente a veces no quiere la relación con los miembros del equipo de salud: 2
- El paciente no se relaciona con los miembros del equipo de salud: 1

3. ¿Cómo valora el estado de las relaciones entre la enfermera y usted?

- El paciente acepta y ejecuta las orientaciones dadas por el personal de enfermería: 4
- El paciente acepta y ejecuta en parte las orientaciones dadas por el personal de enfermería: 3

- El paciente acepta, pero no ejecuta las orientaciones dadas por el personal de enfermería: 2

- El paciente no acepta ni ejecuta las orientaciones dadas por el personal de enfermería: 1

4. ¿Cómo se siente con los cuidados que le brinda el rehabilitador?

- El paciente expresa que se siente bien con los cuidados que le da el rehabilitador: 4

- El paciente expresa que se siente bien con los cuidados que le da el rehabilitador, pero no siempre: 3

- El paciente expresa que no se siente bien con los cuidados que le da el rehabilitador: 2

- El paciente expresa que se siente maltratado por el rehabilitador: 1

Sus criterios se tendrán en cuenta para la mejora de la rehabilitación individualizada que usted recibe.

Muchas gracias.

Para la valoración de la satisfacción de los pacientes con la aplicación práctica del programa, se tendrá en cuenta la puntuación que alcance según las respuestas en cada indicador:

Muy satisfecho (MS): cuando la sumatoria final estaba entre 13 y 16.

Satisfecho (S): cuando la sumatoria final estaba entre 10 y 12.

Poco satisfecho (PS): cuando la sumatoria final estaba entre 7 y 9.

No satisfecho (NS): cuando la sumatoria final estaba entre 4 y 6.

No puede responder (NP): cuando la sumatoria final fue menos de 4.

Se da una serie de parámetros que orienta al investigador como llegar a conocer el nivel de satisfacción del estudiado en caso de que este no responda de forma precisa.

Preguntas	MS	S	PS	NS	NR
1	2	58	3	2	0
2	2	58	3	2	0

3	2		58		3		2		0
4	2		58		3		2		0
Total	2	3,07 %	58	96,92 %	3	4,61 %	2	3,07 %	0

Anexo 9. Declaración de Consentimiento Informado

Yo (nombre y apellidos)

.....

He recibido información acerca del estudio que se realiza, y al cual me proponen sea parte de él. Reconozco los beneficios de su aplicación en el hospital donde me encuentro ingresado, así como para otros pacientes que puedan ser beneficiados con la aplicación del programa.

He hablado con:

.....

(Nombre del médico-investigador)

Manifiesto mi voluntad para participar en la investigación. Comprendo que puedo salir del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones.

- Presto libremente mi conformidad y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos.
- No participaré en ningún otro tipo de estrategia (con fines investigativos) dentro del tiempo que ésta dure.
- Accedo a que la información que se obtenga de mí, pueda ser utilizada en el futuro para nuevos estudios solo con fines científicos y protegiendo mi integridad personal, manteniendo todos los principios éticos de la investigación.

Nombre:(Paciente/Tutor) _____

Firma del sujeto: _____ Fecha: _____ Hora_____

Nombre del médico-investigador: _____

Firma del médico-investigador: _____ Fecha: _____ Hora_____

Anexo 10. Programa de rehabilitación integral para el adulto esquizofrénico hospitalizado

I. INTRODUCCIÓN

El programa de rehabilitación integral para el adulto con esquizofrenia responde a un problema de salud identificado en el proceso de rehabilitación en el Hospital Psiquiátrico Docente Provincial de Sancti Spíritus cuya representatividad, según el Análisis de la Situación de Salud del centro en 2018, está dada en el adulto esquizofrénico hospitalizado por el deterioro de la independencia física de estos pacientes expresado en su afectividad, cognición y conducta; la inexistencia de programas de rehabilitación integral que contribuyan a la independencia física de este tipo de pacientes con mejoría afectiva, cognitiva y conductual y la carencia de vías de capacitación y materiales publicados que puedan contribuir a elevar el nivel de información de los profesionales de la salud que tratan esta entidad.

Este programa logra la incorporación neurofuncional del paciente adulto esquizofrénico hospitalizado en su cotidianidad en función de la actividad del proceso cognitivo (visoespacial, construccional, procesamiento fonológico, inhibición, razonamiento, coherencia, memorización, coordinación de movimientos, entre otros que se busquen estimular, habilitar o rehabilitar).

Contempla las regiones cerebrales y las redes sinápticas particulares que intervienen en hacer posible la tarea planteada, integrar el conocimiento del cuadro patológico que presenta el paciente y solapar en análisis clínico, las áreas cerebrales necesarias para el desarrollo de la actividad con las afectadas, para lo que se trabajó directamente sobre factores cognitivos.

Contribuye a elevar el nivel de información del personal que labora con los adultos diagnosticados con esquizofrenia para que se alcance la independencia física y la mejora de la esfera conductual y afectiva de esta población, con énfasis en el estado de salud de estos pacientes y el alivio de los síntomas característico de esta entidad.

Ofrece un material científico en forma de programa, para alcanzar la rehabilitación integral del adulto esquizofrénico hospitalizado, como esquema sistemático, ajustado a sistema o método, en el que se proponen objetivos y

formas de llevarlos a cabo, estructurado secuencialmente, flexible y dinámico, que permite realizar modificaciones y cambios.

Es una programación del trabajo rehabilitador centrada en el individuo y su idiosincrasia, en la que se definen objetivos y se proponen formas de intervención, logrando en él una independencia física con mejora de la esfera afectiva, cognitiva, conductual y de los síntomas característicos de la entidad.

Constituye un ahorro de tiempo y esfuerzos en la búsqueda de vías para enfrentar la rehabilitación integral del adulto esquizofrénico hospitalizado. Las habilidades adquiridas por el personal encargado del cuidado de estos pacientes, pueden contribuir a espaciar los períodos de institucionalización de los pacientes con esquizofrenia, así como reducir la medicación y la atención médica.

II. PROPÓSITOS

Contribuir a la independencia física del adulto esquizofrénico, mediante acciones que tienen, como protagonistas, al grupo de salud mental y al propio adulto esquizofrénico y su familia en la búsqueda de soluciones a sus problemas.

III. OBJETIVO GENERAL

1. Crear una modalidad de rehabilitación integral que contribuya a resolver las necesidades socioeconómicas, psicológicas y biomédicas de los adultos a este nivel, enfatizando en la independencia física de los pacientes con mejoría afectiva, cognitiva y conductual, así como de los síntomas de la enfermedad

IV. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Promover cambios de estilos de vida, hábitos y costumbres que favorezcan la independencia física de los pacientes adultos esquizofrénicos.
2. Retardar la aparición de brotes y de las discapacidades a que estas pudieran conllevar en su evolución.
3. Garantizar la atención integral y oportuna a este grupo de pacientes.
4. Estimular la participación comunitaria en la identificación y búsqueda de soluciones a los problemas del paciente adulto esquizofrénico.

V. LÍMITES

- a) De espacio: Hospital Psiquiátrico Docente Provincial. Sancti Spiritus.
- b) De tiempo: El programa comenzó en el primer semestre de 2019 y tendrá reajustes.
- c) De recursos: Se contó con los recursos disponibles en el departamento de rehabilitación del hospital y en los diferentes servicios de atención donde se llevó a cabo el estudio. No se contó con medios informáticos como apoyo.

VI. POBLACIÓN A TRABAJAR

Población adulta esquizofrénica hospitalizada, menor de 60 años, que no se encuentre en la etapa aguda en el Hospital Psiquiátrico Docente Provincial de Sancti Spiritus, y con un mínimo de seis meses de estadía hospitalaria.

VII. ACCIONES Y ACTIVIDADES PARA CUMPLIMENTAR LOS OBJETIVOS

Objetivo 1: Promover cambios de estilos de vida, hábitos y costumbres que favorezcan la salud.

Acción 1

- Desarrollar técnicas educativas destinadas a fomentar estilos de vida sana y a disminuir el hábito de fumar, obesidad, malos hábitos alimentarios, sedentarismo, accidentes, polifarmacia y otros.

Actividades

- Charla educativa.
- Técnica vivencial
- Técnicas visuales con láminas y dibujos
- Cara a cara utilizando técnicas audiovisuales.
- Dinámicas grupales para modificación de estilos de vida.

Tema: estilos de vida, hábitos y costumbres que favorezcan la salud.

Medios: láminas, hoja de papel, televisor, reproductor de video.

Participantes: miembros del equipo de salud mental y pacientes esquizofrénicos hospitalizados.

Responsables: psiquiatra y fisiatra.

Lugar: sala o área de salud mental.

Tiempo: de 20 a 45 minutos

Acción 2

- Incorporar, mantener y en caso necesario rescatar a los adultos a la práctica del ejercicio físico sistemático y actividades culturales, orientada de acuerdo a las capacidades de cada uno de ellos, a través de monitores y los especialistas del INDER y el Ministerio de Cultura respectivamente.

Actividades

- Charla educativa.
- Dinámicas grupales para identificar inclinación hacia el deporte o cultura o ambas.
- Realización de actividades deportivas y culturales.

Tema: práctica del ejercicio físico sistemático y actividades culturales.

Medios: láminas, hoja de papel, televisor, reproductor de video e implementos deportivos y culturales.

Participantes: miembros del equipo de salud mental, pacientes esquizofrénicos hospitalizados, Licenciadas (os) en cultura física y personal de cultura.

Responsables: psiquiatra y fisiatra.

Lugar: área de salud mental.

Tiempo: 45 minutos.

Acción 3

- Promover acciones contra los riesgos potenciales en la institución.

Actividades

- Charla educativa.
- Discusiones grupales
- Técnica vivencial
- Técnicas visuales con láminas y dibujos
- Cara a cara utilizando técnicas audiovisuales.
- Dinámicas grupales para modificación de estilos de vida.

Tema: riesgos potenciales en la institución.

Medios: láminas, hoja de papel, televisor y reproductor de video.

Participantes: miembros del equipo de salud mental y pacientes esquizofrénicos hospitalizados.

Responsables: psiquiatra y fisiatra.

Lugar: sala o área de salud mental.

Tiempo: 30 minutos.

Acción 4

- Desarrollar actividades educativas destinadas a cambiar la imagen que del adulto tiene el mismo, la familia y la sociedad.

Actividades

- Charla educativa.
- Lluvia de ideas de forma oral.
- Discusiones grupales.
- Técnica vivencial.
- Técnicas visuales con láminas y dibujos.
- Cara a cara utilizando técnicas audiovisuales.
- Dinámicas grupales para modificación de estilos de vida.

Tema: imagen que del adulto tiene el mismo, la familia y la sociedad.

Medios: láminas, hoja de papel, televisor y reproductor de video.

Participantes: miembros del equipo de salud mental, pacientes esquizofrénicos hospitalizados y familiares.

Responsables: psiquiatra y fisiatra.

Lugar: área de salud mental.

Tiempo: 45 minutos.

Acción 5

- Orientar a la familia sobre situaciones familiares y sociales generadoras de estrés Psicosocial.

Actividades

- Charla educativa.
- Lluvia de ideas de forma oral.
- Discusiones grupales.
- Técnica vivencial.
- Dinámicas grupales.

Tema: situaciones familiares y sociales generadoras de estrés Psicosocial.

Medios: láminas, hoja de papel, televisor y reproductor de video.

Participantes: miembros del equipo de salud mental y familiares.

Responsables: psiquiatra y fisiatra.

Lugar: área de salud mental.

Tiempo: 30 minutos.

Acción 6

- Fomentar acciones que faciliten el desempeño o el aprendizaje de actividades económicamente útiles por parte del paciente adulto esquizofrénico.

Actividades

- Charla educativa.
- Discusiones grupales.
- Técnica vivencial.
- Cara a cara.
- Dinámicas grupales.

Tema: actividades económicamente útiles.

Medios: láminas, hoja de papel, televisor y reproductor de video.

Participantes: miembros del equipo de salud mental y pacientes esquizofrénicos hospitalizados.

Responsables: psiquiatra y fisiatra.

Lugar: sala o área de salud mental.

Tiempo: 30 minutos.

Objetivo 2: Retardar la aparición o complicaciones de enfermedades concomitantes en los pacientes adultos esquizofrénicos.

Acción 1

- Identificar, controlar y modificar, los factores de riesgo dañinos a la salud, que por su condición constituyen un elevado riesgo de mortalidad o discapacidad (hábitos tóxicos, malnutrición, discapacidad física, psíquica y sensorial, depresión, suicidio, accidentes y otros).

Actividades

- Charla educativa.
- Discusiones grupales

- Técnica vivencial
- Técnicas visuales con láminas y dibujos
- Cara a cara utilizando técnicas audiovisuales.
- Dinámicas grupales para modificación de estilos de vida.
- Audiencias de salud.

Tema: factores de riesgo dañinos a la salud

Medios: láminas, hoja de papel, televisor y reproductor de video.

Participantes: miembros del equipo de salud mental y pacientes esquizofrénicos hospitalizados.

Responsables: psiquiatra y fisiatra.

Lugar: sala o área de salud mental.

Tiempo: 30 minutos.

Objetivo 3: Garantizar la participación de los adultos esquizofrénicos hospitalizados en su atención integral, oportuna y eficaz.

Acción 1

- Lograr la participación de los adultos esquizofrénicos hospitalizados en su atención periódica y sistemática.

Actividades

- Charla educativa.
- Discusiones grupales.
- Técnica vivencial.
- Cara a cara.
- Dinámicas grupales para modificación de estilos de vida.

Tema: atención integral, oportuna y eficaz.

Medios: láminas y hoja de papel.

Participantes: miembros del equipo de salud mental y pacientes esquizofrénicos hospitalizados.

Responsables: psiquiatra y fisiatra.

Lugar: sala o área de salud mental.

Tiempo: 30 minutos.

Acción 2

- Preparar a la familia sobre las siguientes situaciones de salud: pacientes adultos esquizofrénicos impedidos físicos, sordos y ciegos.

Actividades

- Charla educativa.
- Lluvia de ideas de forma oral.
- Discusiones grupales.
- Técnica vivencial.
- Cara a cara.
- Dinámicas grupales.

Tema: situaciones de salud en los pacientes adultos esquizofrénicos hospitalizados.

Medios: láminas, hoja de papel, computadora y medios audiovisuales.

Participantes: miembros del equipo de salud mental y familiares de pacientes esquizofrénicos hospitalizados.

Responsables: psiquiatra y fisiatra.

Lugar: sala o área de salud mental.

Tiempo: 30 minutos.

Acción 3.

- Incluir la atención estomatológica integral como necesidad de salud en los pacientes adultos esquizofrénicos hospitalizados.

Actividades

- Charla educativa.
- Técnica vivencial
- Técnicas visuales con láminas y dibujos
- Cara a cara utilizando técnicas audiovisuales.
- Dinámicas grupales para modificación de estilos de vida.

Tema: atención estomatológica integral.

Medios: láminas, hoja de papel y medios audiovisuales.

Participantes: miembros del equipo de salud mental y pacientes esquizofrénicos hospitalizados.

Responsables: psiquiatra y fisiatra.

Lugar: sala o área de salud mental.

Tiempo: 30 minutos.

Objetivo 4: Lograr la participación de los adultos esquizofrénicos hospitalizados en la rehabilitación.

Se proporciona recursos compensatorios dirigidos a las actividades de la vida cotidiana. El paciente recibe tratamiento institucionalizado en el servicio de rehabilitación durante seis meses cuatro veces a la semana en el horario matutino para evitar el cansancio fácil, irritabilidad, entre otros factores negativos.

Acción 1.

• Ejecutar acciones de rehabilitación en el gimnasio terapéutico para prevenir el deterioro de sus capacidades físicas con el objetivo de:

- Mantener o mejorar las capacidades físicas y funcionales del paciente.
- Evitar las complicaciones derivadas de la inactividad que complicarían el estado basal del paciente y algunos de los síntomas presentes
- Mejorar la calidad de vida de los afectados.

Se llevan a cabo sesiones de:

- Ejercicios aeróbicos
- Ejercicios de equilibrio y coordinación
- Ejercicios de fortalecimiento
- Ejercicios de estiramiento
- Ejercicios de relajación
- Agentes físicos

Actividades

- Charla educativa.
- Técnica vivencial
- Técnicas visuales con láminas y dibujos
- Cara a cara utilizando técnicas audiovisuales.
- Dinámicas grupales.

Durante estas interacciones se desarrollan:

- Tratamiento Postural
- Movilizaciones Pasivas

- Estímulos dinámicos.
- Bipedestación.
- Termoterapia.
- Electroterapia.

Tema: prevenir el deterioro de las capacidades físicas de los adultos esquizofrénicos hospitalizados.

Medios: equipos y vías para la rehabilitación físico-mental.

Participantes: miembros del equipo de salud mental y pacientes esquizofrénicos hospitalizados.

Responsables: psiquiatra y fisiatra.

Lugar: área de rehabilitación.

Tiempo: 45 minutos.

Acción 2.

- Favorecer la máxima capacidad física, psicológica y social en la persona utilizando Terapia del lenguaje.

Para ello:

- Se examinan los trastornos.
- Se interviene en los trastornos de forma temprana, en la medida de lo posible, para aumentar la eficacia de la terapia.
- Se proporciona un sistema de comunicación adaptado a las necesidades individuales de la persona afectada si fuera necesario.

Todo esto encaminado a:

- Mejorar la inteligibilidad del habla.
- Enseñar técnicas de respiración y voz para potenciar dichos aspectos.
- Potenciar la capacidad deglutoria para alimentos sólidos y/o líquidos.
- Aumentar la seguridad durante el acto de deglución.
- Dar consejos y recomendaciones que puedan favorecer la mejora de la deglución, habla, voz, respiración, escritura y comunicación en general.

Actividades

- Técnica vivencial.
- Técnicas visuales con láminas y dibujos.

- Cara a cara.
- Dinámicas grupales.

Utilizando:

- Relajación de la musculatura facial y cuello.
- Iniciación a la respiración costo-diafragmática
- Ejercitación de la musculatura facial, bucal y faríngea.

Tema: máxima capacidad física, psicológica y social

Medios: vías para la rehabilitación logofoniatra.

Participantes: Licenciado en Logopedia y pacientes esquizofrénicos hospitalizados.

Responsables: psiquiatra y fisiatra.

Lugar: área de rehabilitación.

Tiempo: 45 minutos.

Acción 3.

• Facilitar las oportunidades necesarias para que los pacientes esquizofrénicos hospitalizados alcancen la participación en todas las actividades incluidas en las áreas de la ocupación: actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio y participación social, con la Terapia Ocupacional y lograr:

- Mantener, promover, o compensar las destrezas motoras y de interacción social (cognitivas, afectivas y conductuales) que intervienen en el rendimiento sobre el desempeño de estas ocupaciones.
- Promover hábitos y rutinas saludables.
- Asesorar y educar en la mejora de la independencia funcional en el día a día.

Actividades

- Charla educativa.
- Técnica vivencial.
- Técnicas visuales.
- Cara a cara.
- Dinámicas grupales.

Utilizando:

- Intervención preparatoria para el desempeño ocupacional.
- Uso terapéutico de las ocupaciones y actividades.
- Facilitadores del desempeño ocupacional.
- Educación y entrenamiento.

Tema: participación en todas las actividades.

Medios: láminas, hoja de papel y medios audiovisuales.

Participantes: Terapistas ocupacionales y pacientes esquizofrénicos hospitalizados.

Responsables: psiquiatra y fisiatra.

Lugar: área de rehabilitación, de salud mental, áreas de trabajo.

Tiempo: 45 minutos.

Acción 4.

• Fomentar el pleno desarrollo en la sociedad de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados, contribuyendo así a la mejora de su calidad de vida. Incorporar a los pacientes adultos esquizofrénicos, con un enfoque de rehabilitación integral, a los ejercicios físicos, ergoterapia, arte terapia y actividades recreativas, culturales, socialmente útiles y otras con la ayuda del equipo de salud y las instituciones culturales y sociales de la comunidad.

Para ello es necesario el Trabajo Social con el objetivo de:

- Estudiar las carencias y necesidades sociales en el sistema salud-enfermedad a los pacientes esquizofrénicos hospitalizados.
- Identificar y describir las redes sociofamiliares de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados, y promover la utilización de los recursos disponibles, a través de acciones de investigación, planificación y programación, promoción, prevención, asesoría social y gestión de recursos sociales y/o sanitarios, orientadas a la recuperación o mantenimiento de la salud y a la participación de individuos, grupos y comunidades, en las instituciones sanitarias
- Orientar, coordinar y promover el movimiento asociativo de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados y sus familias, con criterios de solidaridad.

- Promoción y desarrollo personal y social de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados.

Actividades

- Técnica vivencial.
- Dinámicas grupales.

Utilizando:

- Intervención individual
- Intervención familiar

Tema: rehabilitación integral.

Medios: equipos y vías para la rehabilitación físico-mental, hojas de papel, televisor y reproductor de audiovisuales, así como instrumentos para las actividades culturales.

Participantes: miembros del equipo de salud mental, pacientes esquizofrénicos hospitalizados, rehabilitadores y personal de cultura.

Responsables: psiquiatra y fisiatra.

Lugar: sala de rehabilitación y áreas de salud mental.

Tiempo: 30 minutos.

Acción 5

- Fortalecer a través de estimulación cognitiva la calidad de vida del paciente esquizofrénico hospitalizado.

Para ello es necesario:

- Estimular los principales dominios cognitivos que pueden ser afectados por la enfermedad.
- Aportar estrategias que ayuden a reorganizar la función dañada a partir del uso de las funciones que se encuentran preservadas.
- Generalizar a la vida diaria del paciente lo trabajado durante la intervención.

Actividades

- Charla educativa.
- Técnica vivencial.
- Técnicas visuales.
- Cara a cara.

- Dinámicas grupales.

A través de:

- Estimulación de la atención, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento.
- Memoria
- Fluidez verbal
- Funciones ejecutivas

Utilizando:

- Encuentra los objetos
- Recordar lista de palabras
- Recordar palabras de la misma categoría semántica
- Ordenar pasos de una actividad
- Actividad con mapa

Tema: estimulación cognitiva

Medios: vías para la rehabilitación cognitiva.

Participantes: Licenciado en psicología

Responsables: psiquiatra y fisiatra.

Lugar: área de rehabilitación y de salud mental.

Tiempo: 45 minutos.

Objetivo 5: Estimular la identificación y búsqueda de soluciones a los problemas de los pacientes adultos esquizofrénicos.

Acción 1

- Integrar la rehabilitación con el resto de las estructuras sociales y de salud correspondientes de forma tal que se contribuya a la solución de los problemas que los adultos esquizofrénicos hospitalizados presenten al interactuar en la sociedad.

Actividades

- Charla educativa.
- Lluvia de ideas de forma oral.
- Discusiones grupales.
- Técnica vivencial.

- Técnicas visuales con láminas.
- Cara a cara utilizando técnicas audiovisuales.
- Dinámicas grupales para modificación de estilos de vida.

Tema: Integración de la rehabilitación con las estructuras sociales y de salud.

Medios: equipos y vías para la rehabilitación físico-mental, hojas de papel, televisor y reproductor de audiovisuales.

Participantes: equipos de salud mental, de rehabilitación y los pacientes esquizofrénicos hospitalizados.

Responsables: psiquiatra y fisiatra.

Lugar: sala de rehabilitación y áreas de salud mental.

Tiempo: 30 minutos.

Acción 2.

- Estimular al adulto esquizofrénico hospitalizado en el uso de los programas de autoayuda y ayuda mutua.

Actividades

- Charla educativa.
- Discusiones grupales.
- Técnica vivencial.
- Cara a cara.
- Dinámicas grupales.

Tema: autoayuda y ayuda mutua.

Medios: láminas, hoja de papel y medios audiovisuales.

Participantes: equipos de salud mental y los pacientes esquizofrénicos hospitalizados.

Responsables: psiquiatra y fisiatra.

Lugar: sala de rehabilitación y áreas de salud mental.

Tiempo: 30 minutos.

Acción 3.

- Ofrecer apoyo psicológico a la persona y su familia, para facilitar el proceso de adaptación a la enfermedad.

Por lo que se hace necesario brindar información sobre la esquizofrenia, teniendo en cuenta las alteraciones emocionales que estos pacientes presentan, para el ajuste psicológico y mejorar la percepción de la enfermedad y su afrontamiento.

Actividades

- Charla educativa.
- Discusiones grupales.
- Técnica vivencial.
- Cara a cara.
- Dinámicas grupales.

Tema: apoyo psicológico.

Medios: láminas, material impreso y medios audiovisuales.

Participantes: psicólogo, pacientes esquizofrénicos hospitalizados y familiares de estos.

Responsables: psiquiatra y fisiatra.

Lugar: sala de rehabilitación y áreas de salud mental.

Tiempo: 30 minutos.

VIII. INDICADORES

Equipo de salud mental

- Incluido en el diagnóstico de salud la independencia física dirigida a la mejoría conductual, cognitiva y afectiva del adulto esquizofrénico hospitalizado (nivel funcional).
- Porcentaje de adultos con esquizofrenia hospitalizados incorporados al programa.
- Visita para establecer pautas de trabajo en la sala seleccionada con el personal de salud perteneciente a estos servicios.
- Diagnóstico clínico de los pacientes inmersos en el programa y que aceptaron participar en la investigación mediante el consentimiento informado.
- Aplicación *in situ* de instrumentos elaborados (encuestas, entrevistas en profundidad, guías de observación de tipo directa y cerrada) con el fin de obtener información sobre el servicio médico, beneficios del tratamiento,

comportamiento y opiniones de los profesionales de la salud y de los pacientes en la consulta, entre otros aspectos.

- Análisis cuantitativos y cualitativos de los resultados obtenidos.
- Evidencias de intercambio con los directivos del programa en el hospital y territorio mediante el método expositivo con el fin de ofrecer datos significativos de la investigación que permitirán perfeccionar el sistema de trabajo.
- Disminución de estadía hospitalaria.
- Espaciamiento de Reingresos.

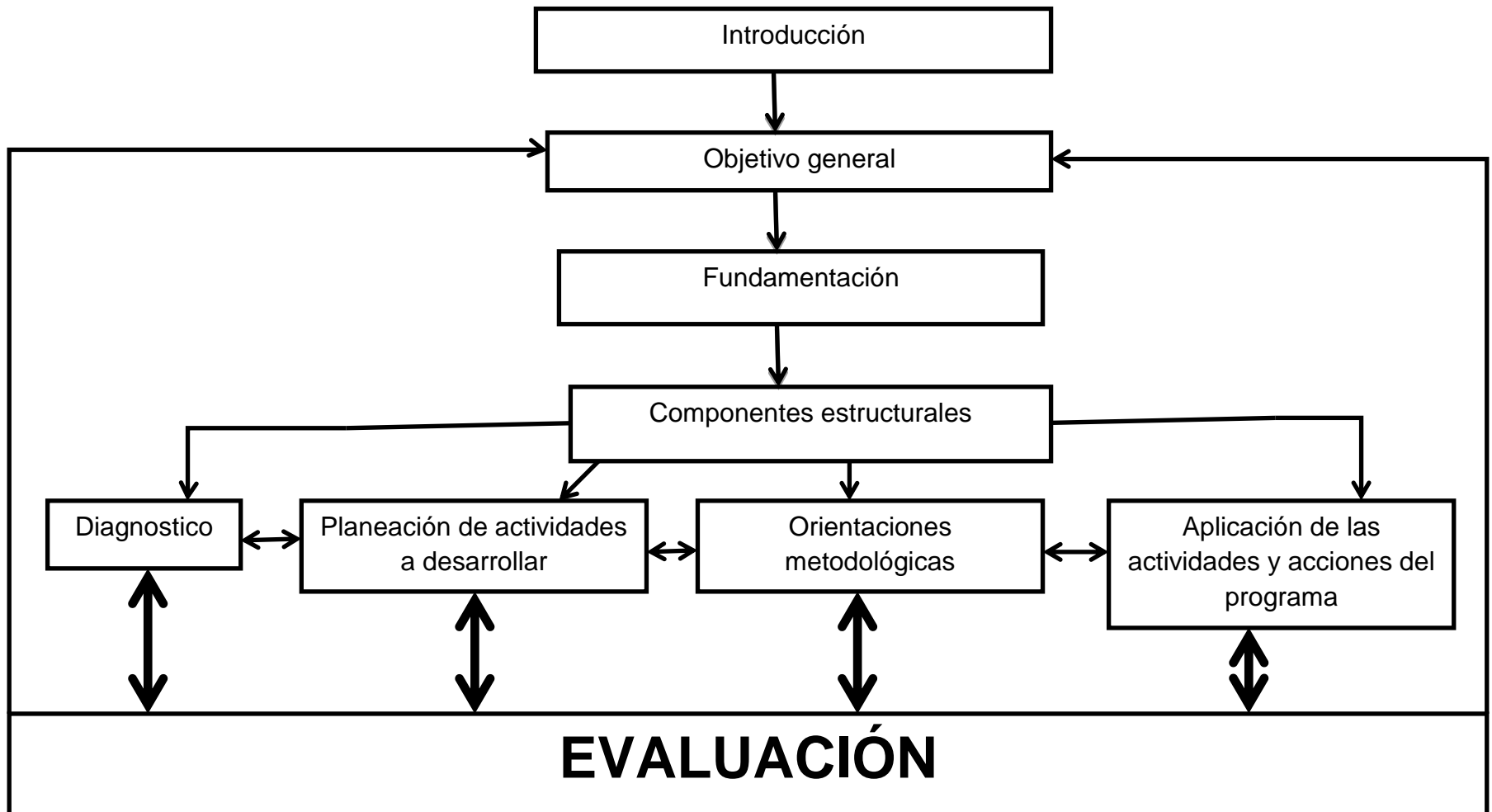
IX. CONTROL Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA.

Se realizará control periódico y monitoreo del cumplimiento de las actividades del programa.

- En el nivel provincial trimestral.

Se evaluará el Programa en su organización a nivel del servicio hospitalario.

Esquema del programa de rehabilitación integral al adulto esquizofrénico hospitalizado en hospital psiquiátrico



Anexo 11.

Evolución de los niveles de rehabilitación de los estudiados

Niveles de rehabilitación	Antes	%	Después	%
I	13	20	5	7,70
II	18	27,70	4	6,16
III	15	23,07	9	13,84
IV	19	29,23	47	72,30

De los pacientes que se encontraban al inicio de la investigación en el nivel I , ocho evolucionaron a niveles superiores, de ellos tres pasaron al nivel II y cinco al III. Se mantuvieron 5 pacientes en el mismo nivel.

En el nivel II antes de aplicar el programa de rehabilitación se ubicaron a 18 pacientes, de ellos 17 cambiaron a niveles superiores (13 al IV y 4 al III). Después de aplicado el programa se mantuvieron en este nivel II cuatro pacientes, de ellos eran tres que estaban antes en el nivel I y un pacientes que se mantuvo en el nivel II.

El nivel III antes de aplicar el programa tenía 15 pacientes y todos cambiaron al nivel IV después de aplicado el programa. Se mantuvieron nueve pacientes, de ellos cinco fueron los que evolucionaron del nivel I y cuatro del II.

Del nivel IV que antes de aplicar el programa eran 19 pacientes, una vez aplicado el mismo resultaron 47 los pacientes en este nivel, de ellos fueron los 19 que ya estaban en el mismo nivel a los que se sumaron 13 que evolucionaron del nivel II y 15 del nivel III.

Para definir estos cambios se utilizó la guía de observación diseñada para esta investigación, la evaluación psiquiátrica y de medicina Física y Rehabilitación. Estos elementos en su conjunto permitieron reubicar a cada paciente según su mejoría en distintos niveles de rehabilitación.