

POLICLINICO UNIVERSITARIO
"ASDRUBAL LOPEZ VAZQUEZ"
GUANTANAMO

REHABILITACION PSICOSOCIAL

Dra. Virginia Jaca Pérez¹, Dra. Santa Valiente Muñoz², Lic. Víctor Manuel Méndez Torres³, Dra. Surlenis Cachimaille Begué⁴, Dra. Caterine Guilarte Savón⁴, Dra. Julia Quintana Madrigal⁵, Lic. Camilo Macías Bestard.⁶

RESUMEN

Se realiza un estudio retrospectivo de corte transversal en el área Sur de la ciudad de Guantánamo en el período diciembre de 2005 a octubre de 2009 con el objetivo de obtener información sobre el comportamiento de la rehabilitación psiquiátrica en pacientes de esta área de salud. El universo está constituido por el 100 % de los pacientes portadores de enfermedades psiquiátricas de esta área de salud, la muestra la constituyen 70 pacientes incorporados a talleres terapéuticos. Se determinan las variables: edad, sexo, estado civil, ocupación, diagnóstico psiquiátrico, tratamiento utilizado, atención familiar y comunitaria, grado de validismo alcanzado por los pacientes. Generalmente la rehabilitación social se evidencia en actividades laborales de la comunidad.

Palabras clave: ESQUIZOFRENIA/rehabilitación.

INTRODUCCION

Los clasificadores de trastornos psiquiátricos más empleados: Manual de Diagnóstico y Estadística IV de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV)¹, la clasificación internacional de enfermedades, 10ma. revisión de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10)² y el Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría (GC-3)³, constituyen referencias importantes para estimar los contenidos de la práctica de especialistas en salud mental, en particular de psiquiatras y psicólogos clínicos, pues denominan y caracterizan las entidades nosológicas a las que esos especialistas dirigen primordialmente su atención.

¹ *Master en Longevidad Satisfactoria. Especialista de I Grado en Psiquiatría. Asistente.*

² *Especialista de I Grado en Psiquiatría. Instructor.*

³ *Licenciado en Educación Especial. Instructor.*

⁴ *Especialista de I Grado en Psiquiatría. Instructor.*

⁵ *Master en Atención Integral a la Mujer. Especialista en Medicina General Integral. Instructor.*

⁶ *Master en Investigación Educativa. Licenciado en Psicología y Pedagogía. Profesor Auxiliar.*

Ciertamente, las referencias a la actividad laboral como fuente de factores etiológicos y a moduladores de trastornos psiquiátricos, son sumamente escasas en esos textos. Las formulaciones de sicopatología laboral aparecen escasamente en estos documentos.

España es considerada la cuna de la psiquiatría con enfoque humanitario, no obstante la liberación de enfermos mentales no fue hasta finales del siglo VIII cuando F. Pinel decidió quitarles las cadenas a dichos pacientes recluidos donde el trabajaba. Ferres junto a Pinel, inauguraron lo que más tarde se llamó terapia, por el trabajo que junto a la incorporación de métodos y técnicas contribuyó a la rehabilitación.⁴

El interés para la rehabilitación social por parte de la psiquiatría viene creciendo en los últimos años, las motivaciones por tal interés son múltiples y esquemáticamente se pueden definir del modo siguiente:

1. La imponente disminución de la población de pacientes psiquiátricos internados en los hospitales destinados a ellos en todo el mundo.
2. Se delinea una orientación teórica y organizativa que define y trata de una política basada en la participación de la comunidad, la cual protagoniza su propio estilo de intervención y modalidad de organización. De hecho, la rehabilitación psicosocial coincide con esta forma de trabajo.
3. El derecho de los pacientes y sus familiares (se autodefinen como usuarios de los servicios, más que como pacientes).
4. Se evidencia como la institucionalización constituye un poderoso factor de riesgo para el deterioro y cronificación, que no son en 60 % elementos intrínsecos de la enfermedad, sino factores agregados de riesgo, generados por la cura.

En Cuba la rehabilitación psiquiátrica está indisolublemente unida a la historia del Hospital Psiquiátrico de la Habana en su etapa revolucionaria, lo cual se ha desarrollado favorablemente hasta la actualidad.

En la provincia de Guantánamo con el propósito de reorientar la terapia ocupacional y la psiquiatría hacia la atención primaria de salud, dando cumplimiento al programa nacional de psiquiatría comunitaria; se crean los centros comunitarios de salud mental; iniciativa que comenzó por esta área de salud: esto permite el trabajo en la comunidad y la participación de todos los sectores y factores para el mantenimiento de dicho logro, como este que permite mantener la motivación de este trabajo a fin de valorar el

comportamiento de la rehabilitación psicosocial de pacientes del área Sur de la ciudad de Guantánamo.

METODO

Se realiza un estudio retrospectivo de corte transversal en el área Sur de la ciudad de Guantánamo en el período comprendido diciembre de 2005 a octubre de 2009 con el objetivo de obtener información sobre comportamiento de la rehabilitación psiquiátrica de pacientes de esta área de salud. El universo está constituido por el 100 % de pacientes portadores de enfermedades psiquiátricas y la muestra la constituyen 70 pacientes incorporados a talleres terapéuticos.

Se determinan las variables: edad, sexo, estado civil, ocupación, diagnóstico psiquiátrico, tratamiento utilizado, atención familiar, comunitaria, y grado de validismo alcanzado por los pacientes.

Los grupos de edades oscilan a partir de los 20 años. Para precisar el diagnóstico se revisan las historias clínicas, indagando el tipo de esquizofrenia pues la primera etapa de rehabilitación va dirigida a estos pacientes.

La atención familiar y comunitaria es obtenida a través del interrogatorio a pacientes y familiares, corroborado además por entrevistas a médicos y enfermeras de la familia, miembros de organizaciones políticas, directores, administrativos y otros miembros de los centros laborales, caracterizándose en:

- a) Buena: cuando se cumple que la familia se ocupe de todo lo concerniente al paciente (alimentos, medicamentos, asistencia a consulta, cuidado de hábitos, evolución de enfermedad)
- b) Regular: Cuando falta alguno de los requisitos citados en la buena atención.
- c) Mala; Cuando están ausentes todos los requisitos.

El tratamiento utilizado se clasifica en: neurolépticos de depósito, tratamiento convencional con neurolépticos o combinado.

El grado de validísimo es evidenciado por número de ingresos realizados durante la etapa de estudio, integración a las actividades hogareñas, sociales, recreativas, laborales, reinserción social, rehabilitación psiquiátrica y rehabilitación parcial de los mismos.

RESULTADOS Y DISCUSION

De acuerdo con la Organización Mundial de la salud (OMS). "La rehabilitación es un término que se aplica a impedidos físicos y mentales y consiste en el uso racional de procedimientos de validismo como son: medidas médicas, sociales, educacionales y vocacionales que tienen por objeto adiestrar y readiestrar al individuo, para llevarlo de acuerdo a sus posibilidades reales a niveles de capacidad funcional según las enfermedades que tenga el individuo, será el proceso de rehabilitación"

En el presente estudio se muestra en la Tabla 1 la distribución de las enfermedades según diagnóstico psiquiátrico, se aprecia que el diagnóstico predominante es el de esquizofrenia paranoide con 68 pacientes diagnosticados para el 92.8 % de la muestra total y se diagnosticaron 2 pacientes con esquizofrenia hebefrénica (7.2 %).

Un estudio realizado en la Ciudad de México con el objetivo de evaluar el efecto que tiene la red familiar de apoyo en la asistencia al paciente, determinó que la red familiar influyó de manera significativa en la asistencia y cuidados que recibe el paciente, situación vinculada con el funcionamiento familiar.⁴

Entre las cinco orientaciones estratégicas y programáticas que promueve la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para todos los países, aparecen nuevas propuestas conceptuales y metodológicas para la evaluación de la salud de la familia.⁵

Según M. Díaz la familia es un grupo, integrado por dos o más personas, emparentados entre sí hasta el 4to grado de consanguinidad (padres, abuelos, nietos, bisnietos, hermanos, sobrinos y primos) y 2do de afinidad (cónyuges, suegros, yernos, nueras, hijastros y 12 cuñados) que conviven de forma habitual en una vivienda o parte de esta y tienen un presupuesto común.⁶ Martínez la define como una institución formada por sistemas individuales que interaccionan y a su vez constituyen un sistema abierto.⁷

Ruiz considera que es el conjunto de personas que conviven bajo un mismo techo y que están relacionadas entre sí por vínculos de parentesco o de consanguinidad.⁸

Por su parte I. Louro define a la familia como un grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco, afecto y que está condicionado por los valores socioculturales en los cuales se desarrolla.⁹

P. Ares manifiesta que la familia es una unidad social constituida por un grupo de personas unidas por vínculos consanguíneos, afectivos y/o cohabitacionales.¹⁰

En la Tabla 2, la atención brindada por la familia a estos pacientes predomina la categorizada como buena representada por 46 pacientes (65.7 %), seguida por la atención regular 18 pacientes (25.7 %) y solo 6 casos con atención mala.

La Tabla 3 informa que tuvieron necesidad de ingreso 8 pacientes en el período de estudio lo que representa el 11.4 % del total de pacientes y se infiere que debe ser el papel que está jugando la familia en la reincorporación de los mismos, 6 pacientes no mejoraron y tuvieron que ser ingresados en 2 y 3 ocasiones. Se consideran resultados alentadores ya que en ninguno de los casos hubo que recurrir a más de 4 ingresos, sin embargo debe continuarse el trabajo de la familia con estos pacientes porque en el ambiente familiar se desarrolla la mayor cantidad de actividades en el día.

Por otro lado se puede abordar que las enfermedades más recurrentes estuvieron asociadas con trastornos depresivos.

La depresión es sumamente importante en el campo de la salud mental en el trabajo, tanto por su impacto en el lugar de trabajo como por el impacto de este en la salud mental del trabajador. Su prevalencia es muy grande y puede tratarse con facilidad, pero por desgracia muchas veces pasa inadvertida, con graves consecuencias tanto para el enfermo como para la empresa. En consecuencia, mayor énfasis en la detección y el tratamiento de la depresión permitirían ayudar a reducir el sufrimiento individual y pérdidas empresariales.¹¹

En la Tabla 4. Referida al tratamiento psiquiátrico indicado, predomina el número de pacientes atendidos con neuroléptico de depósito, resultaron ser 62 pacientes (88.5 %) de la muestra seguido por el tratamiento a base de neuroléptico oral con 6 pacientes (8.5 %) y 2 pacientes con tratamiento combinado de neuroléptico de depósito más neuroléptico oral (2 %) de la muestra, dato que confirma junto al bajo número de ingresos por pacientes y la atención de la familia que la rehabilitación psicosocial en el período estudiado pudo definirse como buena.

El paciente, como hombre genérico, es un ser inacabado e inacabable, imperfecto pero perfectible, que integra en una unidad viviente todas y cada una de sus dimensiones: biológicas, psicológicas, socio-culturales y espirituales. Por ende, es un ser único, especial, irrepetible, cuya esencia íntima es buena y sana, por todo eso y mucho más, merece amor y respeto a su inviolable dignidad humana. De ahí, que el paciente sea centro y fin del proceso de rehabilitación psicosocial.¹²

En relación a los factores sociales, se otorga gran importancia a los dependientes del medio donde se desenvuelve el sujeto, como los niveles de tensiones derivados de los conflictos sociales, desempleo, carencia de educación, falta de atención médica, delincuencia, violencia y otros. También tienen influencia las actitudes ante el alcohol, como factores socioculturales preestablecidos, entre las que se identifican las culturas abstinentes, las permisivas, permisivas incondicionadas, propaganda, elementos económicos y ocupacionales.¹²

Se convoca desde hace algunos años, con mayor énfasis en este nuevo milenio, a abordar la perspectiva social en el estudio de la salud humana, pues ya es reconocido por todos la influencia de procesos y fenómenos sociales en el mantenimiento y desarrollo de la salud.¹³

En la actualidad es una vertiente de investigación que está en desarrollo. La relación entre salud y apoyo social es bastante compleja y está influenciada por disímiles variables donde se destacan elementos personológicos de los pacientes. Existe consenso entre la vivencia y la percepción del apoyo social que reciben los individuos en diferentes contextos en los que se desenvuelven, que están en correspondencia con la posibilidad de enfermar.¹²

A raíz del consenso de que la enfermedad es un fenómeno multicausal se empieza a dar importancia a eventos y procesos sociales en la determinación de la salud humana. A partir de los años 60 y 70 comienza a surgir con gran fuerza el término de apoyo social, teniendo como antecedente al sociólogo Emile Durkheim que a finales del siglo XIX destacó la importancia de las relaciones interpersonales en la salud.¹³

En la Tabla 5, predominan las actividades laborales representado por 70 pacientes (100 %) de la muestra, vinculado a laborales, 63 pacientes se vincularon a actividades recreativas y sociales (90 %) y 43 a actividades hogareñas, dato que aunque está muy relacionado con el enfoque de género, en el estudio la muestra estuvo representada por 33 pacientes del sexo femenino

y 37 masculinos, y se logró vincular a 6 pacientes del sexo masculino a estas labores.

En el año 1967, Holmes y Rahe publicaron sus estudios sobre eventos vitales como generadores de estrés, identificándose algunos factores del medio como nocivos para la salud del individuo, siendo ésta la primera aproximación al estudio del apoyo social.¹³

La actividad laboral, relaciones humanas en el trabajo y ambiente laboral en general pueden constituir recursos de prevención y rehabilitación que hasta el momento no se exploran ni se utilizan suficientemente. Si se atiende a lo que se publica en la literatura especializada, los procedimientos de intervención psicosocial en los centros laborales se encuentran hoy en día en una etapa de desarrollo que puede calificar de muy primaria. Su efectividad aún no es suficientemente comprobada como para cifrar en su práctica una forma efectiva de prevención.¹⁴

CONCLUSIONES

1. En la muestra seleccionada el diagnóstico predominante en enfermedades psiquiátricas fue el de esquizofrenia paranoide, y el tratamiento más utilizado: neurolépticos de depósito. El nivel de ingreso disminuyó así como la independencia institucional.
2. El comportamiento de la atención familiar y comunitaria fue bueno en sentido general y la rehabilitación social se evidencia principalmente en actividades laborales de la comunidad.

RECOMENDACIONES

1. Realizar la extensión de este trabajo a todas las áreas de salud de la provincia Guantánamo.
2. Incrementar el número de pacientes con enfermedades psiquiátricas vinculados a la actividad de rehabilitación en el área.
3. Perfeccionar la atención familiar para que sea de óptima calidad en la rehabilitación psicosocial de todos los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders. 4thed. Washington: American Psychiatric Association; 2005.
2. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional y problemas relacionados con la salud. Washington: OPS; 2007 (10ma. revisión. Publicación científica N° 554).
3. Otero AA, Rabelo V, Echazábal A. Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría. La Habana: MINSAP, Hospital Psiquiátrico de La Habana; 2001 (Adaptación para Cuba del Capítulo V de la 10ma. Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades).
4. Red familiar de apoyo del paciente con insuficiencia renal crónica. Cartas de investigación. Aten Primaria. 2006; 29(5): 317 - 318.
5. Red familiar de apoyo del paciente con insuficiencia renal crónica. [cartas de investigación]. Aten Primaria 2005; 29(5): 317 - 318.
6. Díaz MC. Estrategia familiares de enfrentamiento a la crisis y el reajuste. [Tesis de Maestría] Ciudad Habana: Facultad de Psicología; 2008.
7. Martínez C. Salud familiar. Ciudad Habana: Editorial Científico Técnica; 2003.
8. Ruiz GJ. La familia. En: Núñez de Villavicencio. Psicología y Salud. Ciudad Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.p.101-109.
9. Louro I. Manual para la intervención en la salud familiar. Ciudad Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
10. Arés P. Psicología de la Familia. Ecuador: Facultad de Psicología; 2004.
11. Lasser J, Kahn JP. Depresión. En: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. España: Organización Internacional del Trabajo; 2001.
12. Murria CJL, Lopez AD. The Global Burden of Morbidity. Harvard: Harvard Univ Press; 1992.
13. Hernández E, García R, Guevara L, Garzón E, Almandoz P. ¿Puede el apoyo social contribuir a prolongar la vida? Ciudad Habana: Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeira; 2005.
14. Nillar E. Apoyo Social Percibido en pacientes con Fibromialgia y Artritis Reumatoide. Instituto Nacional de Reumatología. [Tesis de Maestría]. Ciudad Habana: ENSAP; 2006.

TABLA 1. DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO.

DIAGNÓSTICO	No.	%
Esquizofrenia paranoide	68	92.8
Esquizofrenia hebefrénica	2	7.1
TOTAL	70	1

Fuente: Historia clínica.

TABLA 2. ATENCION FAMILIAR.

ATENCIÓN FAMILIAR	No.	%
Buena	46	65.7
Regular	18	25.7
Mala	6	8.5
TOTAL	70	100

Fuente: Entrevista

TABLA 3. NUMERO DE INGRESOS PACIENTES-CAMAS.

INGRESOS	No.	%
0 - 1 veces	8	11.4
2 - 3 veces	6	8.5
4 - 5 veces	-	-
Más de 5 veces	-	-

Fuente: Historia Clínica.

TABLA 4. TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO INDICADO.

TRATAMIENTO	No.	%
Neuroléptico de depósito	62	88.5
Neuroléptico oral	6	8.5
Tratamiento combinado Neuroléptico de depósito más neuroléptico oral	2	2
TOTAL	70	100

Fuente: Historia clínica.

TABLA 5. INTEGRACION SOCIAL Y DE REHABILITACION.

INTEGRACION SOCIAL	No.	%
Actividades laborales	70	100
Actividades recreativas	63	90
Actividades sociales	63	90
Actividades hogareñas	43	61.4

Fuente: Cuestionario.