UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MANAGUA

TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

ESTUDIO DE LA SITUACION DE DISCAPACIDAD EN PACIENTES PSIQUIATRICOS CRONICOS ATENDIDOS EN EL CENTRO "ALFONSO CORTEZ".

AUTOR:

Dr. Víctor Manuel Noguera Navas.
Residente de Tercer Curso.

TUTOR:
Dra. Maritza Sampson Anduray.
Especialista en Psiquiatría.

ASESOR METODOLOGICO
Dra. Glorielena Navas Morales.
Master en Salud Pública.
Master en Gestión de Proyectos.
Especialista en Nutrición e Higiene de los Alimentos.

Managua, Febrero de 2010.

Carta de las asesoras

El presente trabajo monográfico, es de vital importancia para mejorar la atención del paciente siquiátrico, objetivo fundamental de los profesionales de Salud Mental, ya que por primera vez se cuenta con una base de datos del grado de discapacidad, que las enfermedades mentales han producido en los pacientes atendidos en el departamento de León.

Esta información será la plataforma desde la cual evaluaremos nuestras estrategias y acciones para el abordaje de las enfermedades mentales en nuestra área de trabajo, lo cual involucra unificar criterios y estrategias para la atención sico-social de nuestros pacientes, mejorar la calidad de nuestros recursos humanos, involucrarlos más en el desarrollo del programa de salud mental, y retroalimentar de forma periódica nuestro accionar, fortaleciendo de esta manera, nuestra capacidad local en este importante campo de la salud.

Este fortalecimiento local nos permitirá asimismo, contribuir más y mejor, al buen trabajo que hasta ahora ha desempeñado el Hospital de atención sico-social, “José Dolores Fletes Valle”.

El buen desempeño e interés demostrado por el Dr. Víctor Manuel Noguera Navas en el desarrollo de esta investigación, y el rigor técnico y metodológico con que ha sido elaborado, lo constituyen en una importante herramienta para la toma de decisiones en el tema en mención.

Dra. Maritza Sampson	**Dra. Glorielena Navas**

DEDICATORIA.

Dedico esta Tesis al Todopoderoso, como testimonio de Su amor infinito.

A todos los usuarios del Hospital Psiquiátrico Nacional, en cuyas barbas he aprendido a ser barbero.

A mis Maestros, como humilde evidencia de germinación de la semilla plantada.

A todos los que creyeron y aún creen en mí.

Dr. Víctor Manuel Noguera Navas.
Managua, Febrero de 2010.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios Padre por haberme conducido a la exitosa conclusión de mi entrenamiento, confío en continuar siendo un instrumento para la realización de Su obra.

A mis padres y hermanos, fuente inagotable de orgullo y compromiso para seguir siendo cada día mejor.

A Anielka, por recordarme que siempre es posible volver a empezar.

Víctor Manuel.
Febrero de 2009.

TABLA DE CONTENIDOS

CAPITULO I: GENERALIDADES.

1.1 RESUMEN……5
1.2 INTRODUCCION……..…..…6
1.3 ANTECEDENTES…….…..8
1.4 JUSTIFICACION……11
1.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA……....12
1.6 OBJETIVOS……13
1.7 MARCO TEORICO……14

CAPITULO II: DISEÑO

2.1 DISEÑO METODOLOGICO……28
2.2 TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS……29

CAPITULO III: RESULTADOS…… 34

CAPITULO IV: DISCUSION……..36

CAPITULO V: CONCLUSIONES……38

CAPITULO VI: RECOMENDACIONES……...39

CAPITULO VII: BIBLIOGRAFIA……40

CAPITULO VIII: ANEXOS……..41

CAPITULO I. GENERALIDADES

1.1 RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el Centro de Atención Psicosocial (CAPS) “Alfonso Cortez” de la Ciudad de León, Nicaragua para identificar el grado de discapacidad de sus pacientes psiquiátricos crónicos, como resultado de la aplicación de una estrategia de rehabilitación psicosocial ambulatoria.

Para medir el nivel de discapacidad, se aplicó el instrumento WHO/DAS de la OMS, el cual evalúa las cuatro áreas del funcionamiento: higiene personal, funcionamiento ocupacional, funcionamiento familiar y funcionamiento en el contexto social general.

Se obtuvo como resultado que la mayoría de los pacientes se encontraban entre los 15 y los 49 años de edad, con un nivel educacional de primaria, provenientes del área urbana, de religión católica y del sexo masculino. El diagnostico predominante fue el de epilepsia y la discapacidad tenia al menos un año de duración en la totalidad de los casos.

Todos los pacientes presentaron al menos un grado de discapacidad en alguna de las áreas del funcionamiento, sin embargo todos los casos fueron en el rango de las disfunciones mínimas a moderadas. El área mas afectada para los hombres fue la del funcionamiento familiar y para las mujeres la del funcionamiento ocupacional. La estrategia de rehabilitación ambulatoria basada en la comunidad utilizada por el personal del CAPS se tradujo en un menor deterioro del funcionamiento global de sus usuarios crónicos y una mayor calidad de vida de los mismos.

A pesar de no contar con un Protocolo en Rehabilitación la gran mayoría del personal tiene conocimientos adecuados acerca del concepto, objetivo, fases e importancia de la misma.

1.2 INTRODUCCION.

El tema de la rehabilitación de los pacientes psiquiátricos siempre ha sido motivo de largos e intensos debates, particularmente en lo relativo a quien es el encargado de realizarla. A pesar de haber muy buenos esfuerzos a nivel individual los mismos son aislados y faltos de coordinación, lo cual resulta en actividades con poco o ningún impacto en el pronóstico de los pacientes. (2, 3,6).

La rehabilitación se ha relacionado con un conjunto de prácticas y procedimientos que ocupan un lugar, pero que son intrascendentes, y que en si, no forman parte de la rehabilitación psiquiatrica. En general, lo que falta es un concepto amplio de sus metas y objetivos. Entonces, lo que se ha conocido como rehabilitación psiquiatrica no es tanto una actividad “dirigida para alcanzar una meta”, sino un “ritual” santificado por la tradición, y sin justificación. Por lo tanto, es necesario esclarecer todo lo posible cuales son los objetivos de la rehabilitación psiquiatrica y evitar malos entendidos. (4, 13).

El punto de partida esencial para entender debidamente la rehabilitación es considerar a la persona como individuo dentro del contexto de su ambiente. El modo como se comporte una persona será invariablemente resultado de la interacción entre las capacidades y el temperamento que posea como individuo, y el ambiente en que vive y se desenvuelve. La rehabilitación psiquiátrica trata también de la relación entre persona y ambiente, aunque por lo general es el ambiente social y no el físico el que resulta importante. Con esto se tiene una complicación más, dado que el ambiente social, por lo general, es menos estable que el físico. (19)

La influencia del ambiente tiene implicaciones importantes con respecto al modo como se evalúa a la persona. Es importante evitar la falacia de suponer que una persona se comportará de la misma manera en todos los ambientes. Este es un punto que vale la pena analizar. Aunque fue evidente, por ejemplo, por la investigación psicológica clásica de Hartshorne y May (1928) sobre la “naturaleza del carácter”, las relaciones se

pasaron por alto en gran medida, hasta que fueron redescubiertas por Mischel (1968) en su importante libro *Personality and Assesment.*

Pero incluso ahora, no se ha logrado captar del todo lo que significa la evaluación psiquiatrica. El punto fundamental es que hay una amplia gama de conductas humanas que varían mucho de una situación a otra, y la correlación entre como se comporta la gente en dos situaciones diferentes es tan baja, que rara vez se pueden hacer buenas predicciones sobre la conducta que se seguirá en una partiendo de la seguida en otra.

También es preciso evaluar en que grado interactuará cada ambiente con dichas capacidades y tendencias potenciales. Entre los diversos aspectos del entorno que se necesita considerar, está si permite liberar las capacidades y habilidades de la persona en cuestión; si evita la exacerbación opresora de posibles disfunciones, proporcionando la “protección” que se necesite; y si otorga el apoyo suficiente como para que las funciones de la persona sean las optimas (Bennet, 1978). Sólo cuando el temperamento personal y las influencias ambientales se toman en cuenta, es posible formular planes de rehabilitación razonables. (49, 58)

Partiendo de estos enunciados, el presente estudio pretende ampliar el horizonte de los tomadores de decisiones de nuestro país para lograr cambiar la percepción que se tiene acerca de los enfermos mentales y su prognosis. Hemos de entender que el mejor sitio para el enfermo mental es dentro de su lugar de origen y no recluido en el Hospital Psiquiátrico a la usanza del siglo pasado. Es por lo tanto que se pretende evaluar la labor realizada por una Unidad de Salud Mental desligada del Hospital Psiquiátrico para que las autoridades correspondientes consideren el invertir mas recursos en centros con características similares y así aliviar la presión sobre el Hospital Docente de Atención Psicosocial, a la vez que se mejora la calidad de vida del enfermo mental y se le dota de habilidades para ser nuevamente útiles a la sociedad.

1.3 ANTECEDENTES.

Los antecedentes de la rehabilitación en psiquiatría, al igual que en otros campos de la medicina, presentan tres fases. Se ha comentado que en la primera fase poco se hizo por las incapacidades y que tal ineficiencia se justifica afirmando que es poco lo que se puede hacer (Clarke, 1962). A lo largo de la historia, no solo los incapacitados por algún trastorno psiquiátrico, sino los que tienen alguna anomalía física "respecto de lo cual poco se puede hacer o está solo remotamente relacionada con las necesidades sociales mas generales, han sido sometidos generalmente a una serie de crueles maltratos" (Strauss, 1966).

Los abusos en el pasado de pacientes con trastornos psiquiátricos son bien conocidos. En lo que menos se piensa es que tal abuso sucedió en nuestra propia época, y que causo el exterminio de grandes multitudes de personas con trastornos psiquiátricos en Alemania (Dörner et al, 1980). El rechazo y el abuso generales, aunque predominaban en la Europa del siglo XIX, se redujeron posteriormente en Gran Bretaña, debido al auge del movimiento evangelista y el fabianismo.

La preocupación moral y social de esos movimientos, probablemente dio origen al inicio de la segunda fase histórica en el enfoque de las incapacidades. En esta fase, la persona incapacitada fue protegida, se aceptó su vulnerabilidad y se le otorgó privilegios. Las organizaciones caritativas y voluntarias proporcionaban servicios, a menudo por motivos religiosos, con el deseo de ayudar a seres desdichados como son los huérfanos, los ciegos y los deformes. Algunas de esas actividades estaban claramente dirigidas a combatir la indigencia, tanto de gente con enfermedades mentales como de otros grupos incapacitados. (8, 9)

La distinción entre pobreza e incapacidad era confusa, salvo que a los pobres sin defectos físicos rara vez se les consideraba como "merecedores de ciertos derechos" (Strauss, 1966).

Con mucha frecuencia, la protección era proporcionada en alguna institución. Así, Dorothea Dix, una maestra de escuela de Nueva Inglaterra, de recio carácter, quedó tan horrorizada cuando vio las condiciones en que se encontraban en asilos, cárceles y manicomios los que sufrían trastornos mentales, que decidió entregarse de por vida a lograr que recibieran atención y trato humano en sanatorios construidos especialmente para los dementes. (23, 26)

Hubo organizaciones de carácter reformista que colocaron los cimientos de las obras de rehabilitación posteriores. La abolición de las restricciones físicas de Connolly, coincidió con un periodo de trato moral cuyo objeto era "someter a los pacientes a tratamientos hasta donde su condición lo permitiera, como si gozaran aun del ejercicio sano de sus facultades mentales… y hacer que sus condiciones fueran lo más confortables posible" (Bockoven, 1963). Ejemplo peculiar de este enfoque caritativo fue la creación, en 1879, del *Mental After Care Association* (Asociación para la Atención Psiquiatrica), del reverendo Henry Hawkin, capellán del asilo de Middlesex, con Colney Hatch. Estaba convencido de que era necesario "facilitar la reintegración a la vida social de la pobre mujer convaleciente y carente de amigos que ha salido de un hospital", facilitándoles un cambio de ambiente y de aire, y ayudándoles a que consiguieran un empleo adecuado (Hawkins, 1871).

De otra manera, el único recurso para tales mujeres era el *Poor Law Relief*, (Auxilio de la Ley de los Pobres), lo que significaba generalmente ser reinternadas en los asilos. El liberalismo tipo *laissez-faire* de la *Poor Law,* con su insistencia en la auto-ayuda y el auto-desenvolvimiento, provoco el desaprovechamiento de los hospitales psiquiátricos.

La razón de que se internara a las personas no era la posibilidad de restablecerse, sino las molestias que causaban, y allí se iban acumulando los pacientes crónicos. Su número aumentó aun más a medida que crecía la población y la gente emigraba del campo a los centros urbanos. Hubo que agrandar los manicomios y las condiciones en ellos empeoraron, de manera que en 1894 Weir Mitchell exclamaba: "¡A fe mía, pienso que la vida de manicomio es mortal para el loco!" (Mitchell, 1894).

Junto con el abandono venia la reforma y a veces, uno y otra resultaban íntimamente relacionados. Así, Eva Charlotte Reid, en 1914, escribía: “El trabajo puede causar un gran deterioro o ser un recurso valioso de terapia para el tratamiento de los trastornos mentales, según se aplique científicamente o no”. Reconocía que en las instituciones “donde gran parte de los quehaceres son ejecutados por los pacientes y cada uno ha de cumplir con cierta cantidad de tarea, la tendencia es volver afanosos a los eficientes y diligentes, y dejar en la completa vagancia a los que necesitan ser instruidos, vigilados y manejados con tacto” (Reid, 1914).

Entretanto, ocurrían otros cambios que llevarían con el tiempo a una mayor atención a los incapacitados (tercera etapa de la rehabilitación). Los Webbs, en su *Minority Report* a la *Royal Comission* sobre la Ley de los Pobres, de 1909, afirmaban que era responsabilidad del Estado proporcionar “una mínima vida civilizada en la nación a todos, sin importar sexo ni clase social”. Esta manera de pensar, desde luego conduciría con el tiempo a la abolición de la Ley de los Pobres y a una distinción mas clara entre pobreza e incapacidad. (2, 3).

Desafortunadamente en nuestro país no hay estadísticas al respecto pero esta situación no dista mucho de nuestra realidad, ya que el discurso que maneja la mayoría de familiares de pacientes de salud mental es “este ya esta acabado, no me es de ninguna utilidad, lo voy a ir a dejar al Psiquiátrico”. La carencia de legislaciones al respecto, la falta de criterios de ingreso / egreso claros, la no existencia de una política Institucional meridiana y la falta de beligerancia y/o interés de los diferentes actores han contribuido a la perpetuación de esta costumbre. Nos hemos vuelto cómplices de la cronificación y/o institucionalización de nuestros pacientes (Noguera-Navas, 2008).

En Nicaragua no existe ningún tipo de estudio previo acerca de rehabilitación psicosocial que no sean los realizados por Porras y Noguera entre el 2007 y el 2009. Hemos de hacer notar, sin embargo, que al momento de redactar este informe se desarrolla en el país el estudio “Todos con voz” acerca de la discapacidad en Nicaragua que incluye las psiquiátricas y del cual este servidor es participe.

1.4 JUSTIFICACION.

El presente estudio monográfico surge de la necesidad de elaborar en nuestra Unidad Docente Asistencial un adecuado Plan de Rehabilitación dirigido a los pacientes institucionalizados. Sin embargo, primero era necesario identificar los factores que en determinado momento pudiesen entorpecer el esfuerzo de rehabilitación, por lo cual se realizó una serie de estudios como método diagnostico para la elaboración del Programa de Rehabilitación (Noguera; Porras, 2007-2008).

En la consulta diaria se hizo evidente que existe un porcentaje importante de pacientes en las Salas de Agudos que terminan por cronificarse en el centro y cuya condición se deteriora cada vez más conforme lo hacen (Porras, 2008). Esta condición empeora en la medida que los familiares concluyen que no son sino mas que una carga, ya que no son de ninguna utilidad en la economía familiar (Tomado de la experiencia personal en el Hospital José Dolores Fletes. Noguera-Navas, 2007).

Así pues la primera parte del plan consistió en la identificación de los factores que dificultaban la aplicación de la Rehabilitación Psicosocial en nuestra unidad (Noguera Navas, 2007); la segunda parte en la elaboración del diagnóstico de las necesidades en rehabilitación en los pabellones de corta (Porras, 2007) y larga estancia (Noguera Navas, 2008) así como del impacto del Hospital de Día (Porras, 2008). Quedaba aún pendiente el analizar la eficacia de una unidad periférica de atención en salud mental fuera del régimen de internamiento.

Este estudio pretende identificar el grado de discapacidad de los pacientes psiquiátricos crónicos del CAPS “Alfonso Cortez” que son manejados con una estrategia de rehabilitación ambulatoria basada en la comunidad. De esta forma se tendrá una base científica para eventualmente considerar una mayor asignación de recursos técnicos y/o económicos a unidades de salud mental que empleen estrategias similares.

1.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En muy pocas Instituciones de Salud Mental de Latinoamérica se cuenta con un adecuado programa de Rehabilitación para la correcta reinserción del paciente dentro de la sociedad, según sus capacidades individuales, para fortalecer el rol de la familia como instrumento de recuperación y evitar o disminuir el hospitalismo y la cronificación de los pacientes.

El Hospital Docente de Atención Psico Social "Dr. José Dolores Fletes Valle" es una Unidad única en su clase en la República de Nicaragua y a pesar de las recomendaciones de los 4 estudios que se han realizado en rehabilitación en el mismo durante los 2 últimos años, aún no cuenta con un Programa de Rehabilitación Psiquiátrica beligerante y que involucre a todo el equipo interdisciplinario.

Ante tal situación y dadas las observaciones que el investigador tuvo durante su estancia de 3 meses en el Centro de Atención Psicosocial "Alfonso Cortes" de la ciudad de León, se plantea la hipótesis de que la metodología de trabajo extrahospitalaria basada en la comunidad, al estilo CAPS u Hogar de Acogida, es más beneficiosa para el paciente que el régimen intrahospitalario.

Para verificar tal hipótesis de trabajo, me he planteado la siguiente pregunta:

¿Cuál es el grado de discapacidad de los pacientes psiquiátricos crónicos del CAPS León atendidos mediante una estrategia rehabilitadora extra hospitalaria basada en la comunidad?

1.6 OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL:

Identificar el grado de discapacidad de los pacientes psiquiátricos crónicos del CAPS "Alfonso Cortez" de León atendidos mediante una estrategia rehabilitadora ambulatoria durante el periodo comprendido entre el 1ro y el 31 de agosto del 2009.

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Caracterizar socio demográficamente a la población en estudio.

2. Determinar el grado de discapacidad de la población estudiada.

3. Valorar la eficacia de la estrategia rehabilitadora aplicada.

1.7 MARCO TEORICO.

Parece que del hospital psiquiátrico ya nada más se pueda decir, que todo está ya dicho, que cada uno sepa ya todo lo que al respecto se pueda decir. Una convicción tan difusa, hace que no se pueda hablar del manicomio sin ser escuchado con un cierto fastidio, como si se quisiese introducir en el discurso una figura retórica, un pleonasmo o incluso una hipérbole.

Pero no es posible hablar de Rehabilitación en psiquiatría sin tener en cuenta el hospital psiquiátrico, que no es ni pleonasmo ni hipérbole sino espacio vigente de reproducción de la enfermedad y de la psiquiatría. No solo, pero el hospital psiquiátrico es también el lugar donde más lúcida y real ha sido la construcción de sus alternativas, y la invención de la práctica rehabilitadora. (Benedeto Saraceno, 1995) (1).

El orden manicomial tiene simplemente la función de ordenar el desorden del loco pero también del "mísero", del prisionero. Tal orden se legitima y se auto-reproduce; la psiquiatría es [también] este orden, esta legitimación y esta auto-reproducción. La institución manicomial no es más que el espacio, el tiempo, el conjunto de normas y de ritos que contienen naturalmente ese orden.

La función ordenante tiene en sí la complejidad y la ambigüedad del orden del amo ["padrone"] a la vez que del padre. [...] y es crucial incluir ese aspecto de protección, es decir de servicio, que coexiste con la vocación del amo que regula la vida de los esclavos.

Esa dualidad que caracteriza la psiquiatría y el manicomio no es más que la expresión física de la dualidad paterna y patronal de una supuesta ciencia que es en el fondo ideología. [...] He ahí porqué la ruptura de la segregación manicomial iniciada en Gorizia en 1964 por Franco Basaglia no significa tanto una humanización del espacio inhumano cuanto la interrupción de la connivencia entre técnicos e ideología.

Luego la verdadera duplicidad no está dentro de la pareja “padre / amo” sino entre esta y la pareja hermano / ciudadano”. [...]; la función protectora y dominante de la relación paterna es substituida por la función solidaria y de cooperación en la construcción de la ciudadanía que caracteriza las relaciones de fraternidad y complicidad, para compartir la vida ciudadana [civitas]. (Benedeto Saraceno, 1995) (1,2).

Las instituciones asilares han sido durante un largo periodo histórico (y siguen siendo en muchos países) el elemento clave de la estructura de atención a personas con problemas de salud mental, precisamente aquel que le daba identidad ante la población, prestaba atención a un volumen importante de personas y constituía la base para la formación y el ejercicio profesional de un número también considerable de profesionales (1,3-7).

Por eso es importante, a la hora de analizar lo sucedido con los Hospitales Psiquiátricos en nuestro país, situarlos en el marco de un análisis más general que intente delimitar histórica y conceptualmente el papel de las instituciones asilares en la evolución de la atención a la salud mental y, en concreto, en los procesos de cambio o reforma hacia sistemas de atención comunitaria. Y para ello, resulta imprescindible la relectura crítica de algunos textos “clásicos”, dentro de la abundante y a menudo “olvidada” literatura, generada sobre el tema en los últimos cuarenta años (1, 3,6).

Dado que el espacio disponible no permite un análisis detallado de algunos de ellos, cuya validez y actualidad pese al tiempo transcurrido (tanto el “físico”, en sentido estricto, como el que parecería deducirse de su “olvido” o de la “distancia” entre temas considerados “de actualidad” hoy y hace veinte o treinta años), siguen llamando la atención cuando se toma la molestia de releerlos, intentamos por una parte hacer un apretado resumen de los mismos, a la vez que incluimos algunas referencias textuales que en nuestra opinión, merece la pena recordar como tales.

Referencias que, sin ser evidentemente, ningún tipo de “verdad revelada e incuestionable”, nos siguen pareciendo extraordinariamente vigentes, a la vez que imposibles de resumir o formular de manera más adecuada que aquélla en la que lo fueron por parte de sus autores originales.

En conjunto, básicamente, creemos útil contemplar dos aspectos o perspectivas complementarias: la del papel negativo del Hospital Psiquiátrico como mecanismo básico para la gestión social de la enfermedad mental durante un amplio periodo histórico (con sus consecuencias individuales, profesionales y sociales, que no siempre desaparecen con él) y, por contraposición, el papel positivo que, en determinados contextos, jugaron algunas experiencias de desinstitucionalización en el desarrollo de planteamientos y prácticas comunitarias.

El Hospital psiquiátrico y la gestión social de la enfermedad mental.

Lo que está en tela de juicio no es tanto el que la medicina mental cumpla mal su mandato terapéutico, como el hecho de que lo que cumpla sea otro mandato distinto al médico. En efecto, existe una contradicción flagrante entre las incertidumbres del saber médico que los psiquiatras, por lo general reconocen, y el dogmatismo del funcionamiento de la psiquiatría. Ello se debe a que mediante sus refinamientos nosográficos –por ejemplo- aplica sobre ciertas categorías de la población unos esquemas sociales, groseros pero eficaces, de exclusión.

[...] Disponiendo absolutamente del enfermo, la psiquiatría podría, tal como Goffman había previsto, “descubrir un crimen que sea adaptado al castigo” y reconstruir la naturaleza del recluso para adaptarla a este crimen. De hecho, “esta ciencia cuyo resultado paradójico ha sido la invención de un enfermo adecuado a los parámetros inventados para curarle” (Basaglia), no consigue, más que secundariamente, rehabilitar a los sujetos que se le confían, pero si consigue perfectamente neutralizarlos, justificando, mediante racionalizaciones científicas, la necesidad de esta vigilancia, consecuencia de una exclusión social en cuyo instrumento dicha ciencia se convierte. (Robert Castel, 1971) (2).

Rehabilitación en Hospital Psiquiátrico.

Consideraciones previas:

“Institución total”: hábitos y rutinas centradas en el ritmo de la institución.
Aislamiento y marginación con disminución de los soportes sociales.
Re-socialización secundaria.
El tiempo juega en contra.

Institución:
Tiene que ser terapéutica en todos los niveles.
Todas sus actividades deben estar “justificadas” en términos de rehabilitación.

Objetivos de la rehabilitación para pacientes de larga estancia:

- Usos normativos de convivencia más básicos.
- Estimular toma de decisiones.
- Estimular modos de comunicación.
- Potenciar la autoestima.

Algunas características:

- Evaluación muy accesible y amplia.
- Mayor flexibilidad e intensidad de los programas.
- Mejor accesibilidad.
- Condiciones fundamentales.
- Programación de las actividades que responda a las necesidades y posibilidades
- Replanteamiento de los papeles de personal sanitario y de ingresados.
- Establecer pequeños grupos y tutorías.
- Trabajar con las familias como soporte.
- Disponibilidad de la institución al cambio.

- Tener claro el papel de la rehabilitación y su finalidad.
- Disponibilidad del personal asistencial.
- Y establecer con el exterior las condiciones para la continuidad asistencial.

Objetivo de la Rehabilitación Psico-social.

Ayudar a las personas que sufren enfermedades mentales graves y crónicas para que desarrollen las habilidades emocionales, sociales e intelectuales necesarias para poder vivir, aprender y trabajar en el contexto comunitario, con el menor apoyo posible por parte de los profesionales de distintas áreas (Anthony).

- Plantear unos objetivos progresivos y priorizados.
- Es un proceso.
- La autonomía es la finalidad en el grado máximo que se pueda.
- Interviene sobre el individuo y sobre su entorno.
- Intenta disminuir los déficit pero también potenciar las capacidades.
- Tienen en cuenta la opinión del paciente y de su entorno.

Pero no se debe separar rehabilitación de tratamiento (Liberman, 2006).

Objetivos asistenciales de los diferentes recursos implicados.

El conjunto de las actividades asistenciales, han de dirigirse de forma individualizada hacia la mejoría de la calidad de vida del sujeto, en su proyecto vital y en su contexto comunitario. La atención al enfermo mental grave ha de ser interdisciplinario y ha de contemplar al enfermo, a su entorno inmediato y al medio social para cumplir sus objetivos de integración social. No es la deficiencia lo que primero y lo que principalmente limita la participación de las personas en la sociedad, sino la manera en que la sociedad está organizada.

El objetivo principal de todos los programas de rehabilitación tiene que ser la igualdad de oportunidades para todas las personas en desventaja (OMS, 2001).

Enfermedad mental crónica.

Cronicidad: concepto asociado a tiempo, a determinadas enfermedades y a deterioro progresivo, capacidades funcionales necesarias para la vida diaria. La enfermedad mental crónica se caracteriza, en general, por un curso largo con recidivas periódicas y a veces deterioro progresivo. La enfermedad mental crónica cursa con un deterioro que se evidencia través de diversas discapacidades, y éstas se refieren fundamentalmente a la pérdida de habilidades para el desempeño adecuado de los roles sociales.

Expresión de la cronicidad.

- El paciente hospitalizado de largo recorrido.
- Pacientes crónicos externalizados.
- Pacientes crónicos de servicios ambulatorios.
- Pacientes crónicos adultos jóvenes.

La cronicidad tiene mucho que ver con problemas de adaptación social, y por ello los recursos psicológicos individuales y las habilidades son tan importantes como su estado clínico (Liberman, 1988). La rehabilitación es necesaria, en diferente medida, en todos los pacientes que sufren enfermedades mentales graves (Rossler, 2006).

- Patología: lesión o anormalidad causada por los agentes etiológicos.
- Deterioro: efecto producido por la patología.
- Discapacidad: falta de habilidades para desarrollar una actividad producidas por el deterioro.
- Minusvalía: desventaja para el desempeño de un “rol” normal, ya sea por las discapacidades o por la falta de ambientes favorables.

La rehabilitación no es una técnica, es una estrategia en el lugar de encuentro del individuo, su red interpersonal y el contexto social (Barbato, 2006). El blanco es la discapacidad funcional, no la cronicidad. También debe considerar los factores de riesgo psico-sociales. El objetivo último es la reinserción social.

La rehabilitación psico-social ha supuesto un cambio en el pronóstico de la enfermedad mental y en la mejoría de la calidad de vida del enfermo mental. Ha supuesto el reconocimiento de la necesidad de equipos inter-disciplinares. Ha supuesto la necesidad de una intervención en ámbitos variados y en estrategias individualizadas. Ha supuesto la necesidad de un compromiso social en la atención al enfermo mental.

Estrategias de intervención. (Rossler, 2006).

En el individuo: desarrollar capacidades que posibiliten su interacción con un ambiente estresante. En el ambiente (ecológica) desarrollar recursos ambientales que reduzcan los factores estresantes.

Rehabilitación Psico-social.

- A. Habilidades.
- B Familia.
- C. Comunidad.

Reinserción social.

A. Recursos socio-sanitarios.
B. Recursos residenciales.
C. Itinerarios laborales

Los profesionales hemos de disponer correctamente algunas de las cosas que están a nuestro alcance, para facilitarles la tarea de recuperarse de la enfermedad (Anthony, 1993).

Evaluación.

- Es individualizada.
- No es diagnóstica.
- Es cambiante y abierta.
- Ha de incorporar el entorno.
- Ha de estar centrada en las discapacidades, pero no sólo.
- Ha de incluir la perspectiva del usuario.

Objetivos evaluación.

Valorar las capacidades y los déficit para poder planificar (PIR) las intervenciones rehabilitadoras necesarias y su temporalización.

Áreas a evaluar.

- Datos clínico-biográficos: inicio, ingresos, medicación, conductas problema, etc.
- Consumo de drogas.
- Medio familiar: red familiar, dinámica familia, actitud ante la enfermedad y ante el enfermo, posibilidad colaboración, capacidad económica, etc.
- Actitud ante la enfermedad y la medicación: conciencia de enfermedad y posibilidades, manejo medicación, etc.
- Factores de riesgo: los precipitantes.
- Factores protectores: los protectores.
- Pródromos: lo precedente a las crisis y actuación.
- Autonomía: higiene, vestido, sueño, manejo de dinero.
- Prerrequisitos: cognición, psico-motricidad, etc.
- Habilidades sociales: conversación, pedir ayuda, resolver problemas y tomar decisiones, realizar contactos, etc.
- Red social: amigos, entidades, vínculos.

- Nivel socio-cultural.
- Historia laboral.
- Tipo vínculo personal sanitario: contacto, actitud, colaboración, etc.

Escalas.

- Actividades de la vida diaria: Barthel, BELS.
- Escala global de funcionamiento básico: HoNOS.
- Nivel Conversacional: Cuevas.
- Ajuste y adaptación social: GAF.
- Carga familiar: SBAS.
- Calidad de Vida: WHOQOL.
- Cognición: Minimental, GEOPT.
- Pacientes de larga estancia: REHAB.
- Discapacidad: WHO/DAS.

PIR.

- Plan de objetivos rehabilitadores que orienten las intervenciones a realizar.
- Centrado en la persona evaluada.
- Ha de incorporar las propuestas del enfermo y ser consensuado; también con la familia si es presente.
- Sistematizado pero flexible, secuencial y de complejidad creciente.
- Funcional y evaluable.
- Factibilidad dentro del contexto del paciente, de su entorno y de la oferta asistencial existente.
- Proyecto creativo, vivo, optimista e ilusionante.

Objetivos del PIR.

- Generales: amplios, genéricos, apuntan a la finalidad.
- Específicos: concretos, remiten a los generales, evaluables, a partir de ellos se elaboran propuestas de intervención.

Criterios de prioridad.

- Urgencia para conseguir el objetivo.
- Motivación.
- Facilidad para conseguirlo.
- Concurrencia con otros objetivos.
- Revalorar cada tres meses:
    - Reconsiderar la adecuación de los objetivos propuestos.
    - Especificar las dificultades.
    - Plantear nuevos objetivos.
    - Consensuarlos con el paciente y con la familia.

Técnicas.

- Nociones introductorias.
- Elementos para empezar a interesarse.
- Elementos para empezar a trabajar.
- Elementos que despierten su imaginación y especialmente su voluntad de probar, para luego ir reflexionando y perfeccionando, es decir, formándose.

Técnicas aplicadas.

- Psico-educación.
- Entrenamiento en habilidades.

- Específico duales.
- Relajación.
- Técnicas de afrontamiento ansiedad.
- Técnicas de mejora auto-estima.
- Técnicas de rehabilitación cognitiva.
- Psicoterapias individuales de apoyo.
- Psicoterapias grupales.

Técnicas psico-educativas.

- Proporcionar información actualizada sobre enfermedad, medicación, efectos secundarios, etc.
- Actuación ante recaídas.
- Promover conciencia de enfermedad.
- Disminuir incumplimiento.
- Promover autonomía ante enfermedad.
- Mejorar la relación con personal sanitario.

La discapacidad es un problema que afecta a la sociedad en general, no solo a la persona que lo padece. No se debe confundir con *minusvalía* que es la desventaja con la que cuenta un individuo para el desempeño de un rol normal, ya sea por las discapacidades, ya por la falta de ambientes promovidos socialmente (OMS, Génova, 1985).

Para que una persona pueda desempeñar un rol en una situación determinada de manera normal son necesarias 4 cosas:

- Habilidad instrumental (saber hacerlo).
- Habilidad cognitiva - motivación (querer hacerlo).
- Autoestima (creer que se puede hacer).
- Ocasión para hacerlo (poder hacerlo).

Shepherd, Wing y Morris describen tres niveles de discapacidad del enfermo mental (69):

- Discapacidad primaria, referida al defecto producido por los síntomas de la enfermedad.
- Discapacidad secundaria o *hándicaps* asociados a la experiencia de enfermedad o más claramente, “reacciones personales adversas” a la enfermedad.
- Discapacidad terciaria: derivada de la respuesta social a la enfermedad y la discapacidad.

El paciente crónico experimenta una pérdida progresiva de capacidad de desempeño de roles o discapacidad por 2 motivos:

- Debido a sus deterioros de la enfermedad en si, y
- Debido a las minusvalías sociales a las que es sometido por sus discapacidades.

Ejemplificando esto con la que es la enfermedad mental paradigmática por excelencia, la esquizofrenia; en esta se da el deterioro debido a los síntomas positivos (alucinaciones, agitación psicomotora, etc.) y negativos (apatía, perdida de la capacidad de relacionarse con los demás, alogia, etc.) junto con el estigma social, miedo a la agresividad, incomprensión de la enfermedad por parte de familia y sociedad.

Muchas veces, la discapacidad no proviene de la falta de destreza o habilidad instrumental, sino de una falta real de motivación, autoestima o capacidad de afrontamiento del estrés, que les lleva a la inactividad para afrontar situaciones sociales habitualmente generadoras de tensión.

Es sabido que actualmente los índices de trastornos en la salud mental han aumentado considerablemente, en especial en las grandes capitales en donde las exigencias laborales y económicas provocan altos grados de estrés en la población (69).

Es importante tener presente que no todas las enfermedades de la salud mental redundan en una discapacidad. En general, muchos de los trastornos mentales o psicológicos - la depresión, los trastornos de angustia y de pánico, las neurosis, entre otros- se mejoran mediante los tratamientos psiquiátricos y farmacológicos.

Mitos y creencias acerca de las enfermedades

Los prejuicios existentes en torno a las personas con discapacidad psiquiátrica constituyen uno de los principales obstáculos para su integración social y a la vez, causa de discapacidad. Por ello, la eliminación de mitos y creencias es fundamental para mejorar sus opciones de normalización e inserción.

Si bien es cierto que la mayoría de las creencias que la sociedad mantiene sobre estas personas proviene de situaciones reales que se daban en los escenarios antiguos de esta discapacidad, también es cierto que gracias a los nuevos paradigmas, parte importante de las características negativas de las personas con discapacidad psíquica se han superado.

Entre estas creencias que hoy se han logrado superar o eliminar, se encuentran:

- Que son incapaces.
- Que son agresivas.
- Que son desequilibradas.
- Que son hiperactivas.
- Que tienen que estar encerradas.
- Que están medicadas.
- Que son pasivas.
- Que no pueden trabajar.
- Que su vida emocional y sexual están limitadas.

Todo lo anterior confluye en la cronificación del paciente, por lo cual la labor de rehabilitación psico-social reviste una prioridad de primer orden. Sin embargo, como se mencionó previamente, a pesar de haber esfuerzos aislados la mayoría arrojan pobres resultados debido a la falta de unificación de criterios y estrategias en un Protocolo.

En Nicaragua el Hospital Psiquiátrico Nacional, unidad única en su clase dentro de la Republica, funge como rector de las políticas de salud mental nacionales. Cuenta con los servicios de emergencia, hospitalización de corta y larga estancia, hospital de día y consulta externa. Su estrategia de rehabilitación es intrahospitalaria y está centrada principalmente en aquellos pacientes que son útiles como fuerza de trabajo (Noguera Navas, 2008).

Las unidades periféricas de salud mental brindan el servicio de consulta externa y cuentan con estrategias de rehabilitación particulares, acorde con sus circunstancias. El CAPS “Alfonso Cortez” de León es una unidad totalmente descentralizada cuyo personal e instalaciones están orientados hacia la atención en salud mental y cuentan con una estrategia de rehabilitación ambulatoria basada en la comunidad. Sus líneas de trabajo incluyen las terapias individuales y grupales, laborterapia, integración de la familia y trabajo de terreno para asegurar la reinserción del individuo dentro de su comunidad.

La discapacidad en América Latina.

Es un tema complejo, de enorme repercusión social y económica, pero del que se carece de datos fehacientes. Los estudios estadísticos son escasos, están desactualizados y son poco precisos; por ello, el trabajo en políticas o programas relacionados con la discapacidad se basa en datos estimados y, en ocasiones, bastante alejados de la realidad de los países.

CAPITULO II: DISEÑO

2.1. DISEÑO METODOLOGICO.

2.1.1. TIPO DE ESTUDIO:

- Descriptivo.
- Transversal.

2.1.2. AREA DE ESTUDIO:

Rehabilitación Psico Social en Psiquiatría.

2.1.3. LUGAR DE REALIZACION DE LA INVESTIGACION:

Centro de Atención Psico Social "Alfonso Cortez".

2.1.4. UBICACIÓN:

León, Nicaragua.

2.1.5. INSTITUCION:

Ministerio de Salud de la Republica de Nicaragua.

2.1.6. PERÍODO:

Del 1ro al 31 de Agosto de 2009.

2.1.7. UNIVERSO:

Todos los pacientes pertenecientes al programa de crónicos del CAPS León que asistieron a consulta durante el periodo del estudio.

2.1.8. MUESTRA:

No probabilística por conveniencia, 30 pacientes consecutivos que reúnan criterios.

2.1.9. CRITERIOS DE INCLUSION:

- Pacientes pertenecientes al programa de crónicos del CAPS León, con un año o más de permanecer al mismo.

2.1.10. CRITERIOS DE EXCLUSION:

Todos los pacientes que no llenaron los criterios de inclusión o que no respondieron a la entrevista.

2.2. TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS.

Para obtener la información se procedió a realizar los siguientes pasos:

1. Diseño del instrumento de recolección de la información.
2. Aplicación de la escala WHO/DAS a los usuarios que cumplieron con los criterios de inclusión.

2.2.1. PLAN DE TABULACION Y ANALISIS.

Para procesar los datos se procedió a:

1. Elaboración de base de datos en el programa epidemiológico EPI-INFO 2002.
2. Limpieza y procesamiento de datos; aplicación de frecuencias y porcentajes.
3. Elaboración de cuadros y gráficos según factores y variables.
4. Elaboración del informe final en Word 2003.
5. Los gráficos y cuadros se elaboraron en Excel 2003.
6. La presentación se diseñó en Power Point 2003.

2.2.2. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES PARA EL PERSONAL.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	ESCALA O VALOR
PERFIL PROFESIONAL.	Posición del personal de salud en el CAPS.	Clasificación profesional.	• Medico. • Enfermera. • Psicólogo (a). • Trabajador (a) Social
AÑOS DE SERVICIO.	Tiempo de laborar en el CAPS.	Antigüedad laboral.	• > 10 años • 5-10 años • < 5 años
CONOCIMIENTO DEL TEMA.	Manejo del entrevistado sobre rehabilitación.	Conocimientos.	• SI • NO
DEFINICION DE REHABILITACION.	Percepción del entrevistado sobre el significado de rehabilitación.	Definición del tema.	• Adecuado. • Aproximado. • Errada.
OBJETIVOS Y FASES DE LA REHABILITACION.	Conocimientos del entrevistado acerca de los principales objetivos y fases del proceso de rehabilitación.	Conocimientos.	• Adecuado. • Aproximado. • Errado.
IMPORTANCIA DE LOS PROGRAMAS DE REHABILITACION PSIQUIATRICA.	Nivel de importancia conferida por los entrevistados a los Programas de Rehabilitación.	Conocimientos.	• Adecuado. • Aproximado. • Errado.
DOMINIO SOBRE LA EXISTENCIA DE PROTOCOLOS.	Conocimiento de parte del entrevistado acerca de la existencia de Protocolos de Rehabilitación propios de la Institución.	Conocimientos.	• SI. • NO.
CONOCIMIENTO SOBRE LA UBICACION DE LOS PROTOCOLOS DE REHABILITACION.	Manejo de parte del entrevistado de la ubicación física del Protocolo de Rehabilitación del CAPS y la vigencia del mismo.	Indicación del lugar exacto en que se puede consultar una copia del protocolo.	• Responde afirmativa y adecuadamente. • Responde afirmativa pero inadecuadamente. • No sabe / No responde.

OERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES PARA USUARIOS.

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	VALOR
EDAD	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta la fecha de la encuesta	Edad seleccionada por el usuario.	• 15 – 34 años. • 35 – 49 años. • 50 a más.
Sexo	Características físicas distintivas entre el hombre y la mujer	Sexo plasmado en el expediente.	• F (femenino). • M (masculino).
Estado civil	Estado civil al momento del estudio referido por el paciente, familia o escrito en el expediente clínico.	Soltero. Casado. Acompañado. Separado / viudo.	
Escolaridad	Conjunto de los cursos que un estudiante sigue en un centro educativo	Ninguno. Primaria. Secundaria. Universidad. Técnico.	• Analfabeto. • Primaria Completa. • Primaria Incompleta. • Secundaria completa. • Secundaria. Incompleta. • Estudios técnicos. • Estudios Univ.
Procedencia	Lugar de residencia del paciente, referido por el paciente, familia o escrito en el expediente clínico.	Rural. Urbano.	
Religión	Relación del Hombre con lo Divino.	Religión profesada por el Individuo.	• Católica. • Evangélica. • Otra. • Ninguna.
Diagnóstico	Clasificación Nosológica que se le asigna a un paciente de acuerdo a los criterios del CIE 10, plasmados en el expediente.	Diagnostico según CIE-10.	• Esquizofrenia. • TMO. • Depresión. • Otras.
Situación laboral.	Desempeño de una actividad productiva, remunerada o no, referida por el paciente o familia al momento del estudio.	Trabaja. No trabaja.	
Tiempo de padecer una enfermedad.	Medición del tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad.	Relación entre la fecha al momento del diagnóstico y la del estudio.	• Menos de un año. • Un año o más. • Desconocida.

ESCALA WHO/DAS

NIVEL DE DISCAPACIDAD Escala WHO/DAS de actividades de la vida diaria.	Escala internacional que mide las actividades de la vida diaria de un paciente.	Áreas específicas de funcionamiento a evaluar: o Cuidado personal. o Funcionamiento ocupacional. o Funcionamiento familiar. o Funcionamiento en el contexto social amplio.	**Ausencia de disfunción** (0): El funcionamiento del paciente está de acuerdo con la norma de su grupo de referencia ó con su entorno sociocultural. **Disfunción obvia (2):** Desviación de la norma importante y disfunción que interfiere con el ajuste social. Como mínimo existe una disfunción que persiste prácticamente todo el tiempo. Pueden aparecer disfunciones más graves pero solamente durante unos pocos días. **Disfunción grave (3):** Marcada desviación de la norma en casi todas las áreas que persiste más de la mitad del tiempo. **Disfunción muy grave (4):** Desviación importante de la norma en todas las áreas que persiste casi todo el tiempo. Puede ser necesaria la acción externa para mejorar o controlar la situación (en función del juicio del evaluador) pero no es necesario que se haya llegado a ello para colocar esta puntuación. **Disfunción máxima (5):** La desviación de la norma ha alcanzado un punto crítico. Puede ponerse en peligro la propia existencia del paciente, su vida social o la vida de los demás. Se hace necesaria algún tipo de acción o de intervención social.

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO UTILIZADO PARA LA ENCUESTA

En el presente trabajo se utilizo la Escala de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud, (71) que es una herramienta sencilla diseñada para la valoración de las limitaciones en los enfermos psiquiátricos graves. Sirve para evaluar el nivel de dependencia y/o deterioro que ha provocado una enfermedad en el paciente en el contexto en donde se desarrolla.

Se enmarca dentro de la iniciativa de la OMS de desarrollar una Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM)[2] sí como instrumentos para la cuantificación de las mismas. La escala es hetero administrada y consta de 7 acápites:

El primero explora la valoración temporal, que puede ser el momento actual, el último mes, el último año u otro periodo de tiempo decidido por el entrevistador. Para nuestro estudio a todos los pacientes se les evaluó el último año.

Los cuatro siguientes valoran cuatro áreas específicas de funcionamiento.

1. **Cuidado personal:** se refiera a la evaluación del mantenimiento de la higiene personal, forma de vestirse (con o sin ayuda), forma de alimentarse, es decir, actividades personales diarias.

2. **Funcionamiento ocupacional:** evalúa el funcionamiento esperado en tanto en actividades remuneradas, como labores hogareñas, acordes con el nivel socioeconómico del paciente, su escolaridad y origen.

3. **Funcionamiento familiar:** este acápite evalúa si el paciente tiene un nivel de interacción esperado con sus cónyuges, hijos, y otros familiares, siempre en el contexto en el que vive.

4. **Funcionamiento en el contexto social general:** valora si el paciente realiza actividades como miembro se su comunidad, es decir, fuera de su núcleo familiar. Por ejemplo si participa en actividades recreativas, culturales, deportivas, etc.

Se evalúan mediante una escala de 6 puntos, que va desde 0 (ninguna discapacidad) hasta 5 (discapacidad máxima) y se establecen criterios precisos para cada uno de los puntos. En el siguiente apartado se valora la duración de la discapacidad.

Por último, se consideran las capacidades específicas de los pacientes que puedan tener relevancia para el cuidado del paciente. En nuestro caso solo se encontró fuerza física.

Se obtiene una puntuación de discapacidad total y cuatro independientes, una por cada una de las discapacidades concretas estudiadas. O existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor grado de discapacidad.

CAPITULO III. RESULTADOS

3.1 Caracterización de los pacientes estudiados.

La Tabla No. 1 nos muestra que el grupo etáreo predominante fue el comprendido entre 35 y los 49 años de edad con un total del 37% de la muestra, seguido por el grupo de 15 a 34 (33%) y finalmente el de 50 años y mayores abarcando al restante 30%.

En lo relativo al sexo, como podemos ver en la Tabla No. 2 hubo un predominio de los hombres con 16 casos (53%) sobre las mujeres, que sumaron 14 casos (47 %).

Acerca del nivel escolar alcanzado, la Tabla No. 3 nos indica que un 7% de los entrevistados son analfabetos, mientras que un 33% completó la primaria y un 20% lo hizo de forma parcial. Del total de la muestra un 17% cursó algún nivel de la educación intermedia mientras el 7% la completaba. En lo que a educación superior se refiere, un 7% alcanzó el nivel de técnico media y un 10% concluyó una carrera universitaria.

La Tabla No. 4 evidencia que el 60% de los encuestados son solteros, el 13.3% divorciados y el 7% viudos. Un 3.3% están casados y el 17% restante tienen una unión de hecho estable.

Hablando del sitio de procedencia, la Tabla No. 5 nos dice que el 70% de los pacientes (21 casos) provienen del área urbana mientras el restante 30% (9 casos) lo hace del área rural.

En el apartado de la religión, el 53% de los encuestados (16 casos) profesa la fe católica, seguidos de un 23% (7 casos) que se decantan por la evangélica, un 7% que prefiere otra religión y un 17% que se declara agnósticos. Ver Tabla No. 6.

La Tabla No. 7 señala que el 69% de los hombres está desempeñando algún tipo de actividad remunerada, al igual que el 43% de las mujeres. En lo que al diagnóstico clínico respecta (Tabla No. 8) en los hombres predominó la epilepsia (38%) seguidos de esquizofrenia (31%) y TMO con igual porcentaje. Para las mujeres también predominó la epilepsia (36%) pero seguidos de los trastornos del humor con un 29% del total.

El período cubierto para la aplicación de la escala fue el del último año para el 100 % de los casos. De igual forma, se determinó la duración de la discapacidad como de un año o más para la totalidad de los encuestados.

En la tabla No. 9 observamos que el 50% de los varones no presentó afectación en el área de auto cuido personal y que el 50% se ubicó entre los grados 1 y 2. Por su parte las mujeres no estuvieron afectadas en el 29% de los casos y cuando si lo estuvieron fue en grado 1 en un 50% y entre los grados 2 y 3 para el restante 51%.

En lo referente al área Educacional y Ocupacional, la Tabla No. 10 reporta un 88% de los casos de varones con disfunción mínima y el restante 12% con disfunción entre mínima a moderada. Por su parte las mujeres reportan un 57% de los casos con afectación mínima y un 43% con disfunción moderada.

En la medición del funcionamiento en el área de interacción familiar la Tabla No. 11 nos muestra que el 81% de los varones presentaba disfunción mínima mientras las mujeres alcanzaban un 93% de resultados en el mismo rango.

En el área del funcionamiento en el contexto social amplio la Tabla No. 12 reporta que el 76% de los varones presentó una afectación mínima mientras que el restante 24% estaba en el rango moderado. Las mujeres por su parte presentaron afectación mínima en el 78% de los casos y moderada en el restante 22%.

2.2 Entrevista al Personal de Salud.

El 100% del personal de salud respondió a la entrevista, siendo éstos médicos en el 42% de los casos; enfermeras o auxiliares en el 16% y psicólogas en el 34%. También se entrevistó a un trabajador social que representó el 8% de la muestra.

El 50% del personal entrevistado tiene más de 10 años de laborar en el CAPS y el otro 50% menos de 5 años de hacerlo. No se encontró a nadie entre los 5 y los 10 años de laborar en la Unidad. La mayoría (83 %) dice conocer sobre el tema de rehabilitación psicosocial mientras el restante 17%, refiere desconocer el tema. El 100% dijo desconocer la existencia de protocolos de rehabilitación en el CAPS “Alfonso Cortez”.

La tabla No.16 nos muestra la conceptualización del personal de salud sobre el tema de rehabilitación; 10 (83%) de los encuestados se refirió a la recuperación de las habilidades y potencialidades del paciente, y a lograr su re-inserción en la vida familiar y social, como producto de la rehabilitación.

Con relación a los objetivos del proceso de rehabilitación, el 17% los enmarcó en la prevención de la salud; el 66% como recuperación de la misma y el 17% restante los califico como actividades curativas, sociales y/o meramente paliativas (Tabla No. 17).

Del total de entrevistados, dos terceras partes describió las fases de la rehabilitación de forma aceptable; el tercio restante se refirió a ellas de forma parcial y/o describió las metodologías o productos intermedios (Tabla No. 18).

Con relación a la percepción sobre la importancia de la rehabilitación siquiátrica (Tabla No 19): la minoría de entrevistados (2), la ven como una terapia paliativa, para facilitar el manejo de los pacientes, y/o para reducir la carga asistencial de los mismos; un segundo grupo (8), visualiza la rehabilitación como una terapia orientada a devolver al paciente sus capacidades y potencialidades, y a lograr su re-inserción en la familia y la sociedad, mejorando con ello su calidad de vida. Un último grupo (2), cree que la rehabilitación es para lograr metas intermedias.

CAPITULO IV: DISCUSION.

Si bien hubo un ligero predominio del grupo etáreo de 35 a 49 años la distribución de la muestra estubo bastante homogénea. Sin embargo al sumar los dos primeros grupos etáreos obtenemos que la población entre los 15 y los 49 en pleno apogeo productivo representa el 70% del la muestra. Esto concuerda con los resultados obtenidos por Porras en su estudio sobre discapacidad en las salas de corta estancia del Hospital Psiquiátrico en el 2007. En lo referente al sexo vemos que los hombres predominan sobre las mujeres, siempre en concordancia con los estudios previos de Porras y Noguera en las salas del Hospital Psiquiátrico Nacional.

Referente al nivel de escolaridad de los pacientes encontramos que la gran mayoría tiene un nivel de educación primaria, lo cual es acorde con todos los estudios similares. El 40% de la muestra tiene estudios de secundaria o superiores, lo cual nos urge a rehabilitarlos ya que tienen las herramientas necesarias para ser de mayor provecho a la sociedad. Un dato llamativo es que el 40% de los entrevistados tiene o tuvo una relación de pareja, lo cual difiere de estudios previos donde se señala que por regla general los pacientes crónicos de instituciones mentales no tienen vida de pareja o bien las mismas les abandonan conforme la enfermedad les deteriora.

Al igual que en estudios previos (Porras 2007, Noguera 2008), podemos observar que el 70% de los entrevistados provienen del área urbana y el 30% restante del área rural, lo cual va de la mano con la accesibilidad de los usuarios a los servicios de salud. Tampoco sorprende el hecho de que más de la mitad de los usuarios profesen la fe católica ni que los evangélicos representen ya un 25% de los fieles de nuestro país. Lo que si llama un poco la atención, es el hecho de que un número importante de usuarios (17%) se declara sin religión, pese a ser León uno de los departamentos con mayor fervor religioso del país.

Un dato halagador es que casi las tres cuartas partes de los hombres y un tercio de las mujeres, se encontraban desempeñando algún tipo de actividad remunerada. El hecho de que las mujeres sean protegidas en el hogar debido a que no tienen la fuerza física de los hombres, las condena a realizar labores domésticas que no les generan ningún tipo de ingreso. Así pues, un porcentaje importante de ese 57% de mujeres desempleadas, es muy probable que se encuentre realizando las actividades domésticas de sus hogares.

Esta protección relativa hacia las mujeres, no obstante, debe ser entendida desde el punto de vista riesgo – utilidad, ya que es más probable que las mujeres con discapacidad mental desarrollen actividades domésticas de toda índole mientras que los varones por su mismo vigor físico son más temidos por la familia, ya que en momentos de descompensación suelen ser más agresivos. Es llamativo que a pesar de todos los avances que se han dado en los últimos tiempos en el campo de la salud mental y los problemas de género, éste tipo de situaciones aún se presenten.

Las enfermedades mentales crónicas son las más discapacitantes, y este estudio arroja que las psicosis son el principal diagnóstico de la población estudiada. Esto nos indica que el proceso de rehabilitación es una prioridad obligada del CAPS León, para evitar que estas personas en plena edad productiva y con nivel académico notable dejen de ser útiles a la sociedad.

Revisando la aplicación del instrumento WHO/DAS de la OMS, obtuvimos que el 79% de los pacientes no presentó discapacidad en el área del auto-cuido, y quienes si la presentaron fue en un nivel mínimo, que puede ser objeto de corrección con un adecuado plan de rehabilitación, y que nos traduce lo efectivo que el mismo ha sido hasta el momento.

Algo llamativo es, que pese a presentar disfunción de leve a moderada en el 88% de los casos en el área ocupacional, los hombres se encontraban casi en su totalidad generando divisas. En cambio las mujeres presentaban un grado mayor de discapacidad, y más de la mitad se hallaba como ama de casa, realizando labores en las cuales su capacidad de producir se encuentra seriamente limitada.

En el área de funcionamiento familiar, vemos que los más afectados fueron los hombres, ya que son ellos quienes generalmente sufren de discriminación de parte de la familia debido a la fuerza física. Las mujeres en cambio son más útiles para las labores domesticas y pueden en caso de necesidad ser reducidas mas fácilmente, así que su interacción con el medio es mas armónica que en el caso del hombre.

Es llamativo que el 76% de los hombres y el 78% de las mujeres, sean personas que interactúan afablemente con quienes les rodean, y son capaces de asistir a eventos sociales y comportarse con todo el rigor del caso. La discapacidad en ésta área estuvo principalmente centrada en el nivel de mínimo a leve.

Pasando a la caracterización del personal de salud, tenemos que la mitad lleva menos de 5 años de laborar ahí ya que dos de ellos eran médicos residentes realizando una rotación de 3 meses al momento del estudio y parte de los psicólogos son de reciente ingreso a la Unidad. El 83% reportó conocer los pormenores de la rehabilitación psiquiátrica, lo cual quedó evidenciado en las encuestas que se les llenó, y se puede inferir del elevado nivel de participación de los usuarios en la vida cotidiana.

El buen nivel de funcionamiento de los usuarios del CAPS León se hace eco en lo bien adiestrado que está su personal: el 83% logró dar un concepto válido de lo que es la rehabilitación y dos tercios acertaron al mencionar los objetivos de la misma. Al momento de mencionar las fases, nuevamente dos tercios lo hicieron muy bien y las describieron, repitiéndose el resultado al cuestionarles la importancia de la misma. Estos resultados difieren con los obtenidos por Noguera en el 2007 entre el personal del Hospital Psiquiátrico Nacional, donde solo un tercio de las respuestas fueron acertadas.

CAPITULO V: CONCLUSIONES.

La mayor parte de los encuestados son del sexo masculino, solteros, entre los 35 a los 49 años de edad, católicos, provenientes del área urbana y con un nivel de escolaridad primaria. La mayoría se encuentra desempeñando algún tipo de actividad remunerada, y el diagnóstico principal es el de epilepsia. A excepción del auto cuido personal, la totalidad de los pacientes presenta al menos algún grado de discapacidad en las restantes 3 áreas del funcionamiento; sin embargo, el nivel obtenido para las mismas, estuvo comprendido entre los rangos de mínimo a moderado. La estrategia de rehabilitación ambulatoria del CAPS León es beneficiosa para sus usuarios crónicos, y se refleja en el grado de discapacidad encontrada en los mismos. Este estudio ha logrado establecer una línea de base sobre la situación actual de salud mental en el CAPS León, la cual debe ser tomada como referencia obligatoria, para futuras investigaciones y procesos de rehabilitación mental.

CAPITULO VI: RECOMENDACIONES.

1. Continuar con la estrategia de rehabilitación ambulatoria basada en la comunidad empleada por el personal técnico del CAPS “Alfonso Cortez”.

2. Elaborar un Protocolo de Rehabilitación propio de la unidad, para maximizar los esfuerzos existentes, que involucre al paciente y a la comunidad.

3. Capacitar al personal de todas las Unidades de Salud Mental periféricas en temas de rehabilitación psicosocial, como una forma de traspolar las experiencias obtenidas en el CAPS “Alfonso Cortez”.

CAPITULO VII. Referencias bibliográficas:

1. Saraceno B. La fine dell'intrattenimento. Manuale de rehabilitazione psiquiatrica. Milano, Etas Libri, 1995.
2. Castel R. Para una crítica de la institución psiquiátrica. En Basaglia y ots. (Edición De R García). Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial. Barcelona, Barral, 1975. Págs.: 99-154.
3. Desviat M. La reforma psiquiátrica. Madrid, Dor, 1994
4. Fakhoury W y Priebe S. The process of deinstitutionalization: an international overview. Current Opinion in Psychiatry, 2002, 15:187-192
5. Instituto Andaluz de Salud Mental. La población hospitalizada en instituciones psiquiátricas en Andalucía. Resultados del censo de 1985. Sevilla, IASAM, 1987
6. López M. Bases de una nueva política en salud mental En: García J, Espino, A y Lara L. La Psiquiatría en la España de fin de siglo. Madrid: Díaz de Santos, 1998:29-40.
7. OMS. Informe de la Salud mundial 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, 2001
8. Dörner K. Ciudadanos y locos. Historia social de la Psiquiatría. Madrid, Taurus, 1974.
9. Foucault M. Histoire de la folie à l'âge classique. Paris, Gallimard, 1972.
10. Scull A T. Decarceration: community treatment and the deviant – A radical view. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1977.
11. Rosen. Locura y sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental. Madrid, Alianza Editorial, 1968.
12. Castel R. L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme. Paris, Editions de Minuit, 1976.
13. Goffman E. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires, Amorrortru, 1970
14. Basaglia F. Rihabilitazione e controllo soziale. En Basaglia F. Scritti II: 1968-1980. Torino, Einaudi, 1982. Pág.:199-208.
15. Scheff T. El rol de enfermo mental. Buenos Aires, Amorrortru, 1973
16. Levinson D y Gallagher E. Sociología del enfermo mental. Buenos Aires, Amorrortru, 1971
17. Castel R. Notas sobre las orientaciones contemporáneas de la psiquiatría. En Basaglia y ots. (Edición de R García) Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial. Barcelona, Barral, 1975. Págs.: 243-256.
18. Pilgrim D y Rogers A. A Sociology of mental health and illness. Buckingham, Open University Press, 1999.
19. López M y Lara L. La coordinación intersectorial en la atención a la salud mental. Nuevas instituciones y formas de gestión. En Leal J (Coordinador). Equipos e instituciones en salud mental. Salud mental de equipos e instituciones. Madrid, AEN, 1997: 149-168.
20. Bercovitz R. La marginación de los locos y el derecho. Madrid, Taurus, 1976.
21. Barton R. La neurosis institucional. Madrid, Paz Montalvo, 1974
22. Basaglia F. La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di instituzionalizzazione (Mortificazione e libertà dello "spazio chiuso". Consideracione sul sistema "open door"). En Basaglia F. Scritti I: 1953-1968. Torino, Einaudi, 1981. Pags: 249-258.
23. Wing JK y Brown GB. Institutionalism and Schizophrenia. London: Cambridge University Press, 1970
24. Basaglia F. La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico. Barcelona, Barral, 1972
25. Jones M. Social Psychology of prejudice. New Jersey: Prentice Hall, 2001.
26. Carrier J y Tomlinson D (Ed). Asylum in the community. London, Routledge, 1996

27. Castel R. El tratamiento moral. Terapéutica mental y control social en el siglo XIX. En Basaglia y ots. (Edición de R García) Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial. Barcelona, Barral, 1975. Págs.: 71-96.
28. Laing R D. El yo dividido. Un estudio sobre la salud y la enfermedad. México, Fondo de Cultura Económica, 1964.
29. Szasz T. Schizophrenia. The sacred symbol of psychiatry. New York, Basic Books, 1977.
30. Desviat M (Coordinador). Epistemología y práctica psiquiátrica. Madrid, AEN, 1990
31. Castilla del Pino C. Introducción a la Psiquiatría. I. Problemas generales. Psico (pato) logía. Madrid, Alianza, 1978.
32. Castilla del Pino C. Crítica a la razón psicopatológica. En Castilla del Pino C y Ruiz-Vargas J M. Aspectos cognitivos de la esquizofrenia. Madrid, Trotta, 1991. Págs.:11-33.
33. Fernández Liria A. De la psicopatología crítica a la crítica de la psicopatología. Revista de la AEN, 2001,80:57-59.
34. Villagrán J M. La crítica de la psicopatología solo tiene sentido desde la psicopatología crítica. Revista de la AEN, 2002,82:75-85.
35. Luque R y Villagrán J M. Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias. Madrid, Trota, 2000.
36. López M. Rehabilitación y red asistencial: sistemas de atención a “la cronicidad” en salud mental. En: Verdugo MA, López D, Gómez A y Rodríguez M. Rehabilitación y salud mental. Situación y perspectivas. Salamanca: Amaru, 2002: 75-105.
37. López M, Lara L y Laviana M. La formación básica en rehabilitación y apoyo social para la atención comunitaria en salud mental. En: Espino A y Olabarría B. La formación de los profesionales de la salud mental en España. Madrid: AEN, 2003. Págs.: 269-301
38. Bachrach L. Deinstitutionalization. An analitic review and sociologycal perspective. Maryland, NIMH, 1976.
39. Rotelli F, De Leonardis O y Mauri O. Desinstitucionalización: otra vía. Revista de la AEN, 1987, VII, 21:166-187.
40. López M, Benítez F, García MJ y Weissman LC. Un programa para la supresión de los hospitales psiquiátricos públicos en Andalucía (1985-1995). En: García J, Espino, A y Lara L. La Psiquiatría en la España de fin de siglo. Madrid: Díaz de Santos, 1998:101-116.
41. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe de la Comisión ministerial para la reforma psiquiátrica. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985
42. Caso A. Diario La Razón, 1/7/2004. Información obtenida desde la Asociación Nacional de Enfermería en Salud Mental (http//anesm.net)
43. García J, Espino, A y Lara L. La Psiquiatría en la España de fin de siglo. Madrid: Díaz de Santos, 1998
44. Salvador I (Coordinadora). El observatorio de salud mental. Análisis de los recursos de salud mental en España. Revista de la AEN, 93 (Número Monográfico), 2005
45. AEN. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Madrid, AEN, Cuadernos Técnicos nº 6, 2002.
46. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estadísticas sanitarias (Catalogo Nacional de Hospitales con datos a diciembre de 2003 y Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, con datos de finales del 2002). Obtenidos a través de la página web del ministerio: www.msc.es
47. González de Chávez M (Coordinador). La transformación de la asistencia psiquiátrica. Madrid, AEN, 1980
48. Instituto Andaluz de Salud Mental. La Reforma Psiquiátrica en Andalucía. Sevilla, IASAM, 1988.
49. García J. La reforma psiquiátrica en el Principado de Asturias 1982-1993. En: García J, Espino, A y Lara L. La Psiquiatría en la España de fin de siglo. Madrid: Díaz de Santos, 1998:79-100.

50. Inchauspe J A, Potestad F y Pérez J. La reforma psiquiátrica en Navarra, 1986-1991. Revista de la AEN, 44,1993:35-51.
51. Suárez T, Casco J y Corcés V. La reforma psiquiátrica en la Comunidad de Madrid: catorce años de transformaciones asistenciales. En: García J, Espino, A y Lara L. La Psiquiatría en la España de fin de siglo. Madrid: Díaz de Santos, 1998:117-153.
52. Jordá E, Espinosa J, y ots. Evaluación del resultado de la desinstitucionalización de pacientes mentales crónicos: un estudio de cohorte. Revista de la AEN, 45,1993:113-123.
53. Salazar J M. La situación en la Comunidad de Navarra. Taula Rotonda sobre Realitats i projectés en relació als nous crònics. En Labad A (Coordinador) Els nous crònics en psiquiatría. Reus, Institut Pere Mata, 1995: 198-206.
54. Torró C. La desinstitucionalización psiquiátrica en Andalucía (1985-1990). Boletín Informativo de Salud Mental, nº 4, 1992:31-54.
55. García R. Historia de una ruptura. El ayer y el hoy de la psiquiatría española. Barcelona, Virus Editorial, 1995.
56. Rendueles G. De la Coordinadora Psiquiátrica a la Asociación Española de Neuropsiquiatría. De conspiradores a burócratas. En Aparicio V (Compilador). Orígenes y fundamentos de la Psiquiatría en España. Madrid, ELA, 1997.
57. Desviat M. De los viejos utópicos a los posmodernistas quemados. Respuesta sentimental a Guillermo Rendueles. Revista de la AEN, 1999, 70:325-335.
58. López M. Luces y sombras de la reforma psiquiátrica andaluza. Hipatia, 2000,7: 4-8.
59. López M. Alternativas comunitarias ante el estigma y la discriminación. La experiencia de Andalucía (España). Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 2004, 50, 2: 99-109.
60. López M, Laviana M, García-Cubillana P, y ots. Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía. (1) Descripción del programa y del estudio. Rehabilitación Psicosocial, 2005, 2,1:2-15.
61. De Salvia D y Crepet P (Ed). Psichiatria senza manicomio. Milano, Feltrineli, 1982.
62. Hernández M y Herrera R (Coordinadores). La atención a la Salud Mental de la población reclusa del Estado Español. Análisis y recomendaciones. Madrid, AEN, 2003.
63. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999, Resultados detallados. Madrid, INE, 2001
64. Uruguay. Encuesta Nacional de Discapacidad (INE-CNHD) año 2004.
65. Un panorama nacional de la salud y enfermedad mental en Colombia: Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003
66. http://www.vozprosaludmental.org.mx/portal
67. Presentación Oficial de Resultados del Estudio sobre Prevalencia y Caracterización de la Discapacidad en la República de Panamá. 27 de Noviembre de 2006.
68. Encuesta Nicaragüense para Personas con Discapacidad 2003 (ENDIS) 2003.
69. Asociación Española de Neuropsiquiatría Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo Situación actual y recomendaciones CUADERNOS TECNICOS, M A D R I D, 2002.
70. Banco Interamericano de Desarrollo. Informe. Chile: BID, 2001.
71. Organización Mundial de la Salud. WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS). Genève: WHO, 1988.

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCION DE INFORMACION.

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL PERSONAL DE SALUD DEL CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL "ALFONSO CORTES" SOBRE LA REHABILITACION DE PACIENTES CRONICOS.

PERFIL PROFESIONAL:

- ☐ MEDICO
- ☐ ENFERMERA
- ☐ SICOLOGO (A)
- ☐ TRABAJADOR SOCIAL

AÑOS DE LABORAR:

- ☐ MAS DE 10 AÑOS
- ☐ 5 – 10 AÑOS
- ☐ < 5 AÑOS

CONOCE UD. LA TERAPIA DE REHABILITACION EN EL PACIENTE SIQUIATRICO?

- ☐ SI
- ☐ NO
- ☐ NS/NR

SI LA RESPUESTA ES SI, PUEDE DEFINIR EN QUE CONSISTE

_____
_____
_____
_____
_____
_____

CUALES SON LOS OBJETIVOS Y FASES DE LA REHABILITACION SIQUIATRICA?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

DE ACUERDO A SU CRITERIO, ¿CUAL ES LA IMPORTANCIA DE UN PROGRAMA DE REHABILITACION EN PACIENTES SIQUIATRICOS CRONICOS?

_____
_____
_____
_____
_____

CONOCE UD. PROTOCOLOS DE REHABILITACION SIQUIATRICA EN ESTA INSTITUCION?

☐ SI

☐ NO

☐ NS/NR

SI LA RESPUESTA ANTERIOR ES SI, DESCRIBA EL PERIODO DE VIGENCIA E INDIQUE DONDE PODEMOS UBICAR UNA COPIA DEL MISMO

_____
_____
_____
_____

COMENTARIOS ADICIONALES

_____
_____
_____
_____

FECHA: _____

Anexo 1: Tablas y gráficos

Tabla No 1
Edad de los Entrevistados
N= 30

Grupo etáreo	No	%
15 a 34 años.	10	33.3
35 a 49 años.	11	36.6
50 ó más años.	9	30
TOTAL	**30**	**100**

Fuente: Encuesta Grado de Discapacidad de los Pacientes Crónicos. CAPS "Alfonso Cortez", Agosto de 2009.

Tabla No 2
Sexo de los entrevistados
N= 30

Genero	No	%
Masculino	16	53.4
Femenino	14	46.6
TOTAL	**30**	**100**

Fuente: Encuesta Grado de Discapacidad de los Pacientes Crónicos. CAPS "Alfonso Cortez", Agosto de 2009.

Tabla No 3
Escolaridad de los Entrevistados
N= 30.

Nivel Académico Alcanzado	No	%
Analfabeta	2	6.7
Primaria Incompleta	6	20
Primaria Completa	10	33.3
Secundaria Incompleta	5	16.6
Secundaria Completa	2	6.7
Técnico Medio	2	6.7
Universitario	3	10
TOTAL	**30**	**100**

Fuente: Encuesta Grado de Discapacidad de los Pacientes Crónicos. CAPS "Alfonso Cortez", Agosto de 2009.

Tabla No 4
Estado Civil de los Entrevistados
N= 30.

Situación	No	%
Soltero	18	60
Casado	1	3.3
Unión Estable	5	16.7
Viudo	2	6.7
Divorciado	4	13.3
TOTAL	**30**	**100**

Fuente: Encuesta Grado de Discapacidad de los Pacientes Crónicos. CAPS "Alfonso Cortez", Agosto de 2009.

Tabla No 5
Procedencia de los entrevistados
N= 30.

Localidad	No	%
Urbano	21	70
Rural	9	30
TOTAL	**30**	**100**

Fuente: Encuesta Grado de Discapacidad de los Pacientes Crónicos. CAPS "Alfonso Cortez", Agosto de 2009.

Tabla No 6
Religión de los Entrevistados
N= 30.

Religión	No	%
Católica	16	53.3
Evangélica	7	23.3
Otra	2	6.7
Sin religión	5	16.7
Desconocida	0	0
TOTAL	**30**	**100**

Fuente: Encuesta Grado de Discapacidad de los Pacientes Crónicos. CAPS "Alfonso Cortez", Agosto de 2009.

Tabla No 7
Perfil Ocupacional de los Entrevistados
N= 30.

Actividad Laboral	Varones		Mujeres	
	No	%	No	%
Trabaja	11	68.8	6	42.8
No trabaja	5	31.3	8	57.2
TOTAL	**16**	**100**	**14**	**100**

Fuente: Encuesta Grado de Discapacidad de los Pacientes Crónicos. CAPS "Alfonso Cortez", Agosto de 2009.

Tabla No 8
Diagnóstico Clínico de los Entrevistados.
N= 30.

Diagnóstico	Varones		Mujeres	
	No	%	No	%
Esquizofrenia	5	31.3	2	14.3
Trastornos del Humor	0	0	4	28.6
TMO	5	31.3	3	21.4
Epilepsia	6	37.7	5	35.7
TOTAL	**16**	**100**	**14**	**100**

Fuente: Encuesta Grado de Discapacidad de los Pacientes Crónicos. CAPS "Alfonso Cortez", Agosto de 2009.

Tabla No 9
Valoración de Discapacidad en el Área de Auto-cuido Personal
N Varones = 16; N mujeres = 14.

Grado de Discapacidad	Varones		Mujeres	
	No	%	No	%
d 0	8	50	4	28.6
d 1	5	31.2	7	50
d 2	3	18.8	2	14.3
d 3	0	0	1	7.1
d 4	0	0	0	0
D 5	0	0	0	0
TOTAL	**16**	**100**	**14**	**100**

Fuente: Encuesta WHO/DAS, Usuarios Crónicos del CAPS "Alfonso Cortez", Agosto de 2009.

Tabla No 10
Valoración de Discapacidad en el Área Funcionamiento Ocupacional
N Varones = 16; N mujeres = 14.

Grado de Discapacidad	Varones		Mujeres	
	No	%	No	%
d 0	0	0	0	0
d 1	6	37.5	0	0
d 2	8	50	8	57
d 3	1	6.25	6	43
d 4	1	6.25	0	0
D 5	0	0	0	0
TOTAL	**16**	**100**	**14**	**100**

Fuente: Encuesta WHO/DAS, Usuarios Crónicos del CAPS "Alfonso Cortez", Agosto de 2009.

Tabla No 11
Valoración de Discapacidad en el Área Funcionamiento Familiar
N= 30.

Grado de Discapacidad	Varones		Mujeres	
	No	%	No	%
d 0	1	6.3	0	0
d 1	4	25	5	35.7
d 2	8	50	8	57.1
d 3	2	12.5	1	7.1
d 4	1	6.3	0	0
D 5	0	0	0	0
TOTAL	**16**	**100**	**14**	**100**

Fuente: Encuesta WHO/DAS, Usuarios Crónicos del CAPS "Alfonso Cortez", Agosto de 2009.

Tabla No 12
Valoración de Discapacidad en el Contexto Social Amplio
N Varones = 16; N mujeres = 14.

Grado de Discapacidad	Varones		Mujeres	
	No	%	No	%
d 0	0	0	0	0
d 1	2	12.5	1	7.1
d 2	10	62.5	10	71.4
d 3	3	18.8	3	21.4
d 4	1	6.25	0	0
d 5	0	0	0	0
TOTAL	**16**	**100**	**14**	**100**

Fuente: Encuesta WHO/DAS, Usuarios Crónicos del CAPS "Alfonso Cortez", Agosto de 2009.

Tabla No 13
Perfil ocupacional del personal de salud entrevistado
N= 12

Perfil profesional	No	%
Medicos	5	41.7
Enfermeras	1	8.3
Auxiliares de enfermeria	1	8.3
Sicólogos	4	33.3
Trabajadores sociales	1	8.3
TOTAL	**12**	**100**

Fuente: encuesta Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud del CAPS "Alfonso Cortez" sobre la rehabilitación psiquiátrica. Agosto de 2009.

Tabla No 14
Años de servicio del personal de salud entrevistado
N= 12

Tiempo de laborar en el Hospital.	No	%
> 10 años	6	50
5-10 años	0	0
< 5 años	6	50
TOTAL	**12**	**100**

Fuente: encuesta Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud del CAPS "Alfonso Cortez" sobre la rehabilitación psiquiátrica. Agosto de 2009.

Tabla No 15
Conocimiento del personal de salud sobre rehabilitación
N= 12

Conocimiento del Tema	No	%
Conoce	10	83.3
No conoce	2	16.7
TOTAL	**12**	**100**

Fuente: encuesta Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud del CAPS "Alfonso Cortez" sobre la rehabilitación psiquiátrica. Agosto de 2009.

Tabla No 16
Conceptualización del personal de salud sobre rehabilitación en pacientes siquiátricos crónicos

Concepto	No
• Recuperar habilidades y potencialidades físicas, motoras y emocionales perdidas, según el nivel de deterioro del paciente: comer, vestirse, comunicarse, asearse, aceptar su terapia y asi evitar que avance su deterioro físico y mental	6
• Llevar al paciente al departamento de rehabilitación, orientarlo en tiempo y espacio, realizar actividades físicas y manuales con el paciente.	2
• Ayudarlo a su recuperación y re-inserción social, previa evaluación de sus capacidades y conducta problema.	4

Fuente: encuesta Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud del CAPS "Alfonso Cortez" sobre la rehabilitación psiquiátrica. Agosto de 2009.

Tabla No 17
Percepción del personal de salud sobre los objetivos de la rehabilitación

Categoría	Concepto	No
Prevención de la salud	• Evitar el impacto de la nosología en los aspectos cognitivos del paciente. • Lograr la re-inserción global del paciente: social, familiar, laboral. • No dejarlos caer en la discapacidad. • Trabajar en las capacidades individuales del paciente, alcanzando su máximo desarrollo. • Evitar la cronicidad.	2
Recuperación de la salud	• Recuperar en el paciente habilidades perdidas • Ayudar a una recuperación más rápida • Hacer que el paciente se sienta útil y se auto-cuide	8
Curativas	• Tratamiento y apego al manejo farmacológico • Ayudar al paciente a que se oriente en tiempo y espacio	2

Fuente: encuesta Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud del CAPS "Alfonso Cortez" sobre la rehabilitación psiquiátrica. Agosto de 2009.

Tabla No 18
Conocimiento del personal de salud sobre las fases de la rehabilitación

	Fases	**No**
Grupo 1	• Primer contacto y re-inserción. • Acostumbrarse al medicamento y ver su evolución. • Rehabilitar áreas en que puedan valerse por si solos. • Auto-conocimiento; interacción con el medio.	4
Grupo 2	• Re-socialización; desinstitucionalización. • Prevención; identificación; rehabilitación. • Adquisición de habilidades; reproducción de lo aprendido. • Identificar habilidades; involucrar a la familia; integrar al medio	4
Grupo 3	• Identificar el problema y las capacidades; rehabilitación. • Estudiar al paciente: contexto y nivel de desarrollo; iniciar terapia. • Exploración; intervención; evaluación. • Diagnóstico de la naturaleza del problema; clinimetría; intervención; seguimiento y evaluación.	4

Fuente: encuesta Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud del CAPS "Alfonso Cortez" sobre la rehabilitación psiquiátrica. Agosto de 2009.

Tabla No 19
Percepción del personal de salud sobre la importancia de los programas de rehabilitación siquiátrica

Categoría	Importancia de la rehabilitación	No
Grupo 1	• Para des-institucionalizar los pacientes crónicos. • Para evitar la rutina. • Baja el nivel de agresividad de los pacientes. • Los motiva a realizar actividades físicas. • Les ayuda a comer solos. • Disminuye la carga estatal de los enfermos crónicos.	2
Grupo 2	• Mejora la coordinación del paciente. • Mejora su higiene y cuido personal. • Los mantiene ocupados para que se sientan útiles. • Les ayuda a conocer sus capacidades y limitaciones, y alcanzar su máximo desarrollo.	8
Grupo 3	• Previene un mayor deterioro y los hace auto-suficientes. • Mejora la convivencia con otros pacientes y con la sociedad. • Facilita su re-inserción a sus familias y a la sociedad. • Mejora su calidad de vida. • Les devuelve el estado de salud plena, según OMS.	2

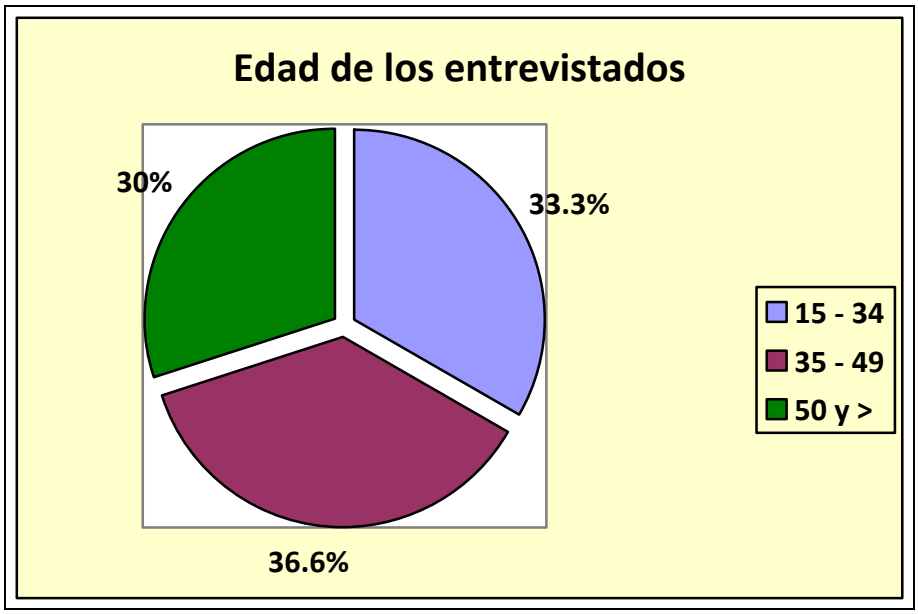
Fuente: encuesta Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud del CAPS "Alfonso Cortez" sobre la rehabilitación psiquiátrica. Agosto de 2009.

Tabla No 20
Conocimiento del personal de salud sobre la existencia de protocolos de rehabilitación en el CAPS "Alfonso Cortes"
N= 12

Conocimiento de protocolos	No	%
SI	0	0
NO	12	100

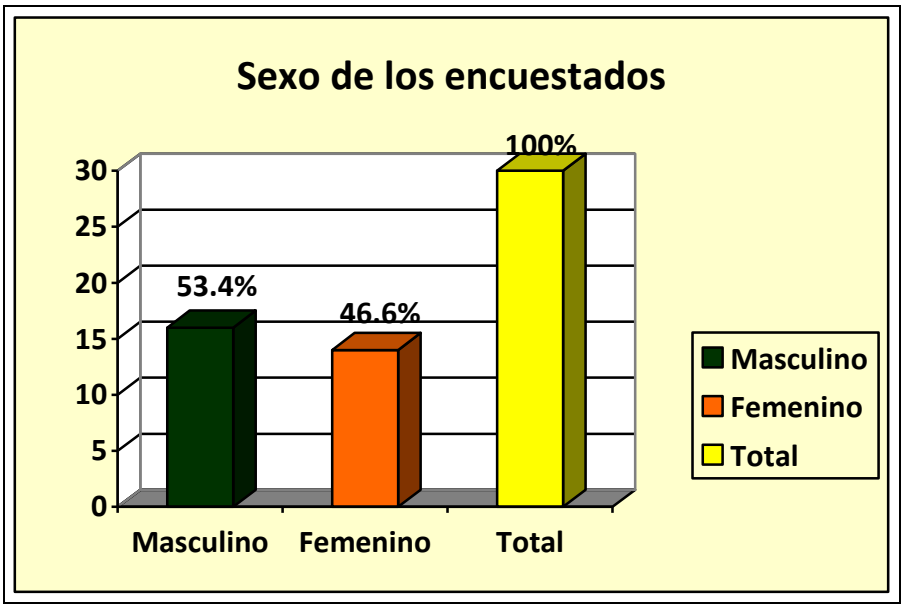
Fuente: encuesta Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud del CAPS "Alfonso Cortes" sobre la rehabilitación psiquiátrica. Agosto de 2009.

Gráfico No. 1



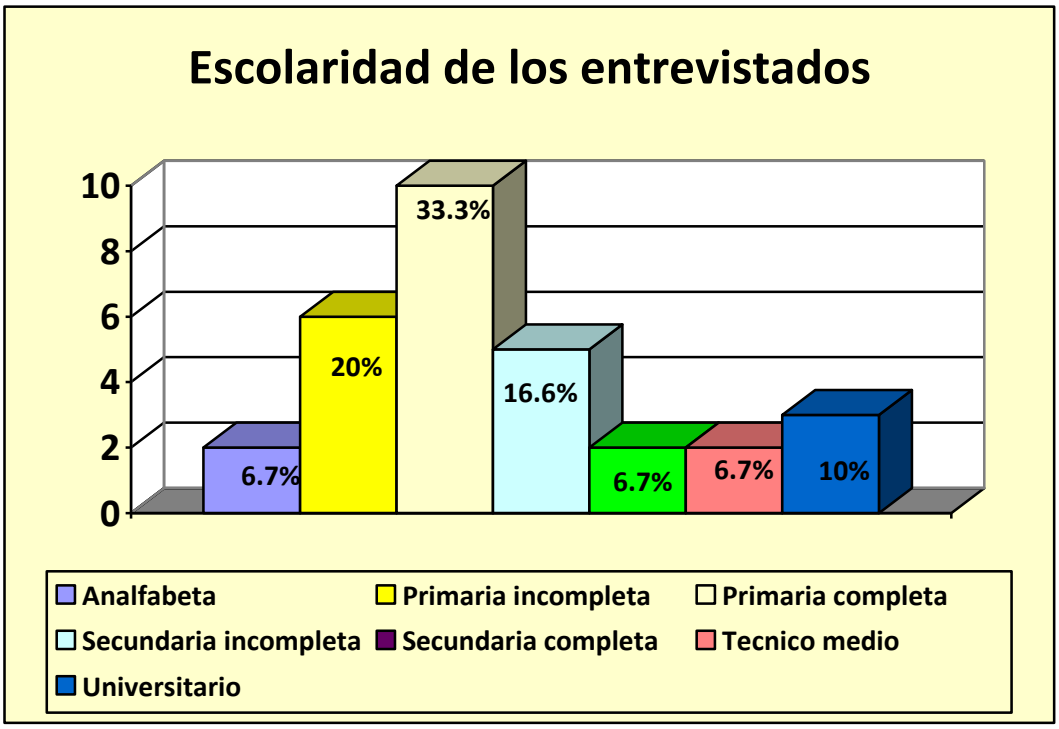
Fuente: Tabla No. 1.

Gráfico No. 2



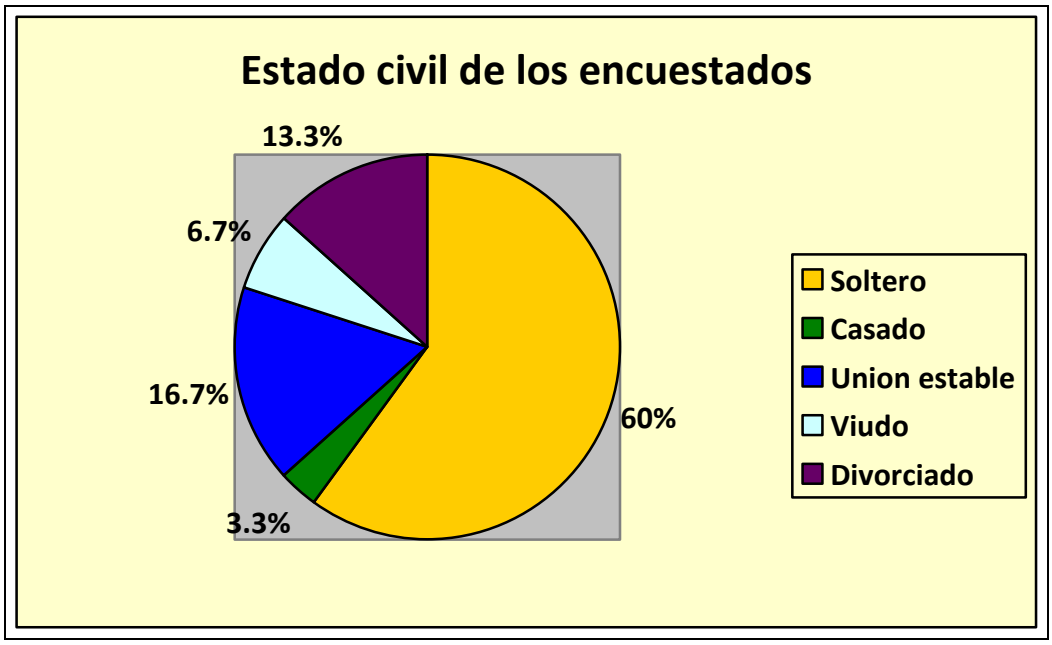
Fuente: Tabla No. 2

Gráfico No. 3.



Fuente: Tabla No. 3.

Gráfico No. 4.



Fuente: Tabla No. 4.

Grafico No 5

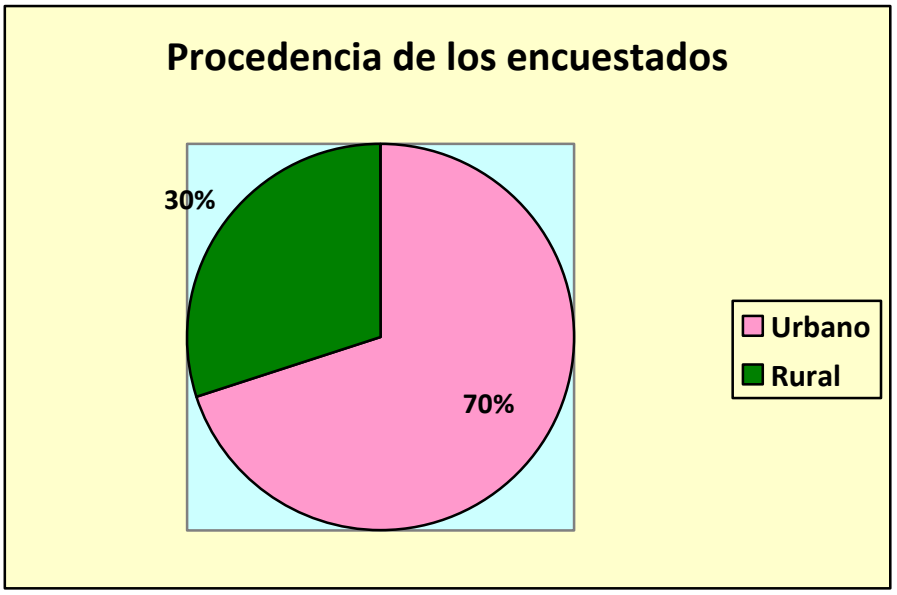
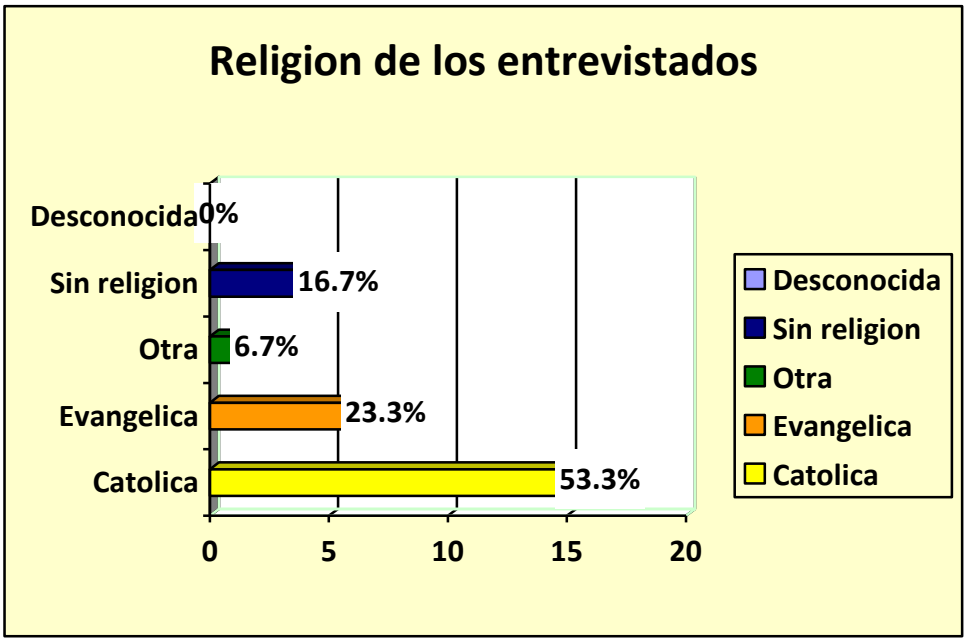


Grafico No 6



Fuente: Cuadro No 6

Grafico No 7

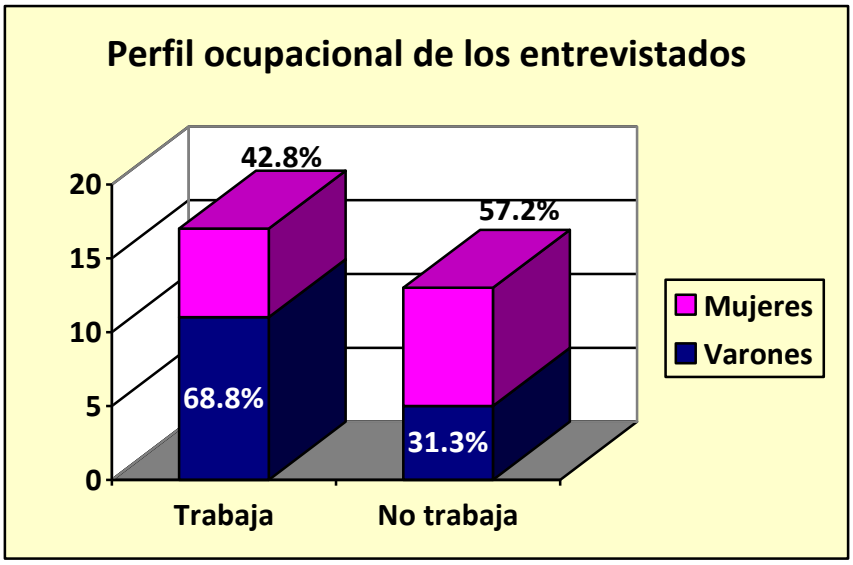
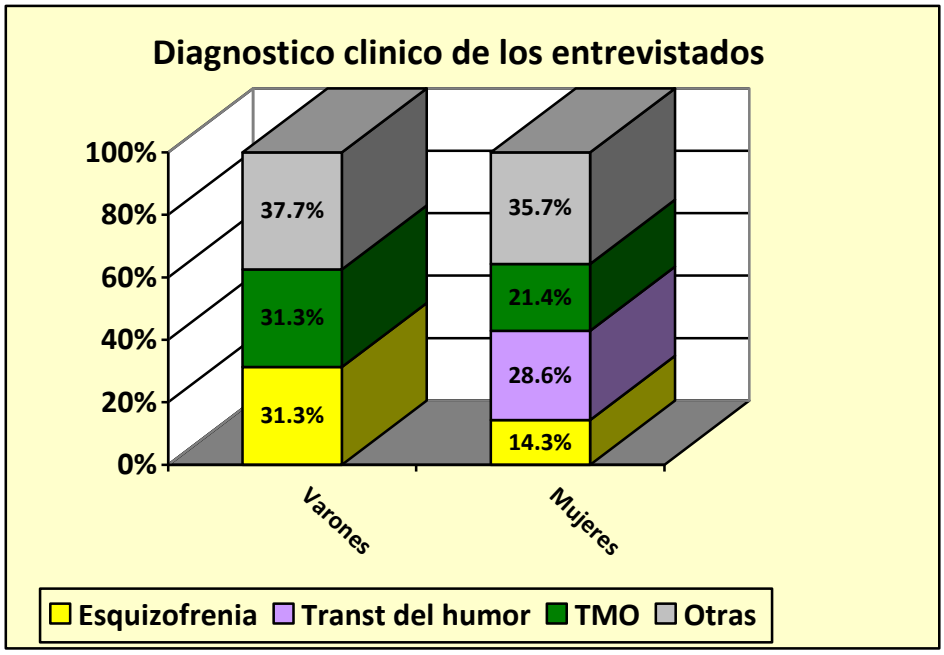
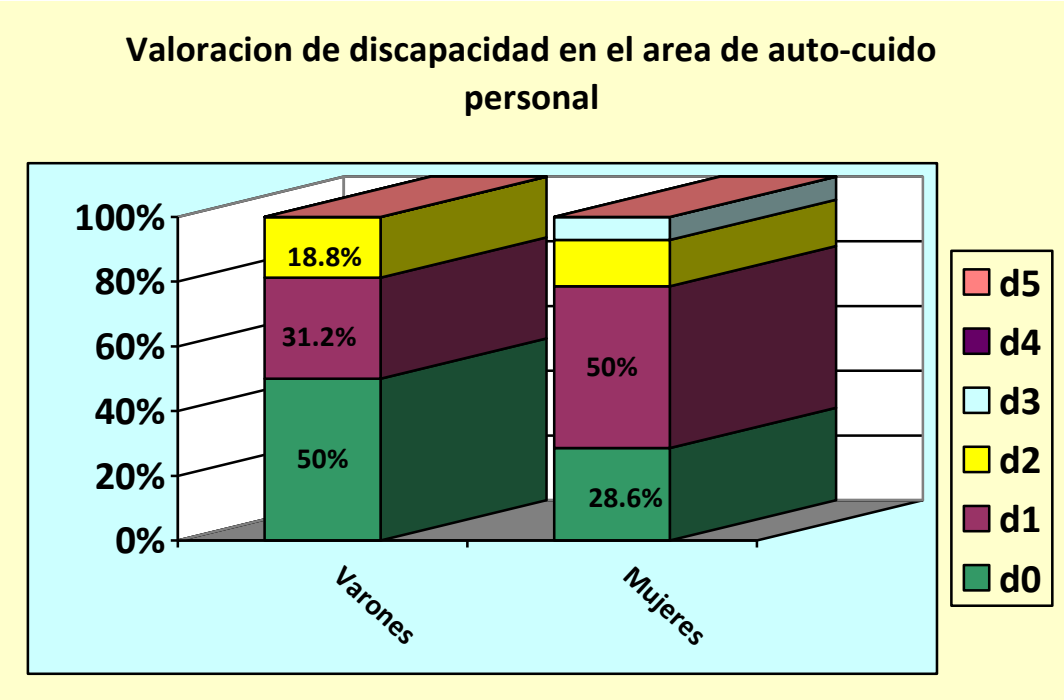


Grafico No 8



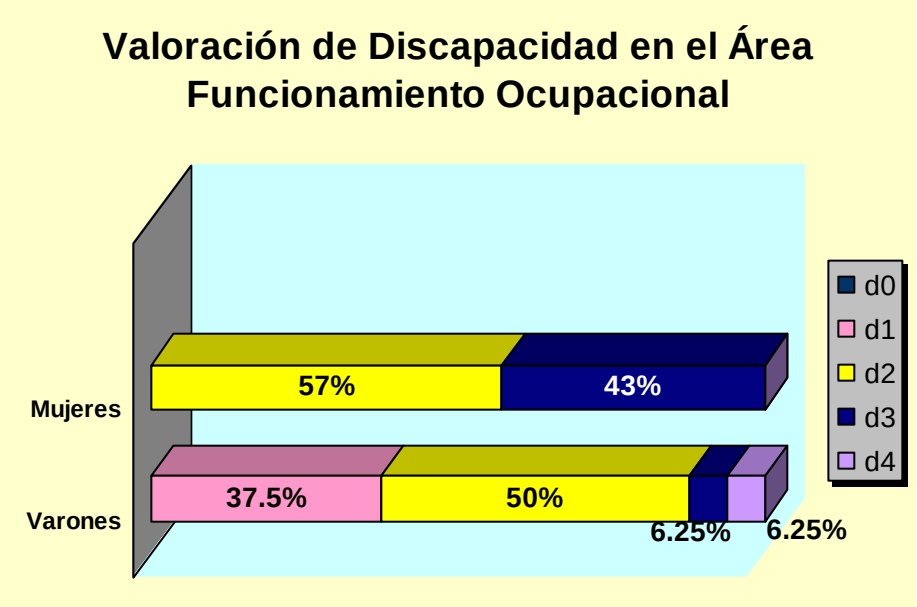
Fuente: Tabla No 8

Grafico No 9



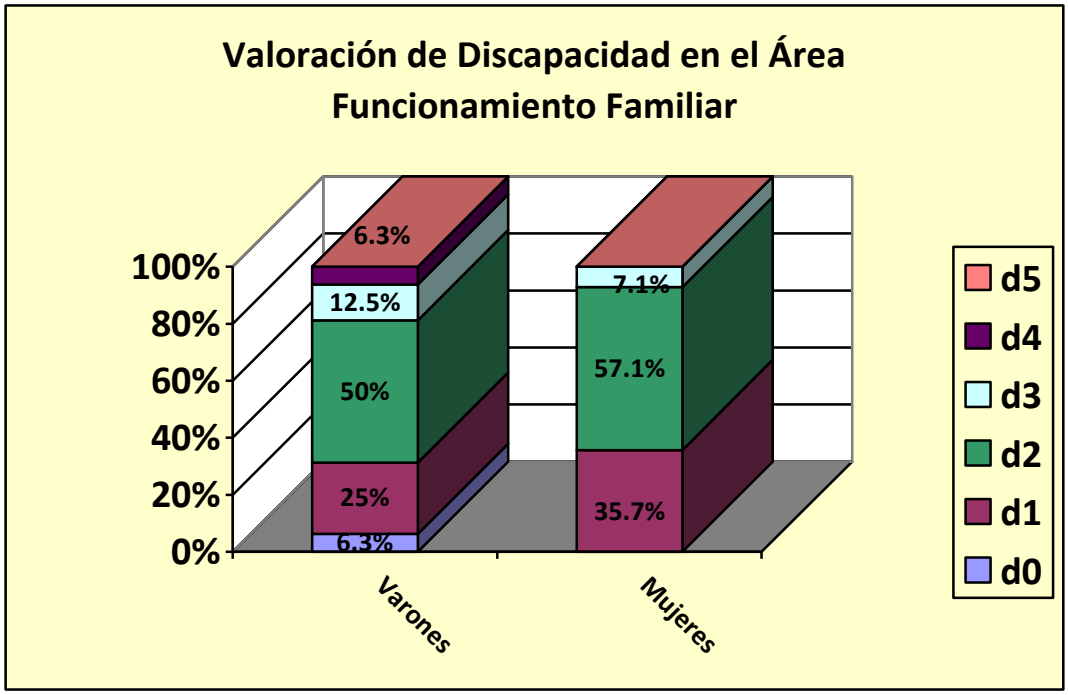
Fuente: Tabla No 9

Grafico No 10



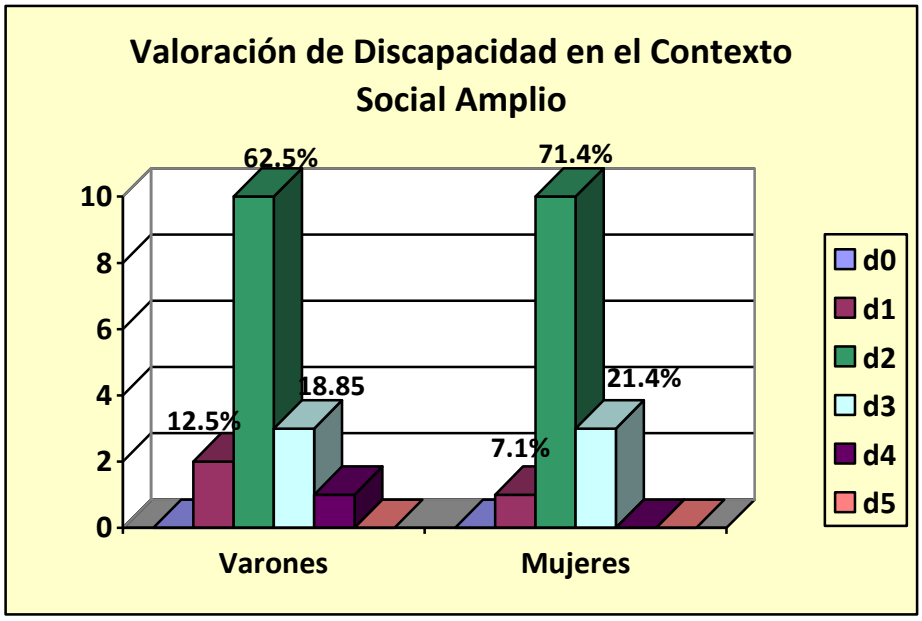
Fuente: Tabla No 10

Grafico No 11



Fuente: Cuadro No 11

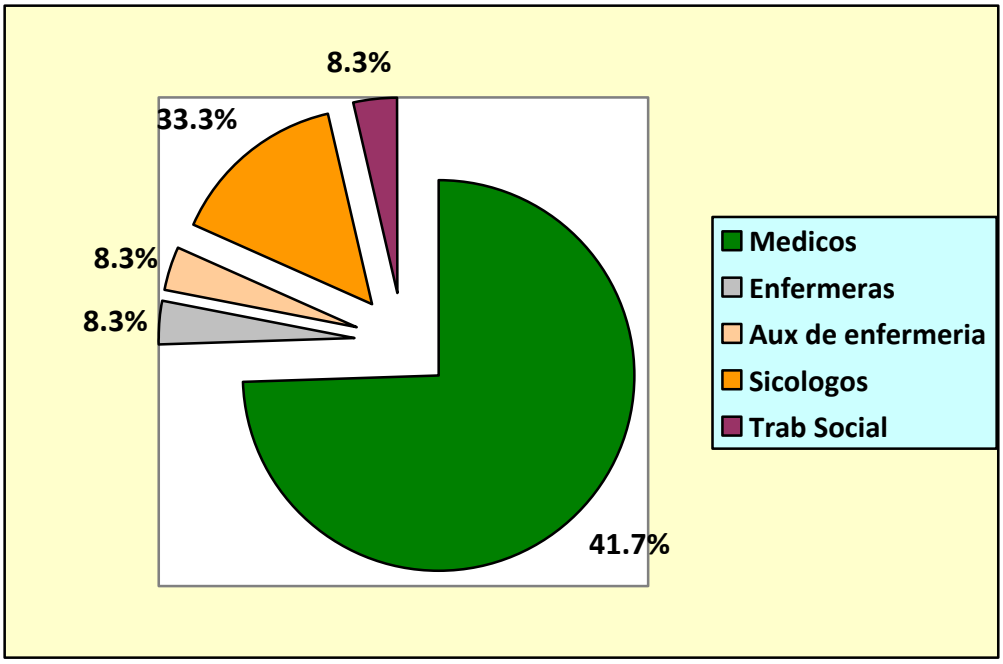
Grafico No 12



Fuente: Tabla No 12

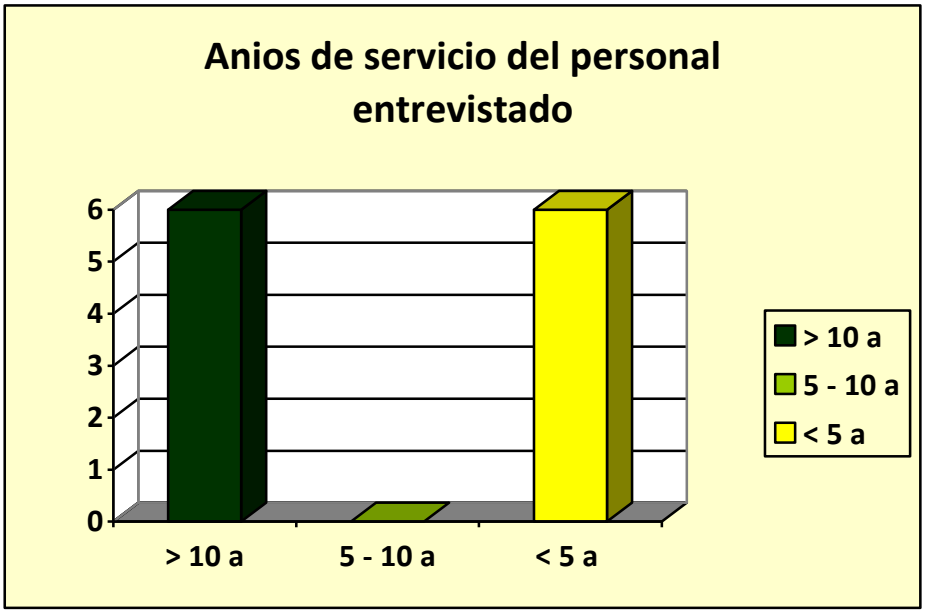
Grafico No 13

Perfil ocupacional del personal de salud entrevistado



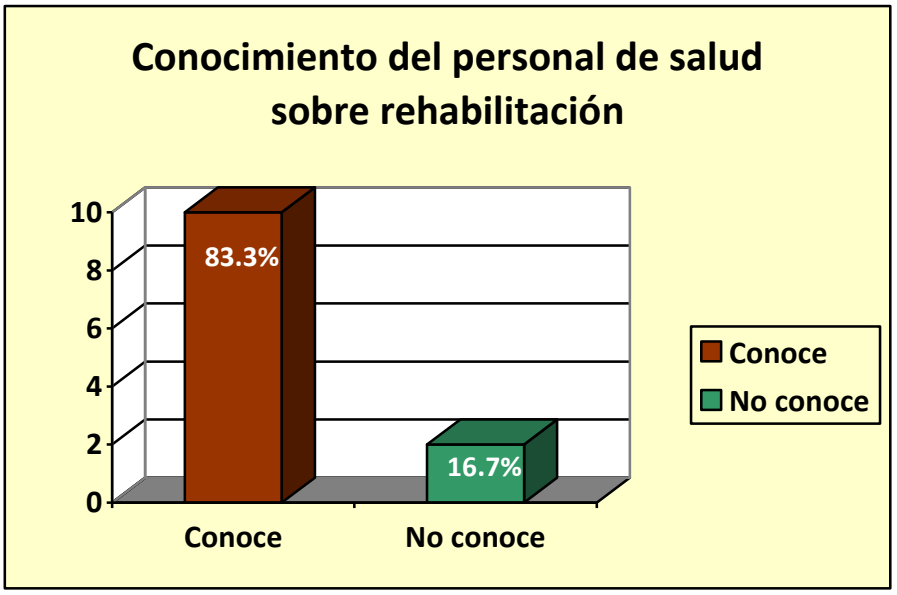
Fuente: Tabla No 13

Grafico No 14



Fuente: Cuadro No 14

Grafico No 15



Fuente: Cuadro No 15