



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Hospital Docente de Atención Psicosocial
“Dr. José Dolores Fletes Valle”

Tesis monográfica para optar al título de la Especialidad de **Psiquiatra**

Evaluación de la Rehabilitación Psicosocial a través de Escala HoNOS en pacientes psiquiátricos crónicos. Hospital de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle”.
Enero 2019- Noviembre 2021.

Autor:

Dr. Edgard Noel Argüello Soto
Residente de III año de Psiquiatría

Tutora: Dra. Elda Jirón

Responsable de Docencia del HPJDF
Médico Especialista en Psiquiatría

Managua, febrero 2022

Agradecimientos

A Dios, por su guía y la oportunidad brindada de llegar a concluir este primer paso como especialista.

A mi abuelita Esperanza del Socorro Pérez Carrión, gracias por su nobleza, por las noches de desvelo y por su motivación.

A mis padres y a todas las personas que estuvieron apoyándome en la realización de mi tesis monográfica.

A la Dirección General y Subdirección docente del Hospital Docente de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle” por esta oportunidad única de formación para la especialidad de Psiquiatría en esta abnegada institución, formadora de profesionales en salud mental.

A mis pacientes que me inspiran el día a día, para estudiar, aprender y comprender, que más allá de la ciencia y de los misterios de la mente humana seguimos siendo un ser humano tratando a otro ser humano.

Dedicatorias

Al Comandante Daniel Ortega Saavedra, Presidente de la República y jefe supremo del Ejército de Nicaragua.

A la Vicepresidenta de la Republica Compañera Rosario Murillo Zambrana,

Al Comandante en jefe del ejército de Nicaragua General de Ejército Julio César Avilés Castillo,

Y a todos mis jefes del Cuerpo Médico Militar del Ejército de Nicaragua.

Abreviaturas

5TH	Serotoninérgica
AEN	Asociación Española de Neuropsiquiatría
AMRP	Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial
CAPS	Centro de Atención Psicosocial
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales décima versión
DAS	Disability Assesment Schedule Short –From
DSM-5	Manual de diagnósticos y estadísticas de los trastornos mentales, quinta edición
ECG	Electrocardiograma
GAF	Global Assesment of Functioning
GLADP	Guía Latinoamérica de diagnóstico psiquiátrico
H0	Hipótesis nula
H1	Hipótesis alternativa
HoNOS	Escala de Health of the Nation Outcome Scales
HPJDFV	Hospital Docente de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle”
IMC	Índice de masa corporal
INSM	Asociación Psiquiátrica de América Latina
Kg	kilogramos
LME	Lista de Medicamentos Esenciales
m	metros
MINSA	Ministerio de Salud de Nicaragua
MOVI	Matriz de operacionalización de variables
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIR	Programa Individualizado de Rehabilitación
RC	Rehabilitación Cognitiva
RP	Rehabilitación psicosocial
TCE	Trauma craneoencefálico
TMG	Trastornos Mentales Graves
TMO	Trastorno Mental Orgánico
TMS	Trastorno Mental Severo
TOC	Trastorno obsesivo-compulsivo
χ^2	Prueba de asociación de Independencia de Chi Cuadrado

Resumen

En la presente investigación se enfocó en determinar la recuperación clínica a través de Escala HoNOS, según las estrategias de rehabilitación psicosocial utilizadas en los pacientes con trastornos psiquiátricos crónicos con ingresos prolongados en el Hospital de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle” durante el período de enero 2019- noviembre 2021 a través de identificar las características generales con las que fueron ingresados los pacientes, describir las estrategias de rehabilitación psicosocial utilizadas y determinar la recuperación clínica según la escala HoNOS.

El presente estudio fue observacional, relacional, prospectivo, longitudinal, analítico con un enfoque mixto. Se incluyeron a 46 pacientes. Los datos se obtuvieron en tres momentos, se procesó mediante el software IBM SPSS Statistics v25.

Conclusiones: La aplicación de las estrategias de rehabilitación psicosocial se evidenciaron sin cambio perceptible en el desarrollo de la recuperación clínica basado en la medición de la escala HoNOS. En la recuperación clínica del paciente evaluado se define un plan de cronograma de actividades diarias, no define la evolución del paciente en las actividades diarias. Los resultados iniciales fueron similares durante cada momento del estudio. Se evidencia a través de los resultados adecuada validez para discriminar a los pacientes con diferentes niveles de severidad de trastorno mental en su grado de funcionabilidad en ambos grupos, está muy comprometida.

Recomendaciones: Crear un Centro de formación de Rehabilitadores psicosociales. Implementar en los protocolos o manuales de la rehabilitación e inserción psicosocial la aplicación de la Escala HoNOS. Establecer redes sociales mediante la inclusión del líder de la comunidad, alcaldía, trabajo social, todos en conjunto con enlaces al hospital.

Índice

Agradecimientos	2
Dedicatorias	3
Abreviaturas	4
Resumen	5
I. Introducción	9
II. Antecedentes	11
III. Justificación	19
IV. Planteamiento del problema	22
V. Objetivos	24
Objetivo General	24
Objetivos Específicos.....	24
VI. Marco teórico	25
Rehabilitación psicosocial en el paciente con trastornos mentales grave.	25
Concepto de Rehabilitación psicosocial.....	25
Los objetivos principales de la Rehabilitación Psicosocial.....	26
Herramientas de rehabilitación psicosocial.....	26
Evaluación de rehabilitación psicosocial.	35
Trastornos Mentales Graves (TMG)	38
Clasificación de las patologías psiquiátricas CIE-10	40
Tratamientos farmacológicos en el paciente con TMG.	43
Tratamiento terapéutico antipsicóticos	45

Tratamiento terapéutico antidepresivos:	46
Tratamiento terapéutico de los trastornos bipolares.....	48
Tratamiento terapéutico en los trastornos obsesivo-compulsivos y los ataques de pánico.....	49
Escala <i>Health of the Nation Outcome Scales</i> (HoNOS)	52
Contenido de la Escala HoNOS	54
VII. Hipótesis	57
VIII. Diseño metodológico.....	58
Tipo de estudio.....	58
Área de estudio.....	58
Universo/muestra	58
Criterios de selección de los participantes del estudio.....	59
Lista de variables.....	59
Matriz de operacionalización de variables (MOVI).....	61
Obtención de la información	73
Fuente de información.....	73
Técnicas de recolección de la información	74
Instrumento	75
Método o proceso de obtención de la información	77
Procesamiento de la información	83
Análisis estadístico.....	84

Plan de análisis	86
Consideraciones éticas de la investigación	86
IX. Resultados	87
Resultados del objetivo específico 1	88
Resultados del objetivo específico 2.	96
Resultados del objetivo específico 3.	102
Resultados-Objetivo específico 4.	108
X. Discusión de resultados	114
XI. Conclusiones	124
XII. Recomendaciones	125
Al Ministerio de Salud (MINSA):.....	125
A nivel del Centro hospitalario:	125
A la comunidad	125
XIII. Referencia bibliográfica.....	126
XIV. ANEXOS	129
Anexos 1. Formato de entrevista a expertos	130
Anexos 2. Instrumento de recolección de la información	132
Anexos 3. Tablas del estudio	135
Anexos 4 Gráficos del estudio	145

I. Introducción

Las estrategias actuales establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) orientan hacia la reinserción social del paciente psiquiátrico, como uno de los pilares de la rehabilitación psicosocial y para el año 2020, dar un salto importante de la atención especializada en rehabilitación social de los pacientes que según las características del trastorno mental que presente, se origine un programa de rehabilitación psicosocial individualizada y grupal, con metas y objetivos definidos orientados a la recuperación e inserción a la sociedad, con la tendencia de la no cronificación del paciente, como se sucedió en los sistemas manicomiales que por décadas se presentaron como centros de internados permanentes y con resultados de confinamiento total del paciente, quedando aislados en estos centros, y en su mayoría olvidados hasta por sus propios familiares.

Por esta razón la OMS, viene trabajando con las asociaciones médicas psiquiátricas desde los años 60 para la desinstitucionalización de los pacientes con diagnósticos psiquiátricos grave, a través de estrategias escalonadas de inserción social ya sean que estas inicien de forma individual y progresivamente en grupos, hasta llegar a relacionar con familiares, amigos, etc. (OMS, 2010)

El punto de partida esencial para planificar y montar los programas de rehabilitación psicosocial se debe valorar clínicamente la situación psiquiátrica de los paciente, clasificarlos según la gravedad del problema y en base a esto, evaluar con criterio médico, que paciente está en condiciones más cercanas a la recuperación y enfocar la atención en estos con estrategias hacia la terapia laboral, terapia educativa, y psicoterapia, individual y en grupo, incluyendo la participación de familia y comunitaria.

En el Hospital Docente Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle” (HPJDFV), se requiere de la clasificación del paciente de acuerdo al diagnóstico psiquiátrico, sobre la enfermedad que presente el paciente, un estudio que permita identificar que paciente es candidato para un tipo de rehabilitación y que paciente no lo es, en otras palabras, discernir clínicamente quien está en condiciones de ser ingresado y de los que ya están internos verificar quien puede rehabilitarse socialmente en su cuadro familiar y en el ambiente comunitario.

En este centro de referencia existen 46 pacientes de ingresos prolongados, los que requieren del seguimiento clínico-terapéutico que les permita una recuperación cognitiva y psicosocial. A pesar que el hospital no cuenta con un programa y planificación oficial bajo normativa del Ministerio de Salud, que presente metas y objetivos de reincorporar al paciente crónico a la comunidad y como hacer esta incorporación sociedad-paciente. Si tiene implementado actividades de sociabilización que forman parte de la rehabilitación psicosocial, así como terapia ocupacional y educación física, que se realizan rutinariamente en grupo. Las metas de recuperación individual del paciente y lo concierne a su reinserción a la sociedad faltan por definirse en los pacientes crónicos de este centro hospitalarios

En la experiencia clínica adquirida durante la residencia se observó que estos pacientes cronificados han sido aislados y olvidados por los familiares, con interacciones sociales prácticamente nulas, y con recuperación cognitiva y psicosocial sin evidencia de mejorías; lo que motivo esta investigación a la aplicación de la Escala de *Health of the Nation Outcome Scales* (HoNOS), que es un instrumento para medir el progreso, cambio o evolución, sensible a la mejoría, el deterioro o la ausencia de cambio a lo largo del tiempo y verificar los logros obtenidos del programa de rehabilitación psicosocial que actualmente se aplica en los pacientes psiquiátricos crónicos del Hospital Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle”.

II. Antecedentes

A nivel Internacional

La delicada situación del paciente psiquiátrico y su recuperación es un motivo de preocupación y desafío total en el mundo actual, desde hace décadas los países europeos vienen trabajando con estrategias de rehabilitación psicosocial, para recuperar al paciente psiquiátrico y no condenarlos en encierros permanentes en hospitales, cuando con programas especiales que involucran al sistema de salud, especialistas de neuropsiquiatría, psiquiatras, psicólogos y servicios sociales, se podría lograr a una recuperación ambulatoria. Es increíble el sistema articulado que se genera en estos países para dar una atención y recuperación de estos pacientes en un entorno social y familiar que les permita incorporarse a la sociedad.

Según Acuña, 1999, en Chile, concluye que el desarrollo de programas de rehabilitación psicosocial permite establecer elementos que orientan el trabajo de quienes asisten a personas con enfermedades mentales severas a alcanzar el más alto nivel de integración psicosocial. En sus puntos más relevantes señala lo siguiente: a) El trabajo juega un papel insustituible en la rehabilitación y reinserción psicosocial y debe estar incorporado en cada programa; b) Toda persona en rehabilitación debe tener un PIRR(plan individual de rehabilitación y reinserción) que comienza con un diagnóstico inicial tomando en cuenta al paciente y familiares, para establecer objetivos y metas, en tiempos definidos, que al concluir sean revisados y eventualmente reformado de ser necesario.

En 1988 los hospitales psiquiátrico tradicionales en España fueron criticados como generadores de la parte de cronicidad en la enfermedad mental. En el cual se les señalo de implementar el aislamiento sin interacción social, ni familiar del paciente, creando en estos un mundo solitario y confinante. Frente a esto la Comunidad de Madrid, comenzó desarrollar

programas de servicios sociales alternativos a la institucionalización psiquiátrica, dependiente actualmente de la consejería de Servicios Sociales, los que consideran que el trabajo organizado e intrínsecos entre las instituciones mentales y la comunidad pueden aportar en la rehabilitación psicosocial a los pacientes para brindar una mayor rehabilitación y reinserción acompañada entre los familiares, amigos, comunidad que asista y apoye en este proceso de desarrollo del usuario, sin estigmatizarlo, por su condición mental.

En cuanto América y el Caribe el informe presentado por la Organización Panamericana de la Salud y la OMS, con el título “Salud mental, políticas públicas, salud y calidad de vida en las Américas” (OPS-2013), presentan que los servicios de salud mental en algunos de estos países, no cuentan con disposiciones legislativas y financieras para personas con trastornos mentales en atención hospitalaria y comunitaria, limitando el desarrollo para programas de rehabilitación psicosocial, según el Trastorno Mental Severo (TMS) del paciente, estructuras especiales para terapias ocupacionales, de ocio o bien para el seguimiento ambulatorio articulado con diferentes sectores de la sociedad que no están definidos aún. En cuanto a los reportes e informe de evaluación de los logros y alcances algunos de estos países carecen de estos registros.

En Europa uno de los instrumentos para evaluar los logros de los procesos de rehabilitación psicosocial en los pacientes con TMS es la Escala HoNOS (*Health of the Nation Outcome Scales*). Documento creado y desarrollado por Unidad de Investigación de *Royal College* en el marco del Proyecto *Health of the Nation* del departamento de Salud Británico. Este instrumento tiene una alta y aplicabilidad, sensibilidad y especificidad para brindar datos objetivos en la evaluación y se puede utilizar de forma rutinaria y en un contexto clínico intra y extra hospitalario por cualquier garante de la salud. (Dogmanas, 2014), (Wing JK, Beevor A, Curtis RH. HoNOS: Health of the Nation Outcome Scales. Trainer’s Guide. London: College Research

Unit; 1996) con escalas practica de fácil interpretación la cual fueron diseñadas para medir los diversos problemas físicos, personales y sociales asociados a la enfermedad mental.

En las diversas referencias bibliográficas Latinoamericanas consultadas no se logró evidenciar una publicación científica en la evaluación de la rehabilitación psicosocial utilizando la escala HoNOS, como herramienta de evaluación, pero si en países como Colombia y Costa Rica los cuales son los que llevan según la OPS y OMS los manuales y protocolos de reinserción y rehabilitación psicosocial. (Campos Rojas, 2012), (Giraldo-Ferrer et al., 2016)

A nivel nacional

La historia de la psiquiatría en Nicaragua comienza en 1911, cuando un grupo de ciudadanos formó un comité para la construcción de un "Asilo para Alienados". Hasta 1933 no comenzó a levantarse dicha institución, en un terreno donado por el entonces Presidente Juan Bautista Sacasa. Eran los tiempos de Sandino y fue Somoza el que finalmente inauguró el asilo, que se convirtió pronto, como muchas instituciones asistenciales, en un feudo del dictador, que se lucraba con los víveres, medicinas, etc.

Los pabellones del centro se llenaron indiscriminadamente con gente de cualquier edad y de las más variadas condiciones físicas y psíquicas. Todos semidesnudos, sucios y hambrientos no existía comedor y la comida se "servía" directamente a través de un hoyo, en el mismo pabellón de los enfermos, en donde reinaba la ley de la selva, sólo una vez por semana se bañaba a los enfermos: todos juntos y a manguerazos.

En los comienzos no trabajaban en este asilo ni médicos - a excepción del director - ni paramédicos. El personal vivía junto a los pacientes, pero no tenía ninguna preparación especial, incluso, algunos de los pacientes eran "elevados" al rango de enfermeros con una tarea esencial: evitar pleitos demasiado violentos entre los pacientes.

Los que protagonizaban estos pleitos eran castigados en celdas oscuras sin ningún mobiliario o amarrados a las camas todo el personal desde el director hasta cualquier personal de limpieza, tenía la posibilidad de aplicar a los enfermos electroschocs, shocks insulínicos o cualquier otra práctica violenta, no era raro en esta situación, que estas prácticas se emplearan con cualquier paciente no tanto para "curarlo", sino como una "lección". En aquel primer asilo para enfermos mentales de Managua había un coche con caballos en el que se recogía a los "locos" que deambulaban por la ciudad, en algunos casos, se ofrecían y pagaban recompensas a los ciudadanos que colaboraban en ubicarlos y hospitalizarlos.

A comienzos de los años sesenta y con el cambio del equipo de dirección empezó una nueva fase para el hospital. Llegaron algunos psiquiatras, en general de formación norteamericana, y esto produjo una cierta "humanización" en el tratamiento de los pacientes, introduciéndose también el empleo de sicofármacos. Se construyeron otros dos pabellones, llegando un total de seis - tres para hombres, tres para mujeres - y el hospital pasó a integrarse en el programa de enseñanza universitaria.

En 1972 el terremoto que destruyó Managua afectó también al manicomio, pero no causó víctimas, parte de la ayuda internacional fue enviada expresamente para el hospital psiquiátrico pero, como sucedió con otras ayudas, el principal beneficiario de la misma resultó ser Somoza. Hay que señalar también que durante la dictadura algunos psiquiatras nicaragüenses fueron perseguidos y forzados al exilio.

A comienzos de 1984 la organización de la atención psiquiátrica comenzó a racionalizarse con la creación de los CAPS (Centro de Atención Psicosocial), en los que se desarrollan los principios básicos de los "hospitales de día". Integran estos CAPS un equipo formado generalmente por un psiquiatra, un psicólogo, una trabajadora social, un especialista en terapia

ocupacional y uno o más enfermos. El objetivo de los CAPS es ofrecer una atención global, diaria y por tiempo indefinido a los pacientes psiquiátricos, evitando que tengan que separarse de sus familias y de su comunidad, tratando también de que toda la colectividad se involucre en acciones de prevención, asistencia, rehabilitación y promoción de la salud mental.

En décadas posteriores le siguieron diferentes cambios hasta llegar a 1986 donde se presenta el primer documento oficial el Manual de Salud Mental en atención primaria creado en colaboración con el Instituto Mario Negri- Cooperación italiana, el MINSA y OPS y OMS. En el 2006 el IESM–OMS, presenta un informe donde señala que al 2004 en Nicaragua se tienen funcionando cinco centros denominados “Hospital de día”, y afirman la falta de protocolo de evaluación y tratamiento para condiciones claves de salud mental y resultados de los programas ya establecidos.

De una entrevista al Dr. Manuel Madriz, Director del Departamento de psiquiatría del Hospital Militar Dávila Bolaños. “En Nicaragua, a pesar del impacto de la guerra, el proceso de reconstrucción de la identidad de un pueblo está en marcha. La guerra y la crisis económica pueden frenar este proceso pero no anularlo. La dialéctica desesperación-esperanza, frustración-entusiasmo, sufrimiento por las pérdidas-alegrías por las conquistas, marca esta hora histórica. No se puede separar -dice Madriz- la psicología de la política, de la formación y de la vocación del hombre para estar en un determinado lado de la historia.

La guerra, sí, lo limita todo. Si contáramos los recursos disponibles para los servicios sanitarios -no sólo los psiquiátricos- la situación parecería sin salida. Pero existe una diferencia entre un país subdesarrollado, sometido y dependiente, y aun país como Nicaragua, que vive un proceso de reconstrucción de su identidad. La movilización del pueblo, los sentimientos de solidaridad.”

En marzo del 2020 el MINSA presenta oficialmente el “Plan nacional de salud mental”, y el 12 de octubre 2020 en un artículo anunciado en la página web oficial, menciona la existencia de la normativa nacional de salud mental y las leyes que la protegen, sin embargo así como cuáles son las estructuras que forman parte del equipo multidisciplinar en la atención ambulatoria de aquellos pacientes reincorporados a la sociedad, y cuáles son los programas RP individual y grupal del paciente psiquiátrico crónico enfatizados en los aspectos del cuidado de la salud mental transversal a todos los servicios con el fin de la reconfiguración del cuidado desde los hospitales hacia el ámbito comunitario basados en el compromiso de involucrar a los usuarios y familiares en la planificación y la provisión de servicios, proveer intervenciones sociales junto con tratamientos psicológicos y farmacológicos adaptados a las necesidades de un individuo específico, enfocado en la comorbilidad y multimorbilidad a través de condiciones físicas y mentales para una rehabilitación y reinserción psicosocial, donde se contempla terapias de ocio, de ejercicios y actividades laborales en cuanto al aseo personal. (OMS/OPS, 2006) y (PAHO/WHO, 2013)

La única investigación publicada referente a la Rehabilitación Psicosocial fue realizada por Noguera-2010, el cual tituló como “Impedimentos socioculturales para la Rehabilitación Psicosocial” realizado bajo la realidad de esos años del Hospital Docente de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle”, investigación que concluyó que el mayor impedimento para la implementación de un Programa de Rehabilitación se encontraba en la ausencia de una política institucional que obligue a la implementación adecuada y dirigida de la rehabilitación, la ausencia de un equipo multidisciplinario que asuma el liderazgo, la falta de capacitaciones y seguimiento de la aplicación de los conocimientos adquiridos, falta de protocolos

apropiados y la falta de medios para aplicar la rehabilitación psicosocial, así como los instrumentos de evaluación de los logros clínicos y psicosociales del paciente crónico.

Según Noguera-2010, otras de las limitantes que evidenció fue la falta de disposición firme en la mayoría del personal que trabajaba en el centro, para implementar exitosamente un programa de rehabilitación psiquiátrica y a su vez la ausencia de criterios claros para la selección de los pacientes que van a ser sometidos a la terapia de rehabilitación.

En una presentación no publicada realizada por Castro, 2017, siempre dentro del Hospital Docente de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle”, afirma la existencia de un cronograma de rehabilitación psicosocial, pero para un buen desarrollo de esta, se hace necesario la creación de un plan de acción, que contenga todos los componentes necesarios como el cognitivo y conductual y aunque no menciona lo psicosocial es evidente que aún se carece de la definición de las estrategias de RP grupal e individualizada dirigidas al paciente crónico, sin dejar atrás la valoración clínica y la evaluación constante de las actividades que se realizan para dejar registrado el producto logrado de la rehabilitación que se practica en el hospital.

En cuanto a los instrumentos de evaluación del impacto de la rehabilitación que se lleva a cabo en Hospital Docente Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle”, no se encontró publicaciones al respecto, aunque en Noguera-2010, en su artículo menciona que entre los principales instrumentos de evaluación de la RP está la escala HoNOS; pero no se logró otra publicación que mencionara la existencia y experiencia con escalas u otra forma de medición de la recuperación del paciente crónico o de la intención de la reinserción de estos a la sociedad con seguimientos interdisciplinarios ambulatorios, muchos usuarios jamás recuperaran algunas capacidades perdidas sin embargo podrán adquirir otras habilidades que les haga la vida más llevadera y con menor dependencia de otras personas de modo que sean lo más independiente

posible, y aprenda alguna actividad si es posible que lo ayude a sostenerse. En Europa existen muchos pisos asistidos donde personas con TMS viven en grupos y cuentan con una persona de día que llega a orientarles dirigirles para que logren hacer las cosas de la vida diaria, algunos no muy deteriorados logran ubicarse en trabajos.

III. Justificación

Conveniencia Institucional:

Dado que el HPJDFV es un hospital de referencia nacional, que requiere del estudio sistemático y evaluativo de los resultados de recuperación obtenidos en este centro y que la experiencia pueda compartirla con otros centros de atención psicosocial en el país, para evaluar las actividades de rehabilitación e inserción que están implementadas en cada centro, y que tan efectivas son en la recuperación de los pacientes.

Actualmente el hospital psicosocial carece de la existencia de registros que evidencien las mejorías o progresos en función de la rehabilitación de los pacientes. Debido a las características biopsicosociales del usuario jamás van a recuperarse en su totalidad las funciones pre mórbidas, pero si recuperar un determinado grupo de funciones, de modo que sea autosuficiente en su vida diaria por ello la recuperación del paciente a lo largo de su estancia intrahospitalaria debe ser evaluada a través de instrumentos que de manera objetiva demuestren su efectividad de las actividades de RP que se están aplicando. Se considera que presentar la escala clínica HoNOS pueda servir como referencia a otros centros de atención psicosocial que trabajen con pacientes psiquiátricos agudos y crónicos.

Relevancia social:

La aplicación de un plan o programa de Rehabilitación Psicosocial con metas y objetivos definidos en vista a la reinserción del paciente crónico desde el encuadre biopsicosocial es una prioridad de país, lo que permitiría una atención dirigida y especializada a garantizar las necesidades básicas del paciente para integrarse a la sociedad, desarrollar autonomía, mejorar la calidad de vida y la calidad de salud mental , integrando al sistema de salud para garantizar las estructuras multidisciplinarias de atención ambulatoria, psicofarmacológicas y trabajo

psicoeducativos de los familiares responsables del cuidado del paciente, así como la oportunidad de trabajos remunerados en dependencia a las capacidades y habilidades del paciente.

Implicaciones prácticas:

El cumplimiento de la desinstitucionalización del paciente cronicado, para el HPJFV es un reto muy grande, donde se demanda de una política de coordinación entre diferentes entes estatales, comunidad, familia; así como colaboración internacional que acompañe al proceso hasta la implementación total de una rehabilitación psicosocial tal y como debe de ser según los protocolos y guías. La puesta en práctica del proceso de RP en el hospital demanda de terapeutas especializados en el tema, materiales de psicoeducación, psicoterapia, ocio, terapia laboral y educación física, para lograr los objetivos esperados.

Valor Teórico:

La experiencia adquirida en esta investigación nos refleja la importancia de la rehabilitación psicosocial e inserción psicosocial en el paciente cronicado de salud mental y a su vez la necesidad de la evaluación de la recuperación que logra el paciente con las estrategias de atención biopsicosociales que se brinda en el HPJDFV. Se debe dar a conocer la necesidad de la actualización científica, clínica y terapéutica como un proceso continuo multidireccional que requiere el HPJDFV, la necesidad de normativas y protocolos que permitan la implementación de un programa de rehabilitación e inserción psicosocial en todos sus contextos. Objetivizar la importancia de los instrumentos que se requieren en la valoración clínica y social del paciente, para definir, valorizar y categorizar los procesos de rehabilitación e inserción registrándolo de manera estandarizada en los expedientes de los reportes sobre el avance o deterioro del paciente dentro de su estancia intrahospitalaria.

Utilidad Metodológica:

El HPJDFV requiere de investigaciones dirigidas a la creación, elaboración y planificación de programas enfocados al proceso de rehabilitación e inserción psicosocial, con estrategias individualizadas según las características biopsicosociales y clínicas que presenta el usuario. Este proceso de rehabilitación psicosocial, debe ser documentado bajo métodos eficaces de evaluación y valoración clínica, en los que a su vez involucre la familia-comunidad, al personal de asistencia hospitalaria, terapeutas, psicólogos, psiquiatras, enfermeras y trabajadores sociales, que trabajen directa e indirectamente en el proceso de rehabilitación.

Lo antes planteado motiva a esta investigación a evidenciar de manera objetiva a través del uso de la escala HONOS, como instrumentos escogido para dicho propósitos de investigación, los logros psicosociales alcanzados por los usuarios que se encuentran ingresados en los pabellones 2 y 5 según el cronograma de actividades de rehabilitación implementado actualmente en el HPJDFV.

IV. Planteamiento del problema

El Hospital atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle”, (HPJDFV), existen actividades grupales terapéuticas de rehabilitación psicosocial de los pacientes, plasmado en un cronograma de actividades diarias, como actividades de ocio, ejercicio al aire libre, pintura, lectura, musicoterapia, desarrollo de habilidades básicas de higiene, que van acompañada con la atención médica multidisciplinar en el cuidado de la salud integral del paciente internado. Actualmente han estado bajo este programa de RP grupal, 46 pacientes crónicos, con un promedio de estancia intrahospitalaria de 25 años, según los registros documentados en el expediente clínico, lo que al momento se hace necesario conocer el resultado en cuanto a los logros alcanzados de estos pacientes bajo estas terapias de RP y la evolución y mejoría según sus capacidades individuales que les permita reconocer su entorno, desarrollar comunicación social y poder realizar actividades laborales como terapia de reincorporación social.

Para conocer los resultados de la RP implementada en el HPJDFV es necesario la aplicación de una escala estandarizada, valorada en los escenarios de rehabilitación e inserción psicosocial con una alta sensibilidad y especificada para dichos propósitos, objetiva y de fácil aplicación por garantes de la salud. Por lo que se ha escogido la *Health of the Nation Outcome Scales* (HoNOS), herramienta que permite valorar la evolución clínica en el tiempo, y la autonomía de funcionamiento en el medio residencial y ocupacional del paciente, con las cuales la puntuación total representa la gravedad acumulada en la situación del paciente. Esto permitiría evidenciar la situación psiquiátrica actual del paciente y las capacidades sociales que ha logrado durante su estancia intrahospitalaria.

Pregunta de investigación:

Ante lo planteado en la caracterización y delimitación del problema, se plantea la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál son los resultados de la rehabilitación psicosocial según la evaluación a través de la escala HoNOS de los pacientes psiquiátricos crónicos del Hospital Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle” durante el período 2019-2021?

Preguntas de sistematización:

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas y clínicas con las que fueron ingresados en los pabellones de crónicos en el hospital psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle” en el período de estudio?
2. ¿Cuáles son las estrategias de rehabilitación psicosocial utilizadas en los pacientes ingresados en los pabellones crónicos del hospital psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle” durante su estancia hospitalaria?
3. ¿Cuál es la recuperación clínica según la escala HoNOS de los pacientes con ingresados en pabellón 2 y 5 del hospital psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle” en el período de estudio?
4. ¿Cuál es el grado de funcionabilidad adquirida para las habilidades básicas de vida, según la correlación obtenida de la Escala *Health of the Nation Outcome Scales* (HoNOS) y las actividades de rehabilitación psicosocial que son aplicadas a los pacientes de los pabellones 2 y 5 que forman parte del estudio?

V. Objetivos

Objetivo General

Determinar la recuperación clínica a través de Escala HoNOS, según las estrategias de rehabilitación psicosocial utilizadas en los pacientes con trastornos psiquiátricos crónicos con ingresos prolongados en el Hospital de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle” durante el período de enero 2019- noviembre 2021.

Objetivos Específicos

1. Identificar las características generales de los pacientes con las que fueron ingresados en los pabellones de crónicos en el Hospital de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle” durante el período de enero 2019- noviembre 2021.
2. Describir las estrategias de rehabilitación psicosocial utilizadas en los pacientes con trastornos psiquiátricos crónicos ingresados en los pabellones de crónicos en el Hospital de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle” durante su estancia hospitalaria.
3. Determinar la recuperación clínica según la escala HoNOS de los pacientes con trastornos psiquiátricos crónicos ingresados en los pabellones de crónicos en el Hospital de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle” en el período de estudio.
4. Correlacionar los resultados obtenidos de la Escala *Health of the Nation Outcome Scales* (HoNOS) según las estrategias de rehabilitación psicosocial utilizadas en los pacientes que forman parte del estudio.

VI. Marco teórico

En este acápite se abordará la rehabilitación del paciente con enfermedades mentales y las estrategias tomadas para la recuperación de los mismos. Existen diferentes estrategias de rehabilitación de los pacientes con Trastornos Mentales Severos (TMS), que va de las terapias farmacológicas, a las terapias de rehabilitación cognitiva y hoy en día en gran auge las terapias de rehabilitación psicosocial del paciente con mira a la incorporación de este en la sociedad. En esta última se enfoca esta investigación, y abordaremos las estrategias que se aplican en la rehabilitación psicosocial. (Gisbert et al., 2002)

Rehabilitación psicosocial en el paciente con trastornos mentales grave.

Concepto de Rehabilitación psicosocial

La rehabilitación se define como aquel proceso cuya meta global es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial, de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible.

La rehabilitación psicosocial ayuda a las personas con incapacidades psiquiátricas a largo plazo a incrementar su funcionamiento, de tal forma que tengan éxito y estén satisfechas en el ambiente de su elección, con la menor cantidad de intervención profesional posible. (Sandoval, 2012)

Como definición de rehabilitación, por tanto, y recogiendo aportaciones de otros autores, se puede decir que es el conjunto de actuaciones destinadas a asegurar que una persona con una discapacidad producida por una enfermedad mental grave pueda llevar a cabo las habilidades físicas, emocionales, intelectuales y sociales necesarias para vivir en la comunidad con el menor

apoyo posible por parte de los profesionales. Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial (AMRP)-2007.

Los objetivos principales de la Rehabilitación Psicosocial

Enfocada en las estrategias individualizadas y grupales. (Ministerio de trabajo y asuntos sociales.-España, 1992)

- Favorecer y posibilitar el desarrollo de todo el potencial de la persona, mediante la adquisición o recuperación de la competencia necesaria para el funcionamiento ocupacional adecuado dentro de la comunidad, en términos de normalización y calidad de vida.
- Potenciar la integración social dentro de la comunidad y con la comunidad, fomentando un funcionamiento autónomo, integrado e independiente del individuo y generando una cultura de normalización en el entorno.
- Ofrecer el seguimiento y soporte social que cada persona necesite para asegurar su mantenimiento en la comunidad de forma autónoma y normalizada.
- Prevenir o disminuir el riesgo de deterioro personal, marginalidad y/o institucionalización.

En la revisión bibliográfica realizada no se observa diferencias entre las propuestas de RPS, todas concuerdan en la reintegración del paciente, dado que esta comprobada científicamente su recuperación gradual, principalmente cuando se trabaja con la combinación de diferentes formas de recuperación clínica, orgánica y socialmente.

Herramientas de rehabilitación psicosocial

Según Monsalve, 2017, la Rehabilitación Psicosocial (RP) se basa en dos componentes y estos son la ética y la práctica que opera como un factor clave en la eficacia de los procesos de

desinstitucionalización, recuperación e inclusión social de las personas afectas por un trastorno mental grave y persistente. Para este fin se desarrollan diversas técnicas, desde técnicas específicas de desarrollo de habilidades sociales, estimulación cognitiva o psicoeducación familiar hasta otras menos específicas y de amplio espectro como el acompañamiento terapéutico o el seguimiento comunitario; y todo ello lo hace desde valores como la autonomía, la participación, la normalización y la responsabilización.

Algunos de estos valores son especialmente relevantes desde la reciente perspectiva de la recuperación, que añade a los anteriores el énfasis en la asunción por parte del interesado de la dirección de su propio proyecto vital y en la construcción de un sentido y significado de la propia vida, a la vez que da máxima relevancia al desarrollo de expectativas positivas y propicia cuantas oportunidades de empoderamiento sean posibles. Las herramientas de rehabilitación psicosocial, la OMS estipula el cumplimiento de siete componentes claves.

Tratamiento de calidad

- Orientación para la recuperación de la vida independiente
- Alojamiento
- Rehabilitación vocacional y empleo
- Ocio y tiempo libre, inclusión social
- Empoderamiento de usuarios
- Apoyo a familiares.

En un artículo publicado por Fernández-Catalina y Ballester-Pérez, presentan las diferentes estrategias elaborada de manera empírica, pero de forma organizada y planificada, orientada hacia una meta, un objetivo en el paciente. Ver Tabla 4

Como se puede observar describen paso a paso los tipos de estrategias de rehabilitación utilizadas y en qué consisten, para poder reincorporar al paciente a su vida diaria, con capacidades básicas, que le permitan desenvolverse. En si el objetivo de las estrategias de

rehabilitación psicosocial no es más que el propósito de reincorporar al individuo con *enfermedades* mentales, a su entorno familiar, comunitario, con el derecho al trabajo y la calidad de vida que se merece.

Tabla 4.

Estrategias terapéuticas que involucran la Rehabilitación Psicosocial (RP) y Rehabilitación Cognitiva (RC) en el paciente psiquiátrico según su diagnóstico.

Diagnostico	Nivel de Evidencia	Tipo de Intervención
Esquizofrenia	A	<ul style="list-style-type: none"> *Case Management/ participación en programa de continuidad de cuidados. *Terapia conductual para síntomas psicóticos, insight y adherencia a la medicación (en cualquier fase del trastorno). *Programa de habilidades sociales (según el modelo de resolución de problema). *Rehabilitación laboral (empleo con apoyo). *Psicoeducación (afectado y familia). *Intervención con las familiares. *Rehabilitación cognitiva. *Entrenamiento en actividades de la vida diaria.
	B	<ul style="list-style-type: none"> *Intervenciones en el entorno (atención comunitaria). *Programas de atención temprana.
Diagnostico	Nivel de Evidencia	Tipo de intervención
T. Bipolar	A	<ul style="list-style-type: none"> *Psicoeducación con afectado. *Participación en programas de continuidad de cuidados.
	B	<ul style="list-style-type: none"> *Psicoeducación con la familia *abordajes cognitivos-conductuales. *Terapia interpersonal y de ritmos sociales.
T. Límite de la Personalidad	A	
	B	<ul style="list-style-type: none"> *Terapia Conductual Dialéctica. *<i>Mentalisation-based therapy</i>
TMG	A	<ul style="list-style-type: none"> * Programas psicoeducativos: para afectados y familiares *Programa de empleo y empleo protegido a aquellos que quieran recuperar ese rol. *En personas con TMG + personas sin hogar: intervenciones psicosociales y alojamiento

B	<ul style="list-style-type: none"> *Terapia cognitiva conductual: Entrenamiento en habilidades sociales. *Programa de rehabilitación cognitiva. *Intervención familiar: Formato unifamiliar, entre 6 meses y/o al menos 10 sesiones. *Programa de empleo + rehabilitación cognitiva en pacientes que hayan tenido historia previa de fracaso laboral *Programa de tratamiento asertivo comunitario en aquellas personas con alto riesgo de reingreso o crisis social. *En persona con TMG + Consumo de drogas programas psicosociales y tratamiento de droga en paralelo *En personas con TMG + nivel intelectual bajo: Terapia Cognitivo - Conductual adaptado.
---	---

Nota: El nivel de evidencia se refiere a los tipos de referencias y métodos investigativos para extraer la información de los tratamientos al paciente psiquiátrico. Extraída de (Fernández-Catalina & Ballesteros-Pérez, 2019) - España-

Actualmente en a nivel internacional se aplica la Rehabilitación Psicosocial y la Rehabilitación cognitiva en dependencia del diagnóstico del paciente y la complejidad del trastorno mental que esté presente, crear un plan de actividades enfocadas en la interacción social, pero con mayor énfasis en las rehabilitaciones laborales, que van de acuerdo con las habilidades del paciente, sin llegar a sobre pasar la capacidad de este, para no generar sentimientos de fracaso. En cada plan desarrollado se hace el control y evaluación de los mismos semanalmente y en el caso se combinan las estrategias con tratamientos farmacológicos, el control clínico es continuo en dependencia siempre de la clínica del paciente.

Hospital Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle” (HPJDFV), se trabaja bajo cronogramas de actividades que involucran diferentes enfoques multiterapéuticos

Tabla 5.			
<i>Terapias que forman parte de la RPS de los pacientes del HPJDFV.</i>			
1. Terapia laboral	Jardinería		
	Enseñanza	ocupacional	(manualidades,

	jardinería) Trabajo en campo Cuidado de la habitación
2. Educación física	Deporte en cancha Ejercicios de estiramiento Caminata
3. Terapia de lectura (Neurocognitiva)	Cuentos Revistas Lectura en grupo Lecturas compartidas Libros de historias
4. Musicoterapia	Relajación Meditación Cantar (pueden crear sus propias canciones y cantarlas)
5. Psicodanza	Bailes de salsa Danza de relajación
6. Terapia educativa	Charlas psicoeducacionales para pacientes y familiares, en lo que respecta a los diferentes trastornos de salud mental, manejo, evolución y pronóstico.

Fuente: Archivos del HPJFV

Según la OMS y OPS, los planes a cumplir deben involucrar programas individualizados (PIR) según la complicación clínica del paciente y características biopsicosociales, dado que un paciente de la tercera edad no responderá igual a un adulto joven, los niveles cognitivos y disposición físicas difieren y deben de tomarse en cuenta al momento de crear los planes grupales y programas individualizados.

Los logros obtenidos en las asociaciones formadas en España tomados como ejemplo en este contexto de investigación, ya que son una de las entidades más desarrollada des la perspectivas de normas, protocolos y centro de rehabilitación psicosocial con red comunitaria en toda la región como es la “Asociación de Allegados y Personas con Enfermedad Mental de Córdoba” incorpora agrupaciones de padres, familiares, amigos de personas con enfermedades mentales, las cuales se integran a organizaciones estructuradas como: confederaciones, consejos,

asociaciones, comisiones técnicas, que les permite fortalecer sus experiencias y con apoyos económicos de los gobiernos de cada provincia logran dar atención y seguimiento ambulatorios para reincorporación del paciente a la sociedad, libres de prejuicios o estigmas, hacia las personas con enfermedades mentales. En la experiencia adquirida en esta asociación presentan las siguientes consideraciones. (ASAENEC-Córdoba-España-, 2016)

Tabla 6.

Consideraciones a tener en cuenta al momento de la planificación de la RP.

<ul style="list-style-type: none"> • Programa Individualizado de Rehabilitación (PIRR): 	Plan de evaluación y tratamiento personalizado e individualizado con resultados objetivos, específicos y medibles (cuantitativos y cualitativos). Cada persona usuaria tiene un tutor/a asignado como responsable directo de su seguimiento. (Quintana Castellano, 2019)
<ul style="list-style-type: none"> • Las personas usuarias son las protagonistas de su recuperación: 	Son el centro, y son los que deciden, con la orientación permanente del equipo técnico, qué quieren hacer con la rehabilitación y qué objetivos desean obtener. Escuchar y atender las opiniones y trabajar con estas en pie de igualdad en lo referente a su atención.
<ul style="list-style-type: none"> • Autonomía y Autoconcepto: 	Con esto se logra que los colectivos aumenten su autonomía y normalización en la sociedad, así como su lucha contra el estigma desde dentro (propia persona) hacia fuera (sociedad).
<ul style="list-style-type: none"> • Actitud positiva, abierta y flexible 	Por parte de los/as profesionales, de los/as usuarios/as y de su entorno en las posibilidades y potencialidades de su desarrollo y en todo el proceso de su recuperación.
<ul style="list-style-type: none"> • Intervención Multidisciplinario : 	Se trabaja en tres dimensiones básicas y esenciales en las personas que sufren una enfermedad mental (Social, Mental-Emocional y Física) psicoterapéuticas tanto en grupo como individualmente mediante actividades de rehabilitación y psicoterapéuticas tanto en grupo como individualmente.

- Capacidad de la persona Mejorar los déficits y potenciar las capacidades de cada persona.

- Orientación a semejantes Utilizar la ejecución de las intervenciones, el trabajo y el apoyo de personas en situación similar, que a través de la escucha activa, intercambio de experiencias comunes y el apoyo facilita la recuperación de otras personas con enfermedad mental.

- Psicoeducación Orientar, apoyar y enseñar a los familiares y allegados a afrontar las dificultades diarias que mediante programas psicoeducacionales y terapéuticos especializados, siempre que la persona usuaria decida que sus familiares directos participen en genera la convivencia con la enfermedad mental su propio proceso de rehabilitación y recuperación.

Nota: Según las referencias consultadas se sugieren se debe crear RP, según el caso clínico del paciente, y cuando pueden ser grupales o individualizadas. Adaptada de (ASAENEC-Córdoba-España-, 2016)

Rehabilitación Psicosocial Individualizada (PIR)

Generalmente en los países con políticas de RP para el paciente crónico, cuenta con programas de rehabilitación, lo que les permite ofrecer un abanico de posibilidades, para conseguir los objetivos propuestos en el Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR). Se trata de elegir conjuntamente, al paciente y al profesional de referencia (coordinados con el equipo interdisciplinar y la familia cuando sea necesario), aquellos programas de rehabilitación (medios) que aseguren el cumplimiento de los objetivos (fines) del modo más eficiente.

Por ejemplo, para que una persona con esquizofrenia pueda entrar en un programa de rehabilitación, previamente el profesional de referencia deberá indicar al responsable del grupo los objetivos individualizados que se pretenden con esa persona (de este modo se puede valorar el funcionamiento del sujeto en el grupo y valorar cuándo procede su salida del mismo). No

todos los usuarios deben pasar por todos los programas, sino sólo por aquellos que se consideren necesarios para su caso, ejemplo se puede iniciar un PIR con psicoeducación, seguido con terapia ocupacional, se coordina con el familiar o trabajador social o terapeuta el seguimiento y observación de los logros que alcanza el paciente en el tiempo establecido para ver los primeros resultados. Posterior a esto se hace la evaluación del progreso cognitivo y funcional del proceso terapéutico para la toma de decisión, de si continuar con la misma terapia o hacer cambio hacia otro programa de RP. (Silveira et al., 2016)

En esta experiencia compartida con los familiares del paciente crónico, demuestran que la organización permite la RP es compleja y ambiciosa porque abarca muchos diferentes sectores y niveles, desde los hospitales mentales a los hogares y los lugares de trabajo. De hecho, abarca a la sociedad en su conjunto. Sin embargo, es una parte esencial e integral del manejo general de las personas discapacitadas por trastornos mentales. Esto involucra vincular a pacientes, profesionales, familias, empresarios, gestores y administradores de servicios comunitarios, y la comunidad misma en su conjunto.

La complejidad organizativa y la responsabilidad del estado y la sociedad frente a las discapacidades mentales son un reto en Nicaragua, donde aún el sistema de salud, requiere reestructuraciones y evaluaciones continuas de los programas de atención a la salud mental, presupuestos asignados a las estructuras físicas, herramientas y materiales necesarios para la ejecución de las diferentes terapias, la organización de redes principalmente con la seguridad social, la OMPS/OPS y organismos especializados en la atención en pro de prevenir, curar o mejora la situación del paciente.

El significado de RP no plantea un esquema de atención estándar, debe ser tomando en cuenta las características geográficas, culturales, económicas, políticas, sociales y organizativas

del sistema de vigilancia. A su vez se plantea dentro de la vigilancia los controles y valoraciones de los logros obtenidos con los diferentes abordajes y seguimiento al paciente con TMG, se determinan con el cumplimiento de los objetivos y metas planteadas para el paciente, la valoración clínica, que a medida que avanza permite integrar cada vez más al paciente a actividades de mayor responsabilidad. (Quintana Castellano, 2019)

En conclusión, el desarrollo de programas de rehabilitación psicosocial ha establecido elementos que pueden hoy orientar el trabajo de todos aquellos que ayudan a personas con enfermedades mentales severas a alcanzar el más alto nivel de integración psicosocial posible superando así impedimentos y desventajas.

- Cualquier trabajo de rehabilitación debe estar insertado en un programa.
- Todo programa debe tener su filosofía
- Toda persona en rehabilitación debe tener su plan especificado.
- Todo plan se inicia con un diagnóstico.
- Los objetivos y metas del plan se toman en conjunto con el usuario (y familia u otros significativos).
- El plan puede contener medidas que involucran al individuo o al ambiente o a ambos.
- Todo plan es revisado y eventualmente reformado en forma periódica con la participación del usuario.
- El trabajo juega un papel insustituible en la rehabilitación psicosocial. Existen muchas dificultades desde el contexto sociocultural que limitan a veces en forma insuperable las alternativas reales de reinserción laboral de los enfermos mentales severos.
- La rehabilitación vocacional ha establecido que la mejor opción es el trabajo con apoyo (cuyo eje es la reinserción precoz).

- Los programas de rehabilitación deben disponer de alternativas residenciales con las cuales responder a las necesidades de los usuarios.
- La rehabilitación se establece sobre la base de tratamientos psicofarmacológicos entre los cuales los nuevos neurolépticos han mostrado tener ventajas por sobre los tradicionales favoreciendo la adherencia y la participación activa de los pacientes.

Evaluación de rehabilitación psicosocial.

Los resultados de las herramientas de rehabilitación psicosocial provienen de estudios de casos particulares, de hechos concretos, con el análisis de los involucrados en el proceso, el cual, desde una amplia visión puedan tomarse decisiones y de allí, procedan recomendaciones para mejorar la atención, el cuidado y acompañamiento a los pacientes.

En la revisión bibliográfica no se logró documentación de reporte o informes sobre la evaluación de la RP en la experiencia del HPJDFV, en los expedientes de los pacientes en estudio se encontró algunos apuntes de actividades grupales de terapias de danza, lectura, dibujo o juegos, pero las metas y objetivo logrados de un plan estructurado individualizado para determinado paciente, con visión a una recuperación psicosocial ocupacional, por ejemplo, no fue trazable.

En el caso de la revisión bibliográfica internacional la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)” y la “Guía Latinoamericana de Diagnostico Psiquiátrico (GLADP)”, recomiendan las evaluaciones continuas según los abordajes y seguimiento del paciente, tanto de la situación neuro-conductual, como de los estados físicos y patológicos del paciente. Por ejemplo, en la GLADP, en la página 322 presentan los formatos a crear para estas valoraciones, como deber de la salud integral del paciente y lógicamente verificar la efectividad de la RP, RC, y la terapia farmacológica aplicada.

La AEN señala que la evaluación en rehabilitación psicosocial diverge del tradicional diagnóstico psiquiátrico en cuanto a sus objetivos, procesos y herramientas. El diagnóstico psiquiátrico se centra en las condiciones patológicas y en el desarrollo de los síntomas, la evaluación en rehabilitación en las habilidades y los recursos que la persona necesita para conseguir sus objetivos. (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2003).

Tabla 7.

Características principales a evaluar la rehabilitación psicosocial.

Evaluación del funcionamiento de la persona	Se evalúa la capacidades y deterioros del sujeto y no en los síntomas (no usar un enfoque nosográfico).
Jerarquizar la evaluación en distintos niveles:	Cribado: primer nivel de análisis Evaluaciones conductuales exhaustivas, avanzando de lo general a lo particular y específico.
Evaluación continua	Durante la rehabilitación, adecuando la intervención a los cambios producidos en la dialéctica sujeto y el ambiente.
Incluir la perspectiva del usuario	Reflejar los intereses del paciente, la experiencia subjetiva, la opinión sobre sus déficits y capacidades, quejas, demandas, aspiraciones y objetivos, etc.
La carga del sujeto	Evaluar el tipo de carga que se le impone al paciente y hacer observaciones directas, realizar evaluaciones indirectas, utilizar fuentes de información con personas del entorno del paciente.
Utilidad de los datos de la evaluación	Una forma de hacerlo es incorporando a los usuarios en el proceso de desarrollo de instrumentos y de evaluación
Las relaciones funcionales:	Las relaciones entre las variables no son siempre lineales, por ello es necesario considerar detenidamente la naturaleza de las relaciones funcionales entre las distintas variables del campo.
La actitud del evaluador	Debe ser activa, neutral, o aséptica respecto a «lo evaluado», porque evaluar requiere la construcción de un «juicio crítico».

Los resultados de la evaluación	Interpretar de forma distinta según la persona evaluada, en función del ajuste pre mórbido, de lo que era antes el sujeto, de lo que llegó a ser, del contexto social, de las aspiraciones, motivaciones, momento evolutivo, etc.
---------------------------------	---

Nota: Las mejores recomendaciones y organizaciones psiquiátricas de España han elaborado los mejores sistemas organizados en las RP (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2003). Pág. 63

En el caso de la GLADP-2017, presenta una evaluación integral del paciente desde la captación de este, presenta criterios de la entrevista clínica, diagnóstico nosológico, control de enfermedades crónicas metabólicas, enfermedades neurológicas, y lógicamente lo relacionado a la enfermedad mental en cada una de la clasificación realizada por la CIE-10. En los anexos del documento presenta los instrumentos de evaluación que inicia de:

1. Índice de Calidad de Vida
2. Tarjeta para Mejorar la Salud
3. Cuestionario de la Formulación Idiográfica
4. Cuestionario sobre identidad, experiencias y expectativas sobre la salud

Si el HPJDFV tomara como referencia ambas formas de evaluación de la AEN y la GLADP-2017, permitirían una guía para la elaboración de los planes de rehabilitación individualizados para el paciente crónico, con metas y objetivos definidos hacia la rehabilitación psicosocial.

La Secretaria de salud de México, (Muñoz García & Manzano Callejo, 2010), presenta un esquema que permitiría desarrollar un sistema articulado para potencializar los centros de atención a la salud mental, incluye los programas de capacitación al personal especializado, dado que el paciente no debe verse como parte de una obra social en Nicaragua, sino como un ser humano, con el derecho de rehabilitarse y tener una calidad de vida en el entorno familiar. En cuanto a la evaluación de la recuperación del paciente, que han sido parte de la RPS se ofrecen

un sin número de instrumentos validados y certificados por asociaciones de expertos (escalas y cuestionarios), llevando al frente a España, México y países latinoamericanos como Chile, Colombia, Uruguay, Ecuador, no se encontró documentos que articulen a Nicaragua con estos países, ni publicaciones nacionales relacionadas a instrumentos de evaluación del programa de RP implementada en el HPJDFV.

Para la implementación de un programa de rehabilitación e inserción psicosocial ya sea en grupo o individualizado, se requiere como punto de partida tener el dominio de diferentes conceptos, criterios y métodos que permitan diseñar estrategias bien definidas y dirigidas a la obtención de resultados de evolución clínica a corto, mediano y largo plazo, que van en dependencia de las características biopsicosociales que presenta el usuario, a continuación, se presentan algunos de estos, basándonos en CIE-10, como base para el estudio y diagnóstico de los trastorno de salud mental según el MINSA de Nicaragua.

Trastornos Mentales Graves (TMG)

En la década de los 80 y 90 se utilizó en el ámbito clínico el término de paciente mental crónico, donde la palabra cronicidad generaba claramente las connotaciones negativas y estigmatizantes, razón por la que la literatura especializada viene utilizando recientemente el término Trastorno Mental Severo (TMS), para referirse a los trastornos mentales graves de duración prolongada y que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social.

Según Girón P, et al, 2002, en el documento que redactaron dentro de la Asociación española de Neuropsiquiatras, señalan que para categorizar a estos pacientes se enfatizó en algunos casos el tipo de evolución que presenta el paciente, la edad o la duración del trastorno y el tipo de síntomas con que cursa la enfermedad. Como consecuencia es posible encontrar bajo este mismo epígrafe una gama extensa y heterogénea de pacientes con características y necesidades muy

diferentes. Por otro lado, señalan que existe un consenso generalizado acerca de la necesidad de delimitar correctamente esta población con el fin de identificar sus necesidades y poder diseñar programas de atención y soporte en la comunidad, ya que debido a la gravedad de sus trastornos y al déficit de funcionamiento social que los acompaña, debe constituir un grupo de interés prioritario para administradores y gestores, tanto de servicios sanitarios como de dispositivos sociales de apoyo.

Finalmente, después de varias revisiones se establecieron los criterios de TMS, se dejó establecida la de Ruggeri, et al, 2000, donde se, especifica que debe ser definida según: a) El diagnóstico (trastornos psicóticos y de personalidad); b) duración (superior a dos años) y c) el grado de discapacidad (Medida por escalas *Global Assessment of Functioning* (GAF) menor de 50 o afectación de la escala DAS (*Disability Assessment Schedule Short –From*) en al menos tres áreas o bien dos o más alteraciones en las siguientes áreas: empleo, vivienda, problemas con la legalidad, problemas económicos o disfunción social (puntuaciones de GAF entre 50-70). Se incluye la discapacidad funcional en las siguientes áreas: funcionamiento básico, funcionamiento social y calidad de vida) Girón P, et al, 2002

En España el Departamento de salud de la Generalitat de Cataluña, identifica la nosología de los TMS de manera continua o episódica durante dos años en adultos:

- Trastornos esquizofrénicos. Dentro de la esquizofrenia se definen diferentes subtipos (paranoide, desorganizado, catatónico, indiferenciado y residual).
- Trastorno delirante (paranoia).
- Trastornos esquizoafectivos.
- Trastorno depresivo mayor recurrente se caracteriza por presencia de varios episodios depresivos mayores.
- Trastorno bipolar.
- Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

- Agorafobia con crisis de ansiedad (graves).
- Trastornos de personalidad. Se considera el trastorno límite de la personalidad y el trastorno de personalidad esquizotípico.
- Trastornos mentales orgánicos (secundarios a traumatismo craneoencefálico, infeccioso, tumores cerebrales, drogas, etc.)

Clasificación de las patologías psiquiátricas CIE-10

Al igual que cualquier otra enfermedad, las patologías mentales también cuentan con una clasificación la lista de Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales, décima versión (CIE10) es una clasificación y codificación de enfermedades y causas de muerte publicada inicialmente por la OMS en 1992. Se utiliza principalmente para fines estadísticos y está ampliamente aceptada en todo el mundo. Se divide en diferentes categorías de enfermedades relacionadas entre sí y cada una de ellas tiene asociado un código que la identifica de manera unívoca. La codificación va de la F00 hasta la F99, Ver Tabla 1.

Tabla 1.

Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales, décima versión (CIE10)(Salud, 1995)

F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos	Demencias por alteraciones endógenas vasculares, genéticas y disfunciones meramente orgánicas.
F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas.	Trastornos generados por ingestas exógenas de sustancias psicotrópicas, alcohol, sedantes, drogas de diferentes tipos, tabaco, disolventes volátiles.
F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.	Relacionada a origen genéticos y el mecanismo neuroquímico, con hipótesis dopaminérgica asociada a este neuro trasmisor. Aún en estudio. (Jerónimo et al., 2010)

F30-39 Trastornos del humor (afectivos)	Agrupar la depresión y bipolaridad, se asocian a cambios químicos como la hipofunción serotoninérgica (5TH) y catecolaminérgica que genera reducción de la activación del sistema nervioso central.(OMS, 2000)
F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.	La clínica se limita a la reacción aguda, al estrés, al trastorno por estrés posttraumático y a la somatización crónica. Deliroides y no deliroides.(OMS, 2000)
F50-59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.	Presentan manifestaciones orgánicas pueden ser de dos tipos: Sin lesiones en los tejidos disfunción fisiológica propiciada por factores mentales y las que se presentan con lesiones en los tejidos, debiendo llevar asociado una enfermedad física asociada. Ejemplo. Desórdenes alimenticios, anorexia, etc. (Minsiterio de Sanidad política social e igualdad, 2011)
F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.	Representan desviaciones de las pautas habituales de comportamiento, así como de la manera de relacionarse con los demás, percibir o pensar en una cultura determinada. Tienden a abarcar aspectos múltiples de las funciones psicológicas y del comportamiento.
F70-79 Retraso mental.	Se manifiesta por el déficit intelectual irreversible del órgano afectado –el cerebro–, y del tipo de factores causantes: herencia, causas genéticas y causas adquiridas precozmente. Involucra afectaciones biológica, psicológica, pedagógica y social (Otero Ojeda, 1976)
F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico.	Deterioro o retraso del desarrollo de las funciones que están íntimamente relacionadas con la maduración biológica del sistema nervioso central. Adquisición del lenguaje están alteradas desde estadios tempranos del desarrollo psicológico. No son directamente atribuibles ni a anomalías neurológicas o de los mecanismos del lenguaje, ni a

		deterioros sensoriales, retraso mental o factores ambientales. (Sataloff et al., 2010)
F90-98	Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.	Edad infantojuvenil (trastornos del control de esfínteres), mientras que otros tienen una evolución crónica, aunque se inicien en la edad infantil temprana (trastorno hiperactivo, trastorno generalizado del desarrollo), difícil de captar por la familia y se les asocia en el consumo de tóxicos o los trastornos de personalidad, o bien por factores hereditarios, etc. (Hervás Zúñiga et al., 2017)
F99	Trastorno mental sin especificación.	Este tipo de trastornos no están bien claros, pero se dice que están relacionados a la niñez y la adolescencia. (Asociación Psiquiátrica de América Latina/INSM, 2017)

Nota: Extraída de diferentes fuentes y <https://www.psicoadictiva.com/cie10/>

Para diagnosticar al paciente con enfermedades mentales según la clasificación de CIE-10, se requieren criterios diagnósticos de cada una de estas desde la F0 hasta la F99, para los países latinos, la Asociación Psiquiátrica de América Latina, en el 2017 publicó la Guía Latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico, la cual engloba diferentes criterios y herramientas de aporte clínico al psiquiatra y psicólogos, con el objetivo de contribuir y estandarizar estos criterios. (Asociación Psiquiátrica de América Latina/INSM, 2017)

Esto facilita que desde el momento de la captación del paciente se profile aun diagnóstico y a su vez un tratamiento que permita la rehabilitación cognitiva o psicosocial del paciente en mediano o largo plazo.

El diagnóstico permite clasificar al paciente en trastornos graves, severos, moderados y leves, con esto la intervención oportuna del caso clínico del paciente, y la valoración de ingresos hospitalarios para su rehabilitación que en la actualidad no superan los dos años, dado la eliminación de la institucionalización prolongada del paciente con enfermedades mentales, pero

sí permite abordaje de instancias hospitalarias de periodos cortos, que permitan tratar al paciente con diferentes terapias como las farmacológicas, y las intensamente estudiadas estrategias de rehabilitación psicosocial y cognitiva del paciente según sea el caso.

En el 2019 la OMS/OPS publicaron oficialmente la CIE-11 hace posible incorporar características clave basadas en la evidencia científica disponible y la práctica actual para una nosología más óptima. (OMS, 2019)

Tratamientos farmacológicos en el paciente con TMG.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), publicó en el 2010, un documento que aborta los tratamientos farmacológicos de los trastornos mentales en la atención primaria de la salud. En los cuales especifica que los psicofármacos esenciales son aquellos que satisfacen las necesidades prioritarias de la atención de salud mental de una población. Los cuales deben ser seleccionados teniendo en consideración su importancia para la salud pública, los datos probatorios de eficacia y seguridad y la rentabilidad relativa. Deben estar disponibles dentro del contexto de los sistemas de prestación de servicios de salud mental en funcionamiento, en cualquier momento, en las cantidades adecuadas, en las formas y dosis farmacéuticas apropiadas, con calidad asegurada e información adecuada, y que estos puedan estar dentro del poder adquisitivo del individuo y de la comunidad donde los sistemas de salud puedan costear. (Organización Mundial de la Salud (WHO), 2010)

La importancia del diagnóstico va acompañada con el tipo de psicofármacos esenciales que sirven para paliar los síntomas de los trastornos mentales, disminuir el curso de muchas enfermedades, reducir la discapacidad y prevenir las recaídas. En la Tabla 3 se presentan estos psicofármacos esenciales.

Tabla 2. Medicamentos esenciales para los trastornos mentales (15ª lista, marzo del 2007)

TRASTORNO PSICOTICOS:	
Clorpromazina	
Inyectable	25 mg (clorhidrato) ml
Líquido oral	25 mg (clorhidrato) 5ml
Comprimidos	100 mg (clorhidrato)
Flufenazina	
Inyectable	25 mg (decanoato o enantato)
Haloperidol	
Inyectable	5 mg
Comprimidos	2 mg; 5 mg
TRASTORNO DEPRESIVO:	
Amotriptilina	
Comprimidos	25 mg (clorhidrato)
Fluoxetina	
Capsulas o comprimidos	20 mg (presente como clorhidrato)
TRASTORNOS BIPOLARES:	
Carbamazepina	
Comprimidos (ranurados)	100 mg; 200 mg
Carbonato de litio	
Capsulas o comprimidos	300 mg
Acido valproico	
Comprimidos	200 mg; 500 mg (valproato sódico)
ANSIEDAD GENERALIZADA Y TRASTORNOS DEL SUEÑO:	
Diazepam	
Comprimidos	2 mg; 5 mg
TRASTORNOS OBSESIVOS COMPULSIVOS Y ATAQUES DE PANICO:	
Clomipramida	
Capsulas	10 mg; 25 mg (clorhidrato)
MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN PROGRAMAS DE TRATAMIENTO DE DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS	
Metadona	
Concentrado para líquido oral	5 mg/ml: 10 mg/ml
Líquido oral	5 mg/5ml: 10 mg/5 ml
Buprenorfina	
Comprimidos sublinguales.	2 mg; 8 mg

Nota: Extraído de (Organización Mundial de la Salud (WHO), 2010) (pág. 3)

Cada uno de estos ampliamente utilizados en el sistema de salud nacional con venta controlada bajo receta médica, y en los hospitales o bien centros de asistencia al paciente con alteraciones mentales, son fármacos institucionales, en la Tabla 3 se presentan los de uso nacional.

Tabla 3.

Fármacos de uso para la salud mental aprobados por el Ministerio de Salud de Nicaragua. (Acuerdo ministerial N° 13-98)

- Fenotiazinas de tres tipos distintos: Clorpromazina, Levopromacina, Trifluoroperacina
- Piperidínicas: la Tioridazina, Periciazina. (fenotiazinas menos potentes)
- Piperazínicas: Trifluoperazina
- Butirofenonas. Ej.: Haloperidol: Poca actividad adrenérgica o muscarínica. Su presentación farmacéutica es de liberación lenta.
- Tioxantenos. Ej.: Tiotixeno.
- Dibenzodiazepinas nuevos: Pocos efectos extrapiramidales, su acción es antagónica; predominantemente sobre los receptores 5HT₂. Ej.: Clozapina, Olanzapina, Clotiapina, Quetiapina.
- Bencisoxazoles: Producen mínima sedación y tienen bajo riesgo de efectos extrapiramidales. Ej.: Risperidona.

Nota: Esta información se obtuvo de la página web del MINSA-Nicaragua,

[http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/\(\\$All\)/B895913135B5A09206257210005BBB9](http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/($All)/B895913135B5A09206257210005BBB9)

7

Tratamiento terapéutico antipsicóticos

Generalmente las esquizofrenias con síntomas psicóticos como ilusiones, alucinaciones, conducta extraña, ideas no estructuradas, bloqueo en el curso del pensamiento, empobrecimiento del lenguaje, abundancia de neologismos, incoherencia y asociaciones de divagación del pensamiento pueden ser eficazmente tratadas con medicamentos antipsicóticos. Y una vez aplicados deben de ser controlados los pacientes cada 6 a 8 semanas de su tratamiento, para

periodos agudos y después regular su periodo a largo plazo. En los tratamientos antipsicóticos se recomienda que en ancianos usar la mitad o un tercio de la dosis del adulto. (Organización Mundial de la Salud (WHO), 2010)

En general, no existe cura para estas enfermedades, pero el tratamiento reduce la intensidad y frecuencia de los síntomas. La medicación y los factores psicosociales en algunos casos pueden conseguir una buena calidad de vida.

La selección de un determinado fármaco antipsicótico depende del grado de sedación que se quiera conseguir y de la susceptibilidad del paciente frente a los efectos adversos extrapiramidales.

Algunos de los efectos adversos son las: náuseas y vómitos, corea, tics motores e hipo intratable, agitación psicomotora y, en los ancianos, agitación y nerviosismo. (Morillas Fernández et al., 2018)

Tratamiento terapéutico antidepresivos:

Los antidepresivos son eficaces en aproximadamente 60% de los pacientes, aunque más de 30% responden a un placebo. Los antidepresivos pueden tardar de 6 a 8 semanas en ejercer su efecto terapéutico completo. (Organización Mundial de la Salud (WHO), 2010)

En la prescripción del antidepresivo debe tenerse en consideraciones diferentes aspectos clínicos del paciente para poder elegir el más apropiado, la OMS recomienda:

1. El uso de la Lista de Medicamentos Esenciales (LME) de la OMS, dado que cuenta con los medicamentos más seguros, eficaces y rentables.
2. Tener en cuenta los antecedentes de la respuesta antidepresiva: en el caso sea intolerante a determinado antidepresivo no recetarlo y buscar uno que no genere reacciones severas en el paciente.

3. Dentro del historial clínico tomar en cuenta las enfermedades concomitantes: si un paciente tiene problemas médicos específicos, habrá medicamentos que será mejor evitar (por ejemplo, la amitriptilina debe evitarse en pacientes adultos mayores con problemas cardíacos cuando no se puedan hacer electrocardiogramas periódicamente; la venlafaxina debe recetarse con precaución a los pacientes con hipertensión);
4. La repercusión real de las reacciones adversas: debe tenerse en cuenta la repercusión subjetiva de los efectos secundarios (por ejemplo, la importancia de las disfunciones sexuales varía según se trate de hombres o mujeres y entre los diferentes grupos de edad);
5. Otro de los factores es el poder adquisitivo del paciente respecto a las repercusiones en los costos o bien si en el país se comercializa el fármaco o bien si el sistema sanitario lo tiene en su lista básica.
6. Importante consideración los fármacos nuevos o antiguos: por lo general, es prudente recetar los medicamentos conocidos, pues el conjunto de efectos secundarios de los medicamentos nuevos no se conoce hasta al cabo de algunos años de estar usándolos.

En la rehabilitación del paciente en periodos de crisis agudas existe una serie de consideraciones del médico tratante que en su experiencia debe escudriñar, hasta lograr la certeza más próxima para ser efectivo con el tratamiento del paciente en especial con el adulto mayor.

Reacciones adversas más frecuentes: por su acción anticolinérgica, las más frecuentes son: sequedad de boca, sedación, visión borrosa (glaucoma, trastornos de la acomodación), estreñimiento y retención urinaria. Otros: somnolencia, hipotensión ortostática y taquicardia (especialmente en ancianos), temblores musculares, nerviosismo o inquietud, síndrome Parkinsoniano, arritmia cardíaca, depresión miocárdica, cambios en el ECG, disfunción sexual. (Quintana Rodriguez & Velazco Fajardo, 2018)

Tratamiento terapéutico de los trastornos bipolares

El trastorno bipolar (o trastorno bipolar afectivo o enfermedad maníaco-depresiva) es un trastorno caracterizado por la presencia de episodios de manía y depresión mayor (depresión bipolar). Generalmente categorizado en episodio maníaco, es una enfermedad con clínica caracterizada por una exaltación persistente del estado de ánimo, un aumento de la vitalidad y de la actividad. Se debe distinguir si los síntomas maníacos están causados por enfermedades, debe tratarse la enfermedad subyacente y administrar el tratamiento psiquiátrico coadyuvante para los problemas de conducta. Si los síntomas maníacos están causados por el abuso de sustancias, puede ser necesaria una desintoxicación.

El tratamiento farmacológico puede ser con antipsicótico y uno de los medicamentos antimaníacos muy eficaces en el tratamiento a corto plazo de la manía es el valproato. En los episodios maníacos menos graves, puede plantearse la administración de litio ya que el comienzo de la acción es más lento que con antipsicóticos o valproato. En el caso de los pacientes agitados e hiperactivos, se puede pensar en la posibilidad de un tratamiento coadyuvante a corto plazo con una benzodiazepina, como el diazepam. Se recomienda también realizar otras pruebas de seguimiento, como un electrocardiograma (obligatorio en algunos de países para antipsicóticos específicos, por ejemplo, el haloperidol), recuento sanguíneo completo, análisis de urea y electrólitos, pruebas de la función renal y hepática, glucemia, patrón lipídico y prolactina. (Organización Mundial de la Salud (WHO), 2010)

El uso de ácido valproico causa una amplia gama de reacciones adversas: dolor gastrointestinal, elevación benigna de las transaminasas, temblor y sedación. Los pacientes con enfermedades hepáticas pueden tener mayor riesgo de hepatotoxicidad. Con menor frecuencia se puede producir leucopenia asintomática y leve y trombopenia, que son reversibles una vez

suspendido el medicamento. Entre las reacciones adversas raras, idiosincráticas, potencialmente mortales se incluye la insuficiencia hepática irreversible, la pancreatitis y la agranulocitosis hemorrágica. (Organización Mundial de la Salud (WHO), 2010)

Tratamiento terapéutico en los trastornos obsesivo-compulsivos y los ataques de pánico

La característica esencial del trastorno obsesivo-compulsivo es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes. Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del paciente, de una forma estereotipada. Los trastornos obsesivo-compulsivos y de pánico a menudo comienzan en la adolescencia tardía hasta la mitad de la treintena. Las intervenciones psicológicas, como los tratamientos cognitivo-conductuales, son eficaces en pacientes con trastornos obsesivo-compulsivos y de pánico.

Generalmente el tratamiento que se suministran son antidepresivos durante un año, en una dosis que puede reducirse hasta el 50% de la utilizada durante el episodio agudo. Cuando se interrumpe el tratamiento, pueden producirse síntomas de abstinencia. En el caso de suministrar benzodiazepinas, estas no deben administrarse durante más de 4 semanas, ya que el uso prolongado puede inducir dependencia y síntomas de abstinencia. Para dar de alta de la benzodiazepina debe disminuir progresivamente la administración hasta retirar el tratamiento. También se pueden tratar con clomipramina, en dosis de inicio: 10-25 mg/día por vía oral y dosis terapéutica: 150-200 mg/día por vía oral. (OMS, 2000)

Los efectos adversos frecuentes de la clomipramina: sequedad de boca, estreñimiento, retención urinaria, visión borrosa y trastornos de la acomodación, aumento de la presión intraocular, hipertermia, somnolencia y aumento del apetito con el consecuente aumento de peso. Los efectos adversos cardiovasculares pueden incluir hipotensión ortostática y taquicardia.

Además, se ha notificado cefalea, temblor y ataxia. Efectos adversos graves: confusión o delirio, manía o hipomanía, trastornos conductuales, disfunción sexual, alteraciones de la glucemia, hiponatremia asociada a la secreción inadecuada de la hormona antidiurética.

En el caso de la benzodiazepina, esta no se debe administrar durante más de 4 semanas, ya que el uso prolongado puede inducir dependencia y síntomas de abstinencia. Al suspender el tratamiento, se debe disminuir progresivamente su administración. (Organización Mundial de la Salud (WHO))

Entre los documentos de evaluación de la RP, se encuentran las escalas y cuestionarios que permiten evaluar la recuperación del paciente con TMG en países extranjeros. Ver Tabla 8.

Todas estas escalas han venido sufriendo revisiones y reestructuración, o bien se combinan unas con otras o se validan haciendo estudios comparativos entre una escala y otra, en fin, de evaluar la recuperación del paciente con TMG y una de las más completa según los especialistas es la Escala HoNOS, un instrumento, desarrollado por los investigadores del *Royal College* en el marco del *Proyecto Health of the Nation* del departamento de Salud Británico. Se estructuró a partir de un conjunto de escalas diseñadas para medir los diversos problemas físicos, personales y sociales asociados a la enfermedad mental, que los profesionales de la Salud Mental pueden utilizar de forma rutinaria y en un contexto clínico, sin problema alguno.

La escala HoNOS está estructurada con 12 ítems que cubren un área psicosocial amplia. Tiene una puntuación máxima de 48 puntos; a mayor puntuación, mayor gravedad. Los ítems 1-8, y la evolución de su puntuación a lo largo del tiempo en relación con otras variables clínicas, aportan un registro de la evolución clínica, esto significa evaluar al paciente directa o indirectamente. Los ítems 9-12 miden la autonomía de funcionamiento en el medio residencial y ocupacional del paciente. (Buckingham et al., 2000), Ver Anexo 2-

La escala HoNOS es una herramienta que puede implementarse en el HPJDFV, cada *ítem* puede ser valorado por individual, o bien aplicar toda la escala para el reconocimiento del problema más prevalente en el paciente, valorar la condición actual del paciente, su situación clínica y psicosocial, identificar si hay pacientes que puedan ser candidatos de un programa de rehabilitación psicosocial individualizado, que les permita capacidades ocupacionales, funcionales básicas en la independencia de sus actividades cotidianas. (López Ortín, 2018)

Tabla 8. Instrumentos de evaluación de rehabilitación psicosocial. (Casas et al., 2010)

Nombre de la escala	Objetivo	Evaluación
Escala Schizophrenia outcomes module (SCHIZOM) Fischer EP et al. 1996 http://measurementexperts.org/instrument/instrument_reviews.asp?detail=73 . Obtenido el 4 de abril de 2007.	Es una entrevista semiestructurada Existen tres versiones Evalúa	Evalúa proceso y déficits asociados a la esquizofrenia a lo largo del tiempo a) Línea base usuario, b) línea base informador y c) seguimiento. <ul style="list-style-type: none"> • Ajuste previo a la enfermedad, • Historia familiar de enfermedad mental, • Síntomas recientes, • Funcionamiento cognitivo • Actividades de ocio • Actividades instrumentales de la vida diaria • Actividades sociales, vivienda • Actividad educativa • Actividad laboral • Abuso de sustancias • Problemas legales • Violencia y suicidio • Adherencia a la medicación • Adherencia a la intervención psicosocial • Apoyo familiar • Uso de servicios
	Los componentes del tratamiento Exquizofrenia	Funcionamiento general introduciendo su evaluación con la escala de calidad de vida SF-36 Estado clínico, funcionamiento social, satisfacción vital y sensación de bienestar y bienestar en la comunidad
Escala Rehabilitation Evaluation of Hall and Baker (REHAB) - 1988 <i>Baker R, Hall J. REHAB: A new assessment instrument for chronic psychiatric patients. Schizophrenia Bulletin 1988; 14 (1), 97-111</i>	Para pacientes institucionalizadas : Identificar pacientes institucionalizados Permite planificar REHAB está formada por 23 ítems en total que conforman dos subescalas	También puede ser usada para evaluar pacientes que viven en el hospital, que asisten a un centro de rehabilitación psicosocial o que viven en casas residenciales. con potencial para vivir en la comunidad, realizar una medida general de la discapacidad en grupos de pacientes con problemas similares, ayudando por tanto para la composición de unidades, Es una herramienta que permite generar: <ul style="list-style-type: none"> • programa de rehabilitación • establecer una línea base • evaluar los cambios en la conducta del usuario en un tiempo dado • detectar las áreas más significativas de intervención. La escala de conductas, que evalúa la frecuencia de conductas difíciles o perturbadoras <ul style="list-style-type: none"> • Incontinencia, • Abuso verbal y físico, • Auto agresión, • Conducta sexual escandalosa, • Salidas no previstas y • Hablar o reír a gritos
Escala Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS)- 1998 <i>Wing JK et al. Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): Research and development. British Journal of Psychiatry 1998; 172: 11-18.</i>	Es un instrumento de evaluación clínica. Puede ser utilizado por diferentes profesionales: Estructura de la escala HoNOS Limitaciones de la Escala HoNOS	<ul style="list-style-type: none"> • Está constituida por un conjunto de escalas diseñadas para medir todo el rango de problemas físicos, personales y sociales asociados a la enfermedad mental. • Diseñada para la evaluación de adultos en contacto con servicios de asistencia secundaria y terciaria de Salud Mental. Por profesionales de psiquiatras, psicólogos, personal de enfermería y trabajadores sociales. Contiene 12 ítems que abarcan cuatro áreas: <ul style="list-style-type: none"> • Problemas conductuales (agresividad, auto agresión, uso de sustancias), • Deterioro (disfunción cognitiva y discapacidad física), • Problemas clínicos (depresión, alucinaciones, ideas delirantes y otros síntomas) • Problemas sociales (funcionamiento general, alojamiento y problemas ocupacionales). Las desventajas se centran en: <ul style="list-style-type: none"> • no se debe usar en la atención primaria • no se concibió específicamente para evaluar costes, • estadísticas de dispositivos asistenciales, • uso del tiempo de los profesionales, • puede emplearse como parte de la evaluación de estos aspectos si se utiliza combinado con otras herramientas.

Nota: La tabla se elaboró con fines para esta investigación, tomando la información de (Casas et al., 2010) pág. 3.

Escala Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS)

La escala fue diseñada para medir los diversos problemas físicos, personales y sociales asociados a la enfermedad mental y se muestra como un instrumento útil para medir progreso, cambio o evolución, sensible a la mejoría, el deterioro o la ausencia de cambio a lo largo del

tiempo, constituida por un conjunto de escalas diseñadas para medir todo el rango de problemas físicos, personales y sociales asociados a la enfermedad mental, utilizables por profesionales de la Salud Mental de forma rutinaria y en un contexto clínico, permitiendo medir a su vez la evolución clínica de los pacientes. (Buckingham et al., 2000) Ver Tabla 9

Como se mencionó anteriormente la HoNOS ha sido diseñada para utilizarse con pacientes con trastornos mentales de los servicios de salud mental de segundo y tercer nivel, con una amplia gama de diagnósticos y servicios de atención: ambulatorio, de internación psiquiátrica, residencial. Otros estudios encontraron poca utilidad para evaluar a pacientes atendidos en los servicios de psicoterapia que presentan patologías menos severas. (Dogmanas, 2014)

La escala HoNOS se originó para los servicios de salud mental de adultos, en edad laboral, de 18 a 64 años inclusive. Frente a la necesidad de la adecuación para otros grupos etarios, principalmente niños y adolescentes se desarrollaron otras versiones:

1. HoNOS CA (versión para niños y adolescentes);
2. HoNOS 65+ (versión para adultos mayores).
3. HoNOS-secure (para servicios forenses)
4. HoNOS-LD para personas con discapacidad intelectual
5. HoNOS-ABI para personas con daño cerebral adquirido
6. HoNOS Otras modificaciones de la se produjeron en una versión de auto informe en el marco del paradigma de recuperación.

La Escala HoNOS original, es simple de usar y en general aceptable clínicamente; cubre una amplia gama de problemas clínicos y disfunciones sociales; es sensible al cambio o la falta de él a lo largo del tiempo; posee aceptable confiabilidad y es compatible con instrumentos que están bien establecidos desde hace más tiempo.

Contenido de la Escala HoNOS

Tabla 9.

Estructura de la Escala HoNOS traducida al español (Uriarte et al., 1999)

Ítem de evaluación de la HoNOS	Número de incisos	Puntuación subtotal del Ítem	Puntuación de Ítem agrupados	Puntuación final de los 12 Ítem
1. Conducta hiperactiva, agresiva, disruptiva o agitada	Cuenta con 5 incisos	0, 1, 2, 3, 4	Puntuación en rango de 0-12 puntos	Puntuación total en rango 0-48
2. Autolesiones no accidentales	Cuenta con 5 incisos	0, 1, 2, 3, 4		
3. Consumo problemático de alcohol o drogas	Cuenta con 5 incisos	0, 1, 2, 3, 4	Total, A	
4. Problemas cognitivos	Cuenta con 5 incisos	0, 1, 2, 3, 4	Puntuación en rango de 0-8 puntos	
5. Problemas por enfermedad física o discapacidad	Cuenta con 5 incisos	0, 1, 2, 3, 4		
6. Problemas asociados a la presencia de ideas delirantes y alucinaciones	Cuenta con 5 incisos	0, 1, 2, 3, 4	Puntuación en rango de 0-12 puntos	
7. Problemas en relación con el humor depresivo	Cuenta con 5 incisos	0, 1, 2, 3, 4	Total, C	
8. Otros problemas mentales o de conducta	Cuenta con 5 incisos	0, 1, 2, 3, 4	Se especifica el tipo de TM	
9. Problemas con las relaciones	Cuenta con 5 incisos	0, 1, 2, 3, 4		
10. Problemas con las actividades de la vida cotidiana	Cuenta con 5 incisos	1, 2, 3, 4, 5	Puntuación en rango de 0-16 puntos	
11. Problemas en las condiciones de vida	Cuenta con 5 incisos	0, 1, 2, 3, 4		
12. Problemas en relación con la ocupación y las actividades.	Cuenta con 5 incisos	0, 1, 2, 3, 4	Total, D	

0=sin problema; **1**=problema menor que no requiere intervención; **2**=problema leve pero claramente presente; **3**= problema de moderada gravedad; **4**= problema grave o muy grave; **9**=sin valor o desconocido (no sumar en totales).

0-48= a mayor puntuación, mayor gravedad.

A lo largo de la historia desde 1998, este instrumento ha venido siendo validados por diferentes investigadores y médicos, para ver si es funcional para su ámbito laboral, bajo las

condiciones propias de cada región o país y se llega que es adaptable, con resultados buenos a muy buenos. Un ejemplo de esto es la adaptación y validación de Escala HoNOS en la población uruguaya; quienes concluyen que posee aceptable confiabilidad y es compatible con instrumentos que están bien establecidos desde hace más tiempo. (Dogmanas, 2014)

En general la mayoría de los estudios sobre las propiedades se centraron en la fiabilidad, validez de criterio y concurrente más que en sus propiedades longitudinales como sensibilidad al cambio y validez predictiva con respecto a la validez discriminante. Otros investigadores incluyeron en la revisión estudios en los que se observó una adecuada capacidad de la escala para discriminar entre grupos de usuarios con diferentes diagnósticos, así como con diferentes niveles de discapacidad en relación con el tratamiento recibido, y con los tipos de servicios de atención (residencial, centro diurno, ambulatorio, internación y de larga estadía). (González et al., 2018)

En los estudios de validez discriminante de la HoNOS donde se compararon los puntajes de 485 usuarios internados y ambulatorios, observando diferencias estadísticamente significativas entre la media global del grupo de pacientes internado (17.1, SD = 5.38) comparada con la del grupo de pacientes ambulatorios (10.8, SD = 5.85). Distintos estudios han demostrado buena validez predictiva de la HoNOS respecto a los contactos del servicio, el tiempo de estadía de internación y la tasa de readmisión a las internaciones psiquiátricas. En varios estudios los puntajes totales más altos han estado asociados a pacientes con diagnósticos de alcohol y drogas, psicosis y trastornos bipolares. (Kisely et al., 2007)

Frente a las excelentes referencias sobre la Escala HoNOS, se aplicó en esta investigación su uso para medir o verificar las condiciones clínicas actuales de los pacientes estancias prologadas del Hospital Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle”, en un trabajo longitudinal, que pretende

evaluar los resultados de la Rehabilitación Psicosocial que se les ha implementados a los pacientes internados por más de dos años en esta institución nicaragüense.

VII. Hipótesis

La aplicación de las estrategias de rehabilitación psicosocial se relaciona con efectos significativos en el desarrollo de la recuperación clínica basado en la medición de la escala HoNOS en los pacientes con trastornos psiquiátricos crónicos con ingresos prolongados en el Hospital psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle” durante el período de enero 2019 a noviembre 2021.

VIII. Diseño metodológico

Tipo de estudio

El presente estudio según el método de investigación fue observacional (Piura López, 2012), según el nivel inicial de profundidad del conocimiento fue Relacional. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010) De acuerdo al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información el estudio fue prospectivo, por el período y secuencia del estudio fue longitudinal y según el análisis y alcance de los resultados el estudio fue analítico (Canales, Alvarado, & Pineda, 1996).

En cuanto al enfoque de la investigación se fundamentó en la aplicación del enfoque mixto, que conjunta la recolección, análisis y vinculación de datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio, promoviendo la integración completa con la combinación del enfoque cuantitativo y cualitativo, orientado por una generalización analítica para construir y probar teorías. (Vásquez Rodríguez, 2020)

Área de estudio.

El área de estudio correspondió al pabellón de crónicos, en el cual el pabellón 2 corresponde a la sala donde se internan a mujeres y pabellón 5 corresponde a la sala donde se ingresan a varones en el Hospital docente de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle”, dicho hospital se encuentra ubicado en el distrito II, en el departamento de Managua.

Universo/muestra

El universo estuvo compuesto por 46 pacientes con trastornos psiquiátricos crónicos, de los cuales cumplieron con los criterios de inclusión 19 pacientes femeninas del pabellón 2 y 27 pacientes masculinos del pabellón 5 ingresados en el Hospital docente de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle” durante el período de enero 2019 - noviembre 2021. Este estudio

no aplica técnicas de muestreo debido a que se trabajó con los 46 pacientes que corresponden a la población del estudio ingresados en el Hospital docente de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle” durante el período de enero 2019 - noviembre 2021.

Criterios de selección de los participantes del estudio

Criterios de inclusión

- Pacientes de ambos sexos, con trastornos psiquiátricos crónicos ingresados en los pabellones 2 y pabellón 5 en el Hospital Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle”.
- Pacientes que desarrollan el cronograma de actividades diarias instaurada en el hospital.
- Pacientes con expedientes clínicos presentes al momento de la evaluación de la escala HoNOS.
- Pacientes que asiste diariamente y desarrolla como mínimo una actividad durante su evaluación en los diferentes momentos del estudio.

Criterios de exclusión:

- Pacientes fallecidos durante el periodo de estudio.
- Pacientes con expedientes clínicos no encontrados al momento de la evaluación.
- Paciente trasladado al pabellón 3 y pabellón 4 del centro hospitalario.
- Pacientes que por sus condiciones mentales y físicas no le permita asistir a realizar el cronograma de actividades.
- Pacientes con estado psicótico, con conducta agresiva.
- Pacientes que no desee colaborar con alguna de las actividades incluidas en el estudio.

Lista de variables

I. Características generales de los pacientes

- Edad
- Sexo

- Procedencia
- Estado Civil
- Grado académico
- Características antropométricas
- Desempeño laboral
- Vinculación familiar
- Seguimiento integral del equipo multidisciplinario
- Tipo de comorbilidades
- Diagnóstico psiquiátrico según clasificación CIE-10
- Diagnóstico psiquiátrico según clasificación DSM-5
- Tiempo de estancia intrahospitalaria

II. Estrategia de rehabilitación psicosocial

- Terapia farmacológica
- Terapia de educación física
- Terapia de laboral
- Terapia de lectura (Neurocognitiva)
- Musicoterapia
- Psicodanza
- Psicoterapia
- Terapia psicoeducativa

III. Componentes de la Escala HoNOS

- Componente A: Problemas conductuales
- Componente B: Deterioro

- Componente C: Problemas clínicos
- Componente D: Problemas sociales

IV. Evaluación del paciente

- Evaluación de la utilización de la escala HoNOS en las tres aplicaciones.
- Evaluación de la rehabilitación psicosocial durante las aplicaciones de la escala HoNOS.

Matriz de operacionalización de variables (MOVI)

Para hacer manejables los datos dentro del procesamiento de la información se describe la siguiente operacionalización de variables a través de los cuadros correspondientes dando salida a los objetivos establecidos en la investigación:

Cuadro 1: Matriz de operacionalización de variables (MOVI) del objetivo específico 1

Objetivo específico 1	Variable Conceptual	Sub-VARIABLES	Variable operativa/ Indicador	Técnicas Recolección de datos	Tipo de variable	Categoría estadística
<i>Identificar las características generales de los pacientes con las que fueron ingresados en los pabellones de crónicos en el Hospital de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle” durante el período de enero 2019-noviembre 2021.</i>	Características clínicas	Edad	Años cumplidos	Ficha de recolección de datos Revisión documental Expediente clínico	Cuantitativa	Numérica Discreta
		Sexo	Femenino Masculino		Cualitativa Categórica	Nominal Dicotómica 1: Si 2: No
		Procedencia	Urbana Rural		Cualitativa Categórica	Nominal Dicotómica
		Estado civil	Casado Soltero Divorciado Viudez		Cualitativa Categórica	Nominal
		Grado académico	Analfabeto Primaria Secundaria Técnica Universitaria		Cualitativa Categórica	Ordinal
	Características antropométrica	Peso	Masa corporal en kilogramos (kg)	Ficha de recolección de datos Revisión documental	Cuantitativa	Numérica continua
		Talla	Estatura en metros (m)		Cuantitativa	Numérica continua
		Índice de masa corporal (IMC)	Bajo peso ≤ 18.5 Kg/m ² Normal 18.5-24.9 Kg/m ² Sobrepeso 25-29.9 Kg/m ² Obesidad ≥ 30 Kg/m ²		Cualitativa Categórica	Ordinal
	Desempeño laboral	Ocupación	Oficio Profesión Estudiante Ama de casa Otros	Revisión documental Expediente clínico	Cualitativa Categórica	Nominal
	Vinculación familiar	Apoyo familiar	Acompañamiento familiar		Cualitativa Categórica	Nominal Dicotómica 1: Si 2: No

	Seguimiento integral del equipo multidisciplinario	Medicina general Psiquiatría Psicología Medicina Interna Nutrición Actividades grupales Odontología Dermatología	Número de consultas anuales		Cuantitativa	Numérica Discreta
--	--	---	-----------------------------	--	--------------	-------------------

Cuadro 2: Matriz de operacionalización de variables (MOVI) del objetivo específico 1						
Objetivo específico 1	Variable Conceptual	Sub-VARIABLES	Variable operativa/ Indicador	Técnicas Recolección de Datos	Tipo de variable	Categoría estadística
<i>Identificar las características generales de los pacientes con las que fueron ingresados en los pabellones de crónicos en el Hospital de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle” durante el período de enero 2019-noviembre 2021.</i>	Clasificación diagnóstica psiquiátrica	Clasificación CIE-10	Trastorno Mental Orgánico Trastornos de Esquizofrenia Trastorno Bipolar Demencia senil	Ficha de recolección de datos	Cualitativa Categórica	Nominal
		Clasificación DSM-5	Trastorno del neurodesarrollo Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos Trastorno bipolar Trastornos depresivos Trastornos de ansiedad Trastorno obsesivo-compulsivo Trastornos disociativos	Revisión documental Expediente clínico	Cualitativa Categórica	Nominal
		Tipo de trastorno mental orgánico	Retraso Mental Epilepsia Esquizofreniforme orgánico Secundario a TCE Asociado a Meningitis Trastorno orgánico de la personalidad Afectivo	Ficha de recolección de datos Revisión documental Expediente clínico	Cualitativa Categórica	Nominal
		Tipo de esquizofrenia	Paranoide Residual	Expediente clínico	Cualitativa Categórica	Nominal
	Comorbilidad del paciente	Tipo de comorbilidad	Diabetes Hipertensión Alzheimer Parkinson Epilepsia Obesidad	Ficha de recolección de datos Revisión	Cualitativa Categórica	Nominal Dicotómica 1: Si 2: No

			Cáncer Infecciones Enfermedades Dermatológicas Otras	documental Expediente clínico		
	Estancia intrahospitalaria	Tiempo de estancia intrahospitalaria	Tiempo de permanencia desde su ingreso hasta la realización del estudio en años		Cuantitativa	Numérica Discreta

Cuadro 3: Matriz de operacionalización de variables (MOVI) del objetivo específico 2

Objetivo específico 2	Variable Conceptual	Sub-VARIABLES	Variable operativa/ Indicador	Técnicas Recolección de Datos	Tipo de variable	Categoría estadística
<p><i>Describir las estrategias de rehabilitación psicosocial utilizadas en los pacientes con trastornos psiquiátricos crónicos ingresados en los pabellones de crónicos en el Hospital de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle” durante su estancia hospitalaria.</i></p>	<p>Estrategia de rehabilitación psicosocial observadas durante los tres momentos del estudio</p>	<p>Terapia psicofarmacológica</p>	<p>Haloperidol Ácido Valproico Lorazepam Trihexifenidilo Amitriptilina Antidepresivos Eutimizantes Antipsicótico Benzodiacepina</p>	<p>Ficha de recolección de datos Revisión documental Expediente clínico</p>	<p>Cualitativa Categoría</p>	<p>Nominal Dicotómica 1: Si 2: No</p>
		<p>Terapia de educación física</p>	<p>Deporte en cancha Ejercicios de estiramiento Caminata</p>		<p>Cualitativa Categoría</p>	<p>Nominal Dicotómica 1: Si 2: No</p>
		<p>Terapia laboral</p>	<p>Jardinería Enseñanza ocupacional Trabajo en campo Cuidado de la habitación</p>		<p>Cualitativa Categoría</p>	<p>Nominal Dicotómica 1: Si 2: No</p>
		<p>Terapia de lectura (Neurocognitiva)</p>	<p>Cuentos Revistas Lectura en grupo Lecturas compartidas Libros de historial</p>		<p>Cualitativa Categoría</p>	<p>Nominal Dicotómica 1: Si 2: No</p>
		<p>Musicoterapia</p>	<p>Relajación Meditación Cantar</p>		<p>Cualitativa Categoría</p>	<p>Nominal Dicotómica 1: Si 2: No</p>
		<p>Psicodanza</p>	<p>Bailes de salsa Danza de relajación</p>		<p>Cualitativa Categoría</p>	<p>Nominal Dicotómica 1: Si 2: No</p>
		<p>Psicoterapia</p>	<p>Sesiones psicoterapeuta individuales</p>		<p>Cualitativa Categoría</p>	<p>Nominal Dicotómica</p>

			Sesiones psicoterapeuta grupales			1: Si 2: No
		Terapia psicoeducativa	Sesiones en grupo para fumadores Aprendizaje en grupo de actividades manuales		Cualitativa Categórica	Nominal Dicotómica 1: Si 2: No
		Rehabilitación inicial individualizada (PIR)	Se realizó No se realizó		Cualitativa Categórica	Nominal Dicotómica

Cuadro 4: *Matriz de operacionalización de variables (MOVI) del objetivo específico 3*

Objetivo específico 3	Variable Conceptual	Sub-VARIABLES	Variable operativa/ Indicador	Técnicas Recolección de datos	Tipo de variable	Categoría estadística
<p><i>Determinar la recuperación clínica según la escala HoNOS de los pacientes con trastornos psiquiátricos crónicos ingresados en los pabellones de crónicos en el Hospital de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle” en el período de estudio.</i></p>	<p>Componente A: Problemas conductuales</p>	<p>Ítem 1. Conducta hiperactiva, agresiva, disruptiva o agitada</p>	<p>0=sin problema 1=problema menor que no requiere intervención 2=problema leve pero claramente presente 3=problema de moderada gravedad 4= problema grave o muy grave 9=sin valor o desconocido</p>	<p>Ficha de recolección de datos Revisión documental Expediente clínico</p>	<p>Cualitativa Categorica</p>	<p>Ordinal</p>
		<p>Ítem 2. Autolesiones no accidentales</p>	<p>0=sin problema 1=problema menor que no requiere intervención 2=problema leve pero claramente presente 3=problema de moderada gravedad 4= problema grave o muy grave 9=sin valor o desconocido</p>		<p>Cualitativa Categorica</p>	<p>Ordinal</p>
		<p>Ítem 3. Consumo problemático de actitud o drogas</p>	<p>0=sin problema 1=problema menor que no requiere intervención 2=problema leve pero claramente presente 3=problema de moderada gravedad 4= problema grave o muy grave 9=sin valor o desconocido</p>		<p>Cualitativa Categorica</p>	<p>Ordinal</p>
		<p>Puntuación del componente A. Problemas conductuales</p>	<p>Puntuación de 0 a 12 puntos</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Numérica Discreta</p>	

Cuadro 5: Matriz de operacionalización de variables (MOVI) del objetivo específico 3

Objetivo específico 3	Variable Conceptual	Sub-VARIABLES	Variable operativa/ Indicador	Técnicas Recolección de datos	Tipo de variable	Categoría estadística
<p><i>Determinar la recuperación clínica según la escala HoNOS de los pacientes con trastornos psiquiátricos crónicos ingresados en los pabellones de crónicos en el Hospital de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle” en el período de estudio.</i></p>	<p>Componente B: Deterioro</p>	<p>Ítem 4. Problemas cognitivos</p>	<p>0=sin problema 1=problema menor que no requiere intervención 2=problema leve pero claramente presente 3=problema de moderada gravedad 4= problema grave o muy grave 9=sin valor o desconocido</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p>	<p>Cualitativa Categórica</p>	<p>Ordinal</p>
		<p>Ítem 5. Problemas por enfermedad física o discapacidad</p>	<p>0=sin problema 1=problema menor que no requiere intervención 2=problema leve pero claramente presente 3=problema de moderada gravedad 4= problema grave o muy grave 9=sin valor o desconocido</p>	<p>Revisión documental Expediente clínico</p>	<p>Cualitativa Categórica</p>	<p>Ordinal</p>
		<p>Puntuación del Componente B: Deterioro</p>	<p>Puntuación de 0 a 8 puntos</p>		<p>Cuantitativa</p>	<p>Numérica Discreta</p>

Cuadro 6: Matriz de operacionalización de variables (MOVI) del objetivo específico 3

Objetivo específico 3	Variable Conceptual	Sub-VARIABLES	Variable operativa/ Indicador	Técnicas Recolección de datos	Tipo de variable	Categoría estadística
<p><i>Determinar la recuperación clínica según la escala HoNOS de los pacientes con trastornos psiquiátricos crónicos ingresados en los pabellones de crónicos en el Hospital de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle” en el período de estudio.</i></p>	<p>Componente C: Problemas clínicos</p>	<p>Ítem 6. Problemas asociados a la presencia de ideas delirantes y alucinaciones</p>	<p>0=sin problema 1=problema menor que no requiere intervención 2=problema leve pero claramente presente 3=problema de moderada gravedad 4= problema grave o muy grave 9=sin valor o desconocido</p>	<p>Ficha de recolección de datos Revisión documental Expediente clínico</p>	<p>Cualitativa Categórica</p>	<p>Ordinal</p>
		<p>Ítem 7. Problemas en relación con el humor depresivo</p>	<p>0=sin problema 1=problema menor que no requiere intervención 2=problema leve pero claramente presente 3=problema de moderada gravedad 4= problema grave o muy grave 9=sin valor o desconocido</p>		<p>Cualitativa Categórica</p>	<p>Ordinal</p>
		<p>Ítem 8. Otros problemas mentales o conductuales</p>	<p>0=sin problema 1=problema menor que no requiere intervención 2=problema leve pero claramente presente 3=problema de moderada gravedad 4= problema grave o muy grave 9=sin valor o desconocido</p>		<p>Cualitativa Categórica</p>	<p>Ordinal</p>
		<p>Puntuación del Componente C: Problemas clínicos</p>	<p>Puntuación de 0 a 12 puntos</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Numérica Discreta</p>	

Cuadro 7: Matriz de operacionalización de variables (MOVI) del objetivo específico 3

Objetivo específico 3	Variable Conceptual	Sub-VARIABLES	Variable operativa/ Indicador	Técnicas Recolección de datos	Tipo de variable	Categoría estadística
<p><i>Determinar la recuperación clínica según la escala HoNOS de los pacientes con trastornos psiquiátricos crónicos ingresados en los pabellones de crónicos en el Hospital de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle” en el período de estudio.</i></p>	<p>Componente D: Problemas sociales</p>	<p>Ítem 9. Problemas con las relaciones</p>	<p>0=sin problema 1=problema menor que no requiere intervención 2=problema leve pero claramente presente 3=problema de moderada gravedad 4= problema grave o muy grave 9=sin valor o desconocido</p>	<p>Ficha de recolección de datos Revisión documental Expediente clínico</p>	<p>Cualitativa Categorica</p>	<p>Ordinal</p>
		<p>Ítem 10. Problemas con las actividades de la vida cotidiana</p>	<p>0=sin problema 1=problema menor que no requiere intervención 2=problema leve pero claramente presente 3=problema de moderada gravedad 4= problema grave o muy grave 9=sin valor o desconocido</p>		<p>Cualitativa Categorica</p>	<p>Ordinal</p>
		<p>Ítem 11. Problemas en las condiciones de vida</p>	<p>0=sin problema 1=problema menor que no requiere intervención 2=problema leve pero claramente presente 3=problema de moderada gravedad 4= problema grave o muy grave 9=sin valor o desconocido</p>		<p>Cualitativa Categorica</p>	<p>Ordinal</p>
		<p>Ítem 12. Problemas en relación con la ocupación y las actividades</p>	<p>0=sin problema 1=problema menor que no requiere intervención 2=problema leve pero claramente presente 3=problema de moderada gravedad 4= problema grave o muy grave</p>		<p>Cualitativa Categorica</p>	<p>Ordinal</p>

			9=sin valor o desconocido			
		Puntuación del Componente D: Problemas sociales	Puntuación de 0 a 16 puntos		Cuantitativa	Numérica Discreta
	Total Escala HoNOS	Puntuación total de la Escala HoNOS	Puntuación de 0 a 48 puntos			

Cuadro 8: Matriz de operacionalización de variables (MOVI) del objetivo específico 4

Objetivo específico 4	Variable Conceptual	Sub-VARIABLES	Variable operativa/ Indicador	Técnicas Recolección de datos	Tipo de variable	Categoría estadística
<i>Correlacionar los resultados obtenidos de la Escala Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) según las estrategias de rehabilitación psicosocial utilizadas en los pacientes que forman parte del estudio.</i>	Primera aplicación de la escala HoNOS	Resultado de la puntuación total de la escala HoNOS	0 a 12 puntos= Resultado leve 13 a 24 puntos= Resultado moderado 25 a 37 puntos= Resultado grave 38 a 48 puntos= Resultado muy grave	Ficha de recolección de datos	Cualitativa Categórica	Ordinal
		Grado de funcionabilidad	Con avances Sin avances		Cualitativa Categórica	Nominal
		Evaluación de la rehabilitación psicosocial	Con recuperación de destrezas Sin recuperación de destrezas (Estacionario)		Cualitativa Categórica	Nominal
	Segunda aplicación de la escala HoNOS	Puntuación total de la escala HoNOS	0 a 12 puntos= Resultado leve 13 a 24 puntos= Resultado moderado 25 a 37 puntos= Resultado grave 38 a 48 puntos= Resultado muy grave	Revisión documental Expediente clínico	Cualitativa Categórica	Ordinal
		Grado de funcionabilidad	Con avances Sin avances		Cualitativa Categórica	Nominal
		Evaluación de la rehabilitación psicosocial	Con recuperación de destrezas Sin recuperación de destrezas (Estacionario)		Cualitativa Categórica	Nominal

Cuadro 9: Matriz de operacionalización de variables (MOVI) del objetivo específico 4

Objetivo específico 4	Variable Conceptual	Sub-VARIABLES	Variable operativa/ Indicador	Técnicas Recolección de datos	Tipo de variable	Categoría estadística
<i>Correlacionar los resultados obtenidos de la Escala Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) según las estrategias de rehabilitación psicosocial utilizadas en los pacientes que forman parte del estudio.</i>	Tercera aplicación de la escala HoNOS	Puntuación total de la escala HoNOS	0 a 12 puntos= Resultado leve 13 a 24 puntos= Resultado moderado 25 a 37 puntos= Resultado grave 38 a 48 puntos= Resultado muy grave	Ficha de recolección de datos	Cualitativa Categórica	Ordinal
		Grado de funcionalidad	Con avances Sin avances		Cualitativa Categórica	Nominal
		Evaluación de la rehabilitación psicosocial	Con recuperación de destrezas Sin recuperación de destrezas (Estacionario)	Revisión documental Expediente clínico	Cualitativa Categórica	Nominal

Obtención de la información

A continuación se presentan los métodos, técnicas e instrumentos implementados para la recolección, sistematización y análisis de los datos, atendiendo los objetivos de la investigación.

Fuente de información

La fuente de investigación fue primaria, la información requerida para los tres momentos de aplicaciones de la escala HoNOS se obtuvieron a partir de la observación directa a los participantes del estudio, a quienes se evaluó su grado de recuperación en cuanto a funcionalidad clínica con la escala de HoNOS. Se utilizaron fuentes secundarias basadas en la revisión de los

expedientes clínicos para extraer los datos de las características clínicas, tratamientos farmacológicos y estrategias de rehabilitación psicosocial incorporadas en el cronograma de actividades diarias existente en el hospital.

Técnicas de recolección de la información

Inicialmente se elaboró un formato de entrevista a expertos (ver anexo 1) para realizar una entrevista corta a miembros del personal de asistencia médica del centro hospitalario que han manejado a los pacientes incluidos en el estudio en los últimos años, posterior se procedió a realizar la validación del instrumento.

A partir de la integración metodológica antes descrita, se aplicó como técnica cuantitativa la ficha de recolección de datos donde se recolecta los datos numéricos. Además se empleará la observación y el análisis documental como técnicas cualitativas de investigación. (Piura López, 2012)

Técnicas cualitativas.

Observación. Esta técnica de investigación cualitativa, se utilizó como un método de recopilación de información acerca del objeto en estudio. Se ha planteado para esta investigación por el grado de formalización: una observación estructurada, no participante; determinando anticipadamente los elementos del proceso que tienen importancia dentro de la investigación, (Piura López, 2012) se elaboró un plan de registro de las observaciones antes de comenzar a recopilar la información, auxiliándose de una lista de comprobación en que se incluyó un listado de aspectos a la par de los cuales se anotará sí o no, según lo observado.

Análisis documental. Para la realización de esta investigación fue importante aprovechar toda aquella información disponible en los documentos oficiales internos como los expedientes clínicos, informes o registros a los cuales se pudieron tener acceso.

Técnicas cuantitativas.

Ficha de recolección de datos. Siendo esta, una herramienta cuantitativa de investigación científica, en este documento se recopiló los datos de las variables cuantitativas: edad, características antropométricas, tiempo de estancia intrahospitalaria, puntuación total de la Escala HoNOS.

Además, se recopila los datos de las variables cualitativas codificadas para su cuantificación al momento del análisis de los datos: sexo, procedencia, estado civil, grado académico, índice de masa corporal, desempeño laboral, vinculación familiar, seguimiento integral del equipo multidisciplinario, tipo de comorbilidad, Diagnóstico psiquiátrico según clasificación CIE-10,

Diagnóstico psiquiátrico según clasificación DSM-5, años de institucionalización, estrategias de rehabilitación psicosocial, componentes de la Escala HoNOS abarcando los problemas conductuales, el deterioro, los problemas clínicos y los problemas sociales.

La técnicas fue la aplicación de la ficha de recolección de datos y de la parte clínica la Escala HoNOS (Uriarte et al., 1999).

Instrumento

La ficha de recolección de datos se compone de 4 secciones, cada una de las secciones del instrumento contiene un paquete de variables que permitieron obtener los resultados requeridos de la presente investigación. A continuación, se describe brevemente las secciones de la siguiente manera:

Sección I: Características generales

Número de descriptores: se incluyeron un total de 16 descriptores.

Descriptores: Edad, Sexo, Procedencia, Estado civil, Grado académico, Peso, Talla, Índice de masa corporal, Desempeño laboral, Vinculación familiar, Comorbilidad del paciente, Estancia

intrahospitalaria, Diagnóstico psiquiátrico según clasificación CIE-10, Diagnóstico psiquiátrico según clasificación DSM-5, Seguimiento integral del equipo multidisciplinario en base al número de consultas con las diferentes especialidades que manejan intrahospitalariamente a los pacientes, Años de institucionalización.

Sección II: Estrategias de rehabilitación psicosocial

Número de descriptores: se incluyeron un total de 9 descriptores.

Descriptores: Terapia psicofarmacológica, Terapia de educación física, Terapia laboral, Terapia de lectura (Neurocognitiva), Musicoterapia, Psicodanza, Psicoterapia, Terapia psicoeducativa. Cada uno de los descriptores consta de otros parámetros para su adecuada recolección de información y la rehabilitación inicial individualizada (PIR)

Sección III: Escala HoNOS

Número de descriptores: se incluyeron un total de 4 componentes que forman parte de la estructura de la escala HoNOS, cada componente contiene un número determinado de ítem relacionados, en total se describen 12 descriptores.

Descriptores: en el Componente A: Problemas conductuales se toma en cuenta la Conducta hiperactiva, agresiva, disruptiva o agitada; Autolesiones no accidentales y el Consumo problemático de alcohol o drogas. En el Componente B: Deterioro se basa en los Problemas cognitivos y los Problemas por enfermedad física o discapacidad.

En el Componente C: Problemas clínicos se incluye los Problemas asociados a la presencia de ideas delirantes y alucinaciones, los Problemas en relación con el humor depresivo, Otros problemas mentales o de conducta y los Problemas con las relaciones. En el último Componente D: Problemas sociales se consideran los Problemas con las actividades de la vida cotidiana, los Problemas en las condiciones de vida y los Problemas en relación con la ocupación y las

actividades. Cada uno de los ítems se aborda más detalladamente en el acápite de método o proceso de obtención de la información.

Sección IV: Evaluación del paciente

Número de descriptores: se incluyeron un total de 9 descriptores durante el primer, segundo y tercer momento de la aplicación de la escala HoNOS.

Descriptores: se describe los siguientes descriptores para cada uno de los tres momentos de la aplicación de la escala HoNOS: Resultados de la puntuación total de la escala HoNOS, Grado de funcionabilidad y la Evaluación de la rehabilitación psicosocial.

Método o proceso de obtención de la información

Para la recolección de la información se solicitó permiso a la Dirección General del Hospital docente de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle” apoyado por la subdirección docente del centro hospitalario, además se contó con la apoyo del médico de base y el supervisor de cada pabellón de pacientes crónicos para avalar el presente estudio en las instalaciones del hospital y permitir la autorización de acceder directamente a observar el comportamiento del paciente y revisar los expedientes clínicos de los pacientes objetos de estudio que se requieran ingresados en el pabellón 2 y pabellón 5 que cumplieron con los criterios de inclusión.

La obtención de la información se realizó en tres momentos a través del llenado de una ficha de recolección de la información, donde se anota todos los datos de las variables de interés de los participantes, de esta manera se permitió dar cumplimiento a los objetivos planteados en el estudio. La interface entre cada uno de los momentos de aplicación fue de seis meses, la observación al paciente para su posterior aplicación de la escala HoNOS fue de una semana para cada caso.

Durante el primer momento del estudio se incluyeron 122 variables abarcando las características generales, estrategias de rehabilitación y Escala HoNOS, con 46 registros para un total de 5612 datos recolectados, en un segundo y tercer momento se incluyeron 82 variables en relación con las estrategias de rehabilitación y Escala HoNOS, en cada aplicación se obtuvo 3772 datos en cada uno, por tanto en el presente estudio se trabajaron con un total de 13156 datos recolectados mediante la aplicación de las fichas a los 46 pacientes objeto en estudio.

Los datos de las variables implicadas para dar salida al primer objetivo del estudio, se recopilaron al inicio de la investigación, en un solo momento, anotándose en la ficha los datos con respecto a las variables: edad, sexo, procedencia, estado civil, grado académico, índice de masa corporal, desempeño laboral, vinculación familiar, seguimiento integral del equipo multidisciplinario, tipo de comorbilidad, diagnóstico psiquiátrico según clasificación CIE-10, diagnóstico psiquiátrico según clasificación DSM-5, años de institucionalización.

Los datos que dieron salida al segundo y tercer objetivo de la investigación, se recogieron durante tres momentos de observación: analizando en cada uno de ellos las diferentes estrategias de rehabilitación psicosocial que fueron realizadas por los pacientes objeto de estudio, también se procedió a aplicar la escala HoNOS en dichos momentos evaluando sus componentes A en relación a los problemas conductuales a partir del ítem 1 Conducta hiperactiva, agresiva, disruptiva o agitada, ítem 2 Autolesiones no accidentales, ítem 3 Consumo problemático de alcohol o drogas.

El componente B que se basa en el deterioro se analizó a partir de los ítem 4 Problemas cognitivos y del ítem 5 Problemas por enfermedad física o discapacidad. El componente C con respecto a los problemas clínicos a través del ítem 6 Problemas asociados a la presencia de ideas

delirantes y alucinaciones, el ítem 7 Problemas en relación con el humor depresivo y el ítem 8 Otros problemas mentales o de conducta.

En cuanto al componente D se analizó a partir del ítem 9 Problemas con las relaciones, ítem 10 Problemas con las actividades de la vida cotidiana, ítem 11 Problemas en las condiciones de vida, ítem 12 Problemas en relación con la ocupación y las actividades.

Cada uno de los ítems de los cuatro componentes de la escala HoNOS, tienen sus propias categorías de valores del 0 al 4. Se describen cada uno de los ítems que abarcan los cuatros componentes de la escala HoNOS.

	Ítem 1. Conducta hiperactiva, agresiva, disruptiva o agitada	0- Sin problemas de este tipo durante el período evaluado. 1- Irritabilidad, enfrentamientos, inquietud, etc. que no requieren de intervención. 2- Incluye actitudes agresivas: empujar o importunar a otras personas, amenazas o agresiones verbales; daños menores a bienes y enseres (por ejemplo, romper vasos, cristales); hiperactividad marcada o agitación. 3- Agresividad física hacia otras personas o animales (insuficientes para puntuar 4); actitud amenazante; hiperactividad más grave o destrucción de bienes o enseres. 4-Al menos un ataque físico serio a otras personas o animales; destrucción de propiedades (Ej. provocando incendios); conducta intimidatoria u obscena.
Componente A: Problemas conductuales	Ítem 2. Autolesiones no accidentales	0- Ningún problema de este tipo durante el período evaluado. 1-Pensamientos pasajeros de acabar con todo, pero riesgo pequeño durante el período evaluado; sin autolesiones. 2- Riesgo leve durante el período evaluado; incluye autolesiones no peligrosas (por ejemplo, arañarse las muñecas). 3-Riesgo moderado o grave de autoagresión deliberada durante el período evaluado; incluye actos preparatorios (por ejemplo, acumular medicación). 4-Tentativa seria de suicidio y/o autolesión grave deliberada durante el período evaluado.
	Ítem 3. Consumo problemático de alcohol o drogas	0- Ningún problema de este tipo durante el período evaluado. 1- Consumo excesivo, pero dentro de las normas sociales. 2- Pérdida de control en el consumo de alcohol o drogas, pero sin dependencia seria de ellos. 3- Marcada apetencia o dependencia del alcohol o drogas con frecuente pérdida del control; conductas de riesgo durante los periodos de intoxicación. 4- Incapacitado/a por los problemas de alcohol/drogas.

Componente B: Deterioro	Ítem 4. Problemas cognitivos	<p>0- Ningún problema de este tipo durante el período evaluado.</p> <p>1- Problemas menores de memoria o comprensión (por ejemplo, olvido ocasional de nombres).</p> <p>2- Problemas leves pero claros (por ejemplo, se ha perdido en un lugar familiar o no ha reconocido a una persona conocida); confusión ocasional en relación con decisiones simples.</p> <p>3- Marcada desorientación en el tiempo, el espacio o las personas; desconcierto ante acontecimientos cotidianos; lenguaje algunas veces incoherente; enlentecimiento mental.</p> <p>4- Desorientación severa (por ejemplo, incapacidad para reconocer familiares); riesgo de accidentes; habla incomprensible; obnubilación o estupor.</p>
	Ítem 5. Problemas por enfermedad física o discapacidades	<p>0- Ningún problema de salud física durante el período evaluado.</p> <p>1- Problema menor de salud durante dicho período (por ejemplo, resfriados, caídas de poca importancia, etc.).</p> <p>2- Problemas de salud física que limitación leve de la movilidad y actividad.</p> <p>3- Grado moderado de limitación de la actividad debido a un problema de salud física.</p> <p>4- Incapacidad severa o completa secundaria a un problema de salud física.</p>
Componente C: Problemas clínicos	Ítem 6. Problemas asociados a la presencia de ideas delirantes y alucinaciones	<p>0- No hay evidencia de alucinaciones, ideas delirantes durante el período evaluado.</p> <p>1- Creencias excéntricas o en alguna medida extrañas no congruentes con el ambiente cultural del o de la paciente.</p> <p>2- Ideas delirantes o alucinaciones (por ejemplo, voces o visiones) presentes, pero originan escaso malestar o conducta bizarra en el paciente, es decir, clínicamente presente, pero de forma leve.</p> <p>3- Preocupación marcada en relación con las ideas delirantes o las alucinaciones, que originan mucho malestar y/o se manifiestan como una conducta bizarra obvia, es decir, problema de moderada severidad clínica.</p> <p>4- El estado mental y la conducta del paciente están seriamente y negativamente afectados como consecuencia de las ideas delirantes o de las alucinaciones, con una repercusión severa sobre el/la paciente.</p>
	Ítem 7. Problemas en relación con el humor depresivo	<p>0- Ningún problema asociado con humor depresivo durante el período evaluado.</p> <p>1- Tristeza o cambios menores en el estado de ánimo.</p> <p>2- Depresión y malestar leve pero claro (por ejemplo, sentimiento de culpa; pérdida de la autoestima).</p> <p>3- Depresión con autoinculpación injustificada; preocupación con sentimientos de culpa.</p> <p>4- Depresión severa o muy severa, con sentimientos de culpa o</p>

autoacusaciones

<p>Ítem 8. Otros problemas mentales o de conducta</p>	<p>0- Sin evidencia de cualquiera de estos problemas a lo largo del período evaluado. 1- Problemas menores solamente. 2- Problema clínicamente presente con intensidad leve (por ejemplo, el (la) paciente tiene un cierto grado de control). 3- Crisis o malestar severo de forma ocasional, con pérdida de control (por ejemplo, se ve obligado/a a evitar por completo situaciones que generan ansiedad, pedir ayuda a un vecino/a, etc.) es decir, nivel de problema moderadamente severo. 4- Problema grave que domina la mayoría de las actividades.</p>
<p>Ítem 9. Problemas con las relaciones</p>	<p>0- Ningún problema significativo durante el período evaluado. 1- Problema menor sin entidad clínica. 2- Problema claro para crear o mantener relaciones de apoyo: el/la paciente se queja de ello y/o tales problemas son evidentes para las demás personas. 3- Problema severo y persistente debido a carencia pasiva o activa de relaciones sociales, y/o que las relaciones existentes aportan un escaso o nulo apoyo o consuelo. 4- Aislamiento social grave y penoso debido a incapacidad para comunicarse socialmente y/o a la pérdida de las relaciones sociales.</p>
<p>Componente D: Problemas sociales</p>	<p>Ítem 10. Problemas con las actividades de la vida cotidiana</p> <p>1- Sin problemas durante el período evaluado; buena capacidad de funcionamiento en todas las áreas. 2- Problemas menores solamente (por ejemplo, desordenado/a, desorganizado/a) 3- Cuidados personales adecuados, pero fallo importante en la realización de una o más habilidades complejas (véase arriba). 4- Problemas severos en una o más áreas de los cuidados personales (alimentación, limpieza personal, vestimenta, uso del lavabo) así como discapacidad severa para ejecutar varias habilidades complejas. 5- Discapacidad grave o incapacidad en todas o casi todas las áreas de cuidados personales y habilidades complejas.</p>
<p>Ítem 11. Problemas en las condicione s de vida</p>	<p>0- El alojamiento y las condiciones de vida son aceptables; útil para mantener cualquier discapacidad registrada en la escala 10 en el más bajo nivel posible, y para ayudar al/a la paciente a valerse por sí mismo/a. 1- El alojamiento es razonablemente aceptable, aunque existen problemas menores o transitorios (por ejemplo, la situación no es la ideal, no es la opción preferida, la comida no es de su agrado, etc.) 2- Problema significativo con uno o más aspectos del alojamiento y/o régimen (por ejemplo, elección restringida; el personal o las personas que viven con el/la paciente tienen conocimientos insuficientes acerca de cómo limitar la discapacidad o de cómo ayudar a utilizar o a</p>

	desarrollar habilidades nuevas o intactas).
	3- Múltiples problemas preocupantes en relación con el alojamiento (por ejemplo, carencia algunas necesidades básicas); los recursos del entorno doméstico para mejorar la independencia del o de la paciente son mínimos o inexistentes.
	4- El alojamiento es inaceptable. (Por ejemplo, carece de las necesidades básicas, el/la paciente está en riesgo de desahucio o de quedarse en la calle, o las condiciones de vida son, por lo demás intolerables), agravando los problemas del/de la paciente.
Ítem 12. Problemas en relación con la ocupación y las actividades	0- El entorno cotidiano del/de la paciente es aceptable: útil para mantener cualquier discapacidad puntuada en la Escala 10 en el menor nivel posible, y para ayudar al/a la paciente a valerse por sí mismo/a.
	1- Problema menor o transitorio (por ejemplo, retraso en cobrar el paro); recursos razonables disponibles, pero no siempre en el momento deseado, etc.
	2- Surtido limitado de actividades; carencia de tolerancia razonable (por ejemplo, denegar injustificadamente la entrada en bibliotecas o baños públicos, etc.); en desventaja por la falta de domicilio estable; apoyo insuficiente por parte de profesionales o cuidadoras/es; ayuda durante el día disponible, pero durante tiempo muy limitado.
	3- Deficiencia marcada de servicios cualificados disponibles que ayuden a minimizar el nivel de discapacidad existente; ausencia de oportunidades para utilizar habilidades intactas o para adquirir nuevas; atención no cualificada de difícil acceso.
	4- La falta de oportunidades para realizar actividades durante el día contribuye a empeorar los problemas del/de la paciente.

Para realizar la cuantificación de cada uno de los ítems y realizar el cálculo sumatorio de cada componente de la escala HoNOS se aplicó un sistema de unificación en cuanto a sus valores, se categorizó de la siguiente manera:

0=sin problema

1=problema menor que no requiere intervención

2=problema leve pero claramente presente

3=problema de moderada gravedad

4= problema grave o muy grave

9=sin valor o desconocido

Al finalizar de cada ítem, correspondiente a sus componentes, se realizó una sumatoria, dando resultado a un puntaje que concuerda con la puntuación de cada uno de los cuatro componentes, posteriormente se suman dichas puntuaciones obteniendo la puntuación total final de la escala HoNOS en cada momento de su aplicación.

Puntuación del componente A: Problemas conductuales (rango 0-12)
+ Puntuación del componente B: Deterioro (rango 0-8)
+ Puntuación del componente C: Problemas clínicos (rango 0-12)
+ Puntuación del componente D: Problemas sociales (rango 0-16)
= Puntuación total de la Escala HoNOS (rango 0-48)

El resultado cuantitativo de la puntuación total de la escala HoNOS se categorizó de la siguiente forma:

0 a 12 puntos= Resultado leve
13 a 24 puntos= Resultado moderado
25 a 37 puntos= Resultado grave
38 a 48 puntos= Resultado muy grave

Una vez obtenido los resultados del puntaje total de la escala HoNOS, se evaluó el grado de funcionabilidad describiendo si se observó con avances o sin avances, y posteriormente se realizó una evaluación de la rehabilitación psicosocial de cada paciente en los tres momentos del estudio consignados si el paciente se observó con recuperación de destrezas o sin recuperación de destrezas considerando a dicho paciente como estacionario.

Procesamiento de la información

Una vez completado el proceso del llenado de la ficha de recolección de datos, se almacena los datos en una hoja de cálculo para Microsoft office Excel 2007. Para trabajar con los datos

obtenidos en los tres momentos del estudio, se diseñó un esquema de base de datos, los datos se tabularon en dicha base de datos del software de análisis estadístico IBM SPSS Statistics v25 (programa estadístico de Producto de Estadística y Solución de Servicio - SPSS versión 25).

Antes de la fase de aplicación de las técnicas estadísticas se procedió a realizar una depuración de la base de datos. Posteriormente se realizan los análisis estadísticos pertinentes. Los resultados se presentan en tablas simples de distribución de frecuencias y tablas de contingencia en Microsoft Word, los resultados se representaron en gráficos de caja y bigote, además de gráficos de barras creados en Microsoft Excel.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis estadístico en la presente investigación auxiliándose de la estadística descriptiva y de una estadística inferencial. A continuación se describe cual fue el aporte de cada una dentro del estudio.

Estadística descriptiva

De acuerdo la naturaleza de las variables, el análisis univariado de las variables cuantitativas numéricas (continuas o discretas) se realizó una estadística descriptiva calculando medidas de tendencia central y medidas de dispersión calculando medias, desviación estándar, el mínimo y máximo, mediana y moda, percentiles, enfatizando en el intervalo de confianza. Los datos se presentaron en gráficos de tipo barras o de cajas y bigotes. En cuanto al análisis univariado de las variables cualitativas categóricas nominales y ordinales se aplicarán análisis de medidas de distribución de frecuencia absoluta y porcentual, realizándose gráficos de pastel y barras.

Estadística inferencial

Se utilizó una estadística analítica para el análisis univariado de las variables cualitativas categóricas nominal y categórica ordinal.

En primer lugar, se aplicó la prueba de normalidad, en dependencia del número de participantes para comprobar que los datos de la muestra seguían o no una distribución normal. Posteriormente mediante el resultado de dicho test se consideró la hipótesis nula (H_0) por la que la distribución de la variable era normal, y por tanto el valor de p debería ser mayor de 0,05. Si $p < 0,05$ se rechaza la H_0 , aceptando la hipótesis alternativa (H_1), y se consideró estadísticamente significativo.

En los objetivos 1, 2 y 3 el análisis de las variables cualitativas categóricas nominales dicotómicas u ordinales se realizó un análisis univariado, los resultados se presentan en tablas de distribución de frecuencias y porcentajes representándose gráficamente en gráficos de barra elaborados en Excel y SPSS v 25.

Para el objetivo 3, el análisis de las variables cuantitativa numérica se realizó un análisis de estadísticos descriptivos con tendencia central y medidas de dispersión, representado en gráficos de caja y bigote. Se aplicó la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk para muestras menores de 50, tomando como significancia estadística el valor $p < 0.05$.

Posteriormente se realizó un análisis de contingencia aplicando pruebas de medidas de asociación y la prueba de asociación de Independencia de χ^2 (Chi Cuadrado) permitiendo demostrar la correlación lineal entre variables de categorías, mediante la comparación de la probabilidad aleatoria del suceso, y el nivel de significancia pre-establecido para la prueba entre ambos factores, de manera que cuando $p \leq 0.05$ se rechazaba la hipótesis nula planteada.

Para el objetivo 4 se realizó un análisis bivariado, los resultados se presentaron en tablas de contingencia, se aplicó la prueba de hipótesis para determinar asociación mediante Chi cuadrado de Pearson, con una significancia de valor $p < 0.05$. Para el análisis de correlación entre las variables cualitativas categóricas se aplicó una estadística inferencial no paramétrica a través de

la prueba estadística de correlación de Spearman, con un $p < 0.05$ para establecer la significancia estadística.

Plan de análisis

El plan de análisis estuvo conformado por los siguientes puntos:

- Análisis estadístico descriptivo en cada una de las variables cuantitativas
- Análisis de medida de distribución de frecuencia para variables cualitativas
- Análisis de Contingencia para cada una de las variables incluidas en la investigación
- Cálculo de la probabilidad en cada una de los análisis estadísticos con las variables en estudio.

Consideraciones éticas de la investigación

Se solicitaron los permisos relacionados al departamento de docencia del Hospital de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle”, se trabajó bajo las condiciones de sigilo de protección de la información, se solicitaron los expedientes clínicos bajo autorización de la dirección del hospital.

Los datos recolectados fueron utilizados únicamente para fines en el presente estudio por el investigador. Se respetó la confidencialidad de los datos. Como una investigación médica prevalece el respeto a la dignidad y a la protección de los derechos y bienestar de los pacientes según lo acordado en la Ley General de Salud.

Esta investigación no pretendió obtener recursos económicos ni tiene conflictos de interés. Para la realización se revisaron los criterios internacionales de ética (Criterios de Helsinki) concluyendo que esta investigación no puso en riesgo la vida de un paciente, ni realizó experimentos que pudieran dañar la integridad de los pacientes objeto de estudio.

IX. Resultados

Dentro del desarrollo del estudio se incluyeron a un total de 46 pacientes con trastornos psiquiátricos crónicos con ingresos prolongados en el Hospital de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle”, a dichos pacientes se les aplicó la escala HoNOS en tres momentos distintos evaluando su funcionabilidad, con un intervalo de 6 meses para cada observación, es de vital importancia destacar que el comportamiento de los resultados obtenidos en cada uno de los momentos fueron muy similares en cuanto a distribuciones de frecuencias, al comparar estadísticamente la primera, segunda y tercera aplicación no se evidenció diferencia significativa notable.

Por tal motivo, para presentar los datos de una manera didáctica, una vez realizado el procesamiento y análisis de los datos obtenidos, se presentan los siguientes resultados finales consensuados a partir de los tres momentos de observación de la investigación.

El análisis de los datos se inició con el cálculo de prueba de normalidad Shapiro-Wilk aplicándose por tener menos de 50 grados de libertad dentro del registro, además que la variable dependiente fueron categóricas nominales u ordinales y no requirieron distribución normal de la variable. Para las variables cuantitativas edad, peso y altura, la que no cumplen con el criterio de distribución normal es la estatura, pero la edad y peso si, por lo tanto se trabajó en base a un análisis estadístico no paramétrico. Ver Tabla 10

Tabla 10
Prueba de Shapiro-Wilk para analizar la distribución de normalidad

Pruebas de normalidad	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	Grados de libertad	Valor p
Edad del paciente	0,977	45	0,501
Peso (Kg)	0,969	45	0,275
Estatura (m)	0,893	45	0,001

Nota: análisis estadístico programa SPSS v25

Resultados del objetivo específico 1

En la tabla 11 se observa que la población en estudio estuvo compuesta por 19 pacientes femeninas y 27 pacientes masculinos. Respecto a la edad el 63.0% (29) pacientes se encontraban entre el rango de edad de 41 a 60 años, seguida del 17.4% (8) pacientes entre los 61 a 70 años, solamente 10.9% (5) pacientes se encuentran entre 30 a 40 años, un 8.7% (4) pacientes fueron mayores de 70 años. Según los datos recolectados de los 46 pacientes en total el 30.4% (14) pacientes provienen de la zona urbana, seguido del 13.0% (6) pacientes de la zona rural y el 56.5% (26) pacientes sin registro de procedencia. Para lo que respecta al estado civil de los pacientes se encontró que el 73.9% (34) pacientes estaban sin registro en el expediente clínico y el 26.1% (12) pacientes eran solteros. En el grado académico un 28.2% (13) de los pacientes reporta un nivel de escolaridad, el 39.1% (18) pacientes eran analfabetas y un 32.6% (15) pacientes se encontró sin registro. Ver tabla 11.

Tabla 11

Características clínicas según el sexo de los pacientes en estudio.

Características clínicas n= 46	Sexo del paciente					
	Femenino (n=19)		Masculino (n=27)		Total(n=46)	
	N	%	N	%	N	%
Edad del paciente						
30 - 40 años	2	10,5%	3	11,1%	5	10,9%
41 - 60 años	11	57,9%	18	66,7%	29	63,0%
61 - 70 años	3	15,8%	5	18,5%	8	17,4%
> 70 años	3	15,8%	1	3,7%	4	8,7%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Lugar de procedencia						
Urbano	7	36,8%	7	25,9%	14	30,4%
Rural	5	26,3%	1	3,7%	6	13,0%
Sin registro	7	36,8%	19	70,4%	26	56,5%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Estado civil						
Soltero	6	31,6%	6	22,2%	12	26,1%
Sin registro	13	68,4%	21	77,8%	34	73,9%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Grado académico						

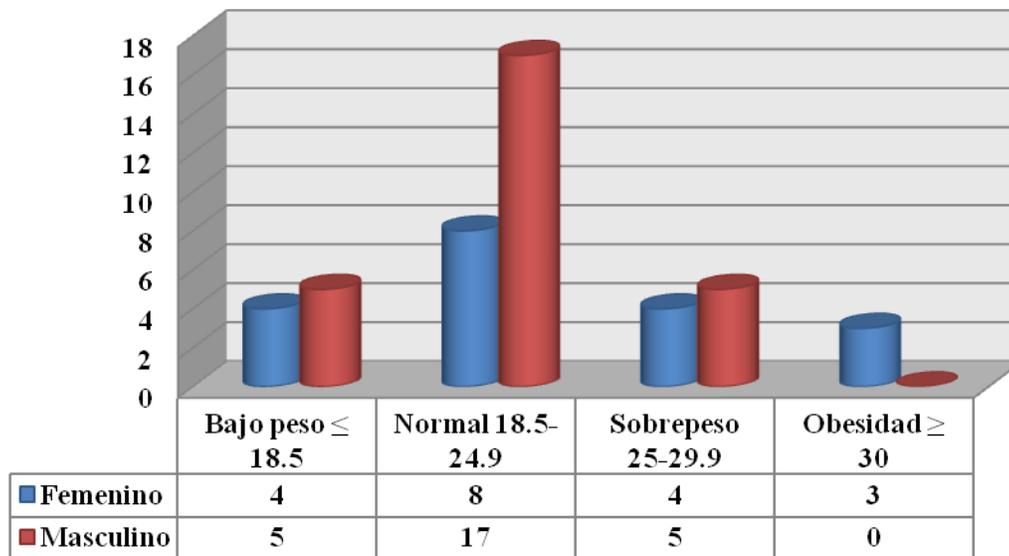
Analfabeto	11	57,9%	7	25,9%	18	39,1%
Primaria	7	36,8%	4	14,8%	11	23,9%
Secundaria	1	5,3%	1	3,7%	2	4,3%
Sin registro	0	0,0%	16	55,6%	15	32,6%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%

Nota: análisis de datos programa SPSS v25

Para identificar el estado nutricional de los pacientes se analizaron características antropométricas, según el índice de masa corporal (IMC) ver gráfico 1, se observó que en 42.1% (8) pacientes del grupo femenino se encontraban en IMC normal, el 21.1% (4) pacientes en bajo peso y sobrepeso respectivamente y el 15.8% (3) pacientes en obesidad. En el caso del grupo masculino el 63.0% (17) pacientes tenían IMC normal, en un 18.5% (5) pacientes se observó en bajo peso y en sobrepeso con el mismo porcentaje, no se reportó obesidad en este grupo de pacientes.

Gráfico 1. Estado nutricional de los pacientes psiquiátricos crónicos según sexo. n=46

Índice de masa corporal según el sexo del paciente



Nota: análisis de datos programa SPSS v25 Ver Tabla 20 en Anexo 3.

En cuanto al desempeño laboral de los pacientes objeto de estudio, no se consignaba adecuadamente la información en los expedientes clínicos, ya que no se expresa claramente si el paciente trabajó previo a su ingreso o si ha realizado alguna ocupación o llevado a cabo algún

oficio que demuestre su actividad laboral, por tanto no fue posible presentar una distribución de frecuencias con respecto a esta variable.

Por otra parte, en el estudio se incluyó la vinculación familiar, relacionándose al apoyo familiar o acompañamiento familiar hacia los pacientes incluidos en el estudio, se observó a manera general que todos los pacientes no cuentan con este aspecto, ninguno contó con visitas o se relacionó en algún momento con familiares durante el periodo en estudio.

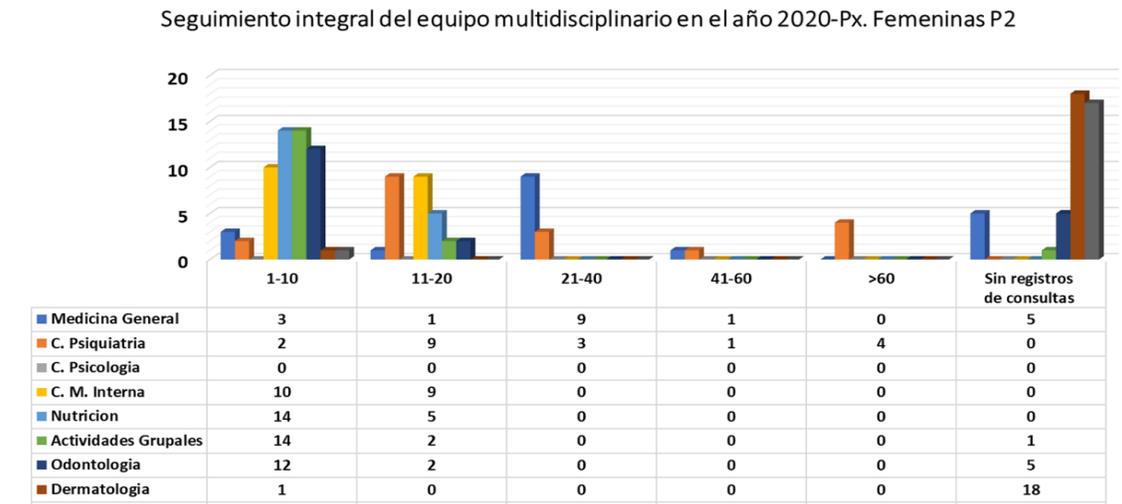
Con lo que respecta a la atención integral de pacientes femeninas durante el año 2020 (gráfico 2) el mayor número de consulta anual fue realizado por medicina general atendiendo entre 21 a 40 consultas un 42.1% (9) pacientes y entre 41 a 60 consultas solamente a 5.3% (1) paciente.

En el caso de atenciones clínicas entre 11 a 20 consultas anuales 47.4% (9) pacientes fueron por medicina interna, el 26.3% (5) pacientes recibieron atención nutricional y 10.5% (2) pacientes se beneficiaron de algún manejo odontológico. Entre 1 a 10 veces de atenciones al año 73.7% (14) de las pacientes fueron atendida por nutrición, 63.1% (12) pacientes recibieron tratamiento odontológico, un 52.6% (10) de las pacientes fueron valoradas por medicina interna. El 26.4% (5) pacientes no tenían registros en el expediente clínico.

En el caso de la atención especializada por psiquiatría 47.4% (9) pacientes fueron valoradas entre 11 a 20 consultas anuales, el 21.1% (4) pacientes recibieron más de 60 consultas al año, el 15.8% (3) pacientes entre 21 a 40 consultas, un 10.5% (2) pacientes recibió entre 1 a 10 consultas anuales y únicamente 5.3% (1) pacientes entre 41 a 60 consultas.

Lo que respecta a la rehabilitación psicosocial con el terapeuta o la trabajadora social en las sesiones de actividades grupales se encontró registrada la participación en un 89.5% (17) pacientes con participación activa entre 1 a 10 veces al año y el 10.5% (2) pacientes entre 11 a 20 veces al año. Este dato no contempla la parte de la actividad de los buenos días.

Gráfico 2. Número de consultas anuales que brinda el equipo multidisciplinario en la atención integral en las pacientes psiquiátricas crónicas del HPJDFV.



Nota: análisis de datos programa SPSS v25

En el seguimiento integral a pacientes masculinos en el año 2020 representado en el gráfico 3, se atendieron entre 1 a 10 consultas anuales 81.4% (22) pacientes por medicina interna, 77.7% (21) pacientes con atención nutricional, 37.1% (10) pacientes por odontología, 7.4% (2) pacientes por medicina general. Entre 11 a 20 consultas el 14.8% (4) pacientes atendidos por medicina general, 11.1% (3) pacientes por medicina interna; Para los pacientes atendidos por medicina general entre 21 a 40 consultas fue 48.1% (13) pacientes, entre 41 a 60 consultas 18.5% (5) pacientes, y recibieron más de 60 consultas en el año el 11.1% (3) pacientes.

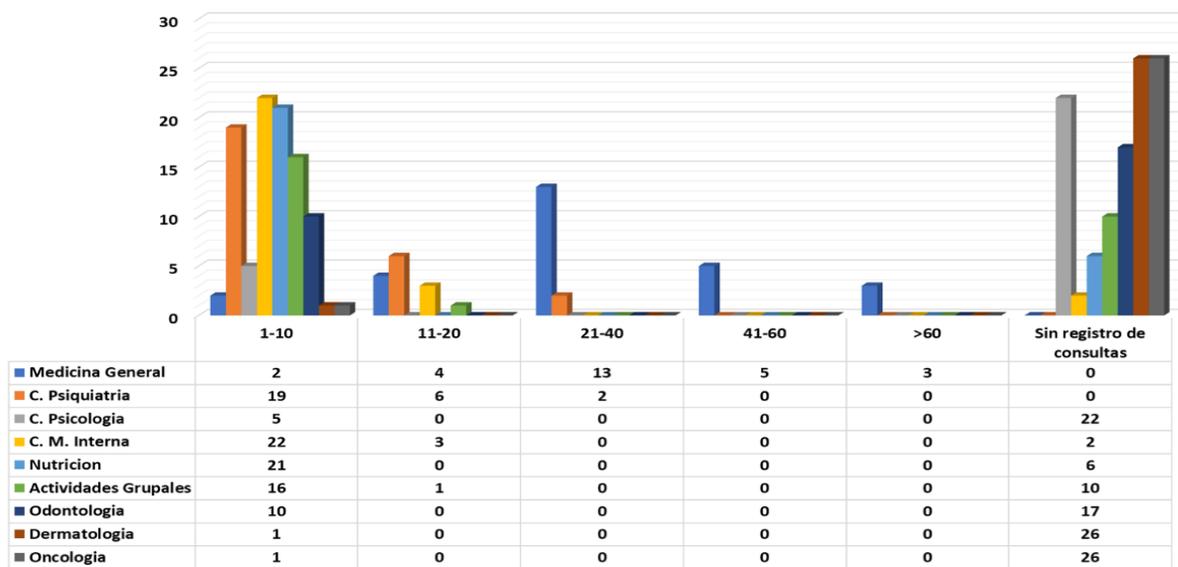
En dermatología solamente 3.7% (1) paciente recibió una consulta en el año. Se encontró 62.9% (17) pacientes no contaba con registros de atención por odontología, el 22.2% (6) pacientes no contaba con registro de atención nutricional y 7.40% (2) pacientes por medicina interna.

En el caso de la atención especializada en psiquiatría el 70.3% (19) de los pacientes recibió entre 1 a 10 consultas en el año, el 22.2% (6) pacientes fueron valorados entre 11 a 20 consultas

anuales, el 7.4% (2) entre 21 a 40 consultas anuales. Siendo atendidos el 100.0% de los pacientes con un promedio de atención psiquiátrica de 16 veces en el año.

En cuanto a la atención con la psicóloga 18.5% (5) pacientes recibieron entre 1 a 10 consultas anuales y el 81.4% (22) de los pacientes no tienen registrado en el expediente la atención psicoterapéutica en el año 2020.

Gráfico 3. *Número de consultas anuales que brinda el equipo multidisciplinario en la atención integral de los pacientes psiquiátricos crónicos del HPJDFV.*
Seguimiento integral del equipo multidisciplinario en el año 2020-Px. Masculino P5



Nota: análisis de datos programa SPSS v25

Lo que respecta a la rehabilitación psicosocial con el terapeuta o la trabajadora social en las sesiones de actividades grupales se encontró registrada la participación en un 59.2% (16) pacientes con participación activa entre 1 a 10 veces al año y el 40.8% (11) pacientes no contaron con registros de participación en el expediente. Este dato no contempla la parte de la actividad de los buenos días.

En cuanto al diagnóstico psiquiátrico de los pacientes en estudio ver tabla 12 se tomaron en cuenta tanto los criterios del DSM-5 como del CIE-10. Considerando que a nivel nacional MINSA se trabaja con la clasificación del CIE-10, por tal razón en el presente estudio se

clasificaron esta en cuatro tipos de trastornos mentales severos donde el 69.6% (32) de los pacientes se diagnosticó con trastorno mental orgánico (TMO), el 23.9% (11) pacientes con trastorno de esquizofrenia, en 4.3% (2) pacientes con trastorno bipolar y el 2.2% (1) con demencia senil.

Tabla 12

Clasificación del diagnóstico psiquiátrico según el sexo de los pacientes en estudio.

Clasificación del diagnóstico psiquiátrico n=46	Sexo del paciente					
	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Trastorno Mental Orgánico	13	68,4%	19	70,4%	32	69,6%
Trastornos de Esquizofrenia	3	15,8%	8	29,6%	11	23,9%
Trastorno Bipolar	2	10,5%	0	0,0%	2	4,3%
Demencia senil	1	5,3%	0	0,0%	1	2,2%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%

Nota: análisis de datos programa SPSS v25

Importante para esta investigación es identificar el tipo de TMO siendo el 56.3% (18) fueron pacientes con retraso mental, el 12.5% (4) TMO secundario a disfunción cerebral, el 9.4% (3) TMO-Esquizofreniforme, el 6.3% (2) con TMO-trastornos afectivos y en menor porcentaje los trastornos orgánicos de la personalidad. En cuanto a las pacientes con trastornos esquizofrénicos los tres casos presentes pertenecen a la residual. Ver Tabla 13

Tabla 13*Tipo de TMO presente en los pacientes crónicos según el sexo.*

Tipo de diagnóstico psiquiátrico	Sexo del paciente					
	Femenino		Masculino		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Trastorno Mental Orgánico n=32						
Retraso Mental	8	61,5%	10	52,6%	18	56,3%
Epilepsia	3	23,1%	1	5,3%	4	12,5%
Esquizofreniforme orgánico	1	7,7%	2	10,5%	3	9,4%
Secundario a TCE	0	0,0%	3	15,8%	3	9,4%
Asociado a Meningitis	0	0,0%	1	5,3%	1	3,1%
Trastorno orgánico de la personalidad	0	0,0%	1	5,3%	1	3,1%
Afectivo	1	7,7%	1	5,3%	2	6,3%
Total	13	100,0%	19	100,0%	32	100,0%
Trastorno de Esquizofrenia n=11						
Paranoide	0	0,0%	2	25,0%	2	18,2%
Residual	3	100,0%	6	75,0%	9	81,8%
Total	3	100,0%	8	100,0%	11	100,0%

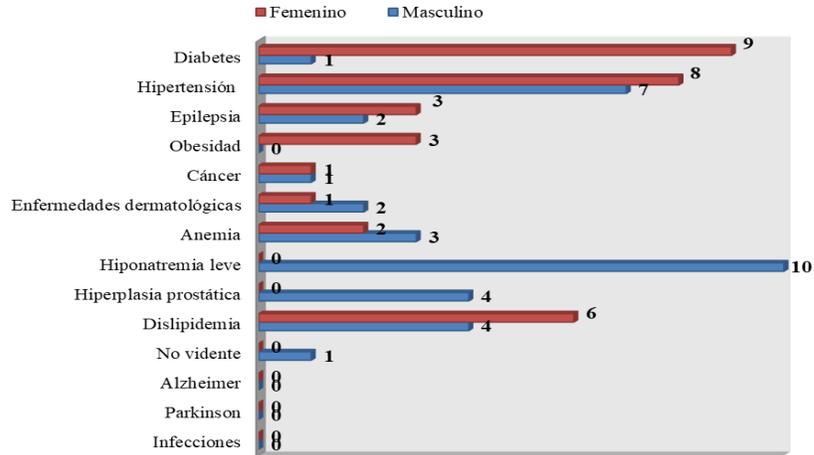
Nota: análisis de datos programa SPSS v25

En cuanto a las comorbilidades crónicas no psiquiátricas del paciente se representan en el gráfico 4, según el expediente clínico del paciente la comorbilidad más prevalente fue la hipertensión arterial, la cual podría ser secundaria al proceso fisiopatológico del paciente por factores endógenos como edad, sexo, raza, entre otras o secundaria por el uso de ciertos fármacos que altera el desequilibrio hidroelectrolíticos como el caso de los antipsicóticos. En 25.9% (7) de varones se identificó que el 37.0% (10) pacientes presentó hiponatremia, el 14.8% (4) pacientes tuvo hiperplasia prostática, y el 11.1% (2) presentó anemia.

En el grupo femenino prevaleció diabetes en 47.4% (9) pacientes, hipertensión en 42.1% (8) pacientes y dislipidemia con un 31.6% (6) pacientes, el 15.8% (3) pacientes tuvo obesidad secundaria a la ingesta nutricional rica en carbohidratos, el 10.5% (2) pacientes presentaron

anemia por problemas de la pobre ingesta, problemas a nivel metabólico y su auto ingesta de alimentos deteriorada.

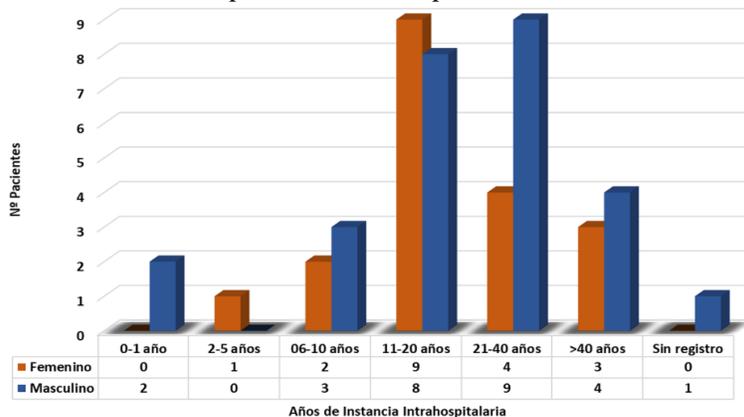
Gráfico 4. Comorbilidades crónicas no psiquiátricas de los pacientes en estudio



Nota: análisis de datos programa SPSS v25. Ver Tabla 21 y 22 en Anexo 3.

En el gráfico 5, en cuanto al tiempo de estancia intrahospitalaria se puede observar que el 47.3% (9) de las mujeres y el 29.6% (8) de los varones tenían entre 11 a 20 años de estar internados, seguido de 21.0% (4) mujeres y el 33.3% (9) varones entre 21 a 40 años, en más de 40 años se ubicaron 7 pacientes y un paciente se encontró sin registro de año de ingresos. Con estas estadística se evidencia los ingresos prolongados en dichos pacientes lo que traduce un factor negativo en el desarrollo psicosocial.

Gráfico 5. Estancia intrahospitalaria de los pacientes crónicos en estudio. n=46



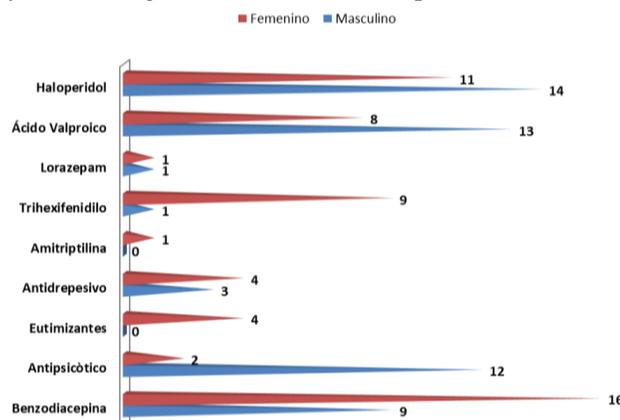
Nota: análisis de datos programa SPSS v25

Resultados del objetivo específico 2.

Al haber identificado las características generales de los pacientes anteriormente sugeridas, se procede a describir las estrategias de rehabilitación psicosocial que fueron manejadas en los pacientes ingresados en los pabellones de crónicos en el hospital durante los tres momentos del estudio, las estrategias están implementadas en un cronograma de actividades proyectado por la directrices del hospital.

En cuanto a la terapia psicofarmacológica, en el gráfico 6 se indica que el psicofármaco más utilizado fue el benzodiacepina como sedante, inductor del sueño, relajante muscular, anticonvulsivante (84.2% (16) femenino, 33.3% (16) masculino), el segundo fármaco fue el haloperidol como antipsicótico para estados esquizofrénicos, cuadros conductuales, estados delirantes y bipolaridad. (57.0% (11) femenino, 51.5% (14) masculino) El tercer fármaco fue el ácido valproico como Eutimizantes, anticonvulsivante (42.1% (8) femenino, 48.1% (13) masculino). El Trihexifenidilo utilizado como anticolinérgico (47.3% (9) femenino, 3.7% (1) masculino). La terapia psicofarmacológica fue la misma en los tres momentos de observación del estudio, todo esto sujeto a cambio a disponibilidad en farmacia, características conductuales del paciente o ajuste de dosis por valoraciones médicas

Gráfico 6. Terapia psicofarmacológica administrada al paciente crónico en el HPJDFV



Nota: análisis de datos programa SPSS v25 Ver Tabla 23 en anexo 3

Con respecto a los resultados de los tres periodos de observación a los pacientes en cuanto a terapias para mantener las capacidades cognitivas conductuales y las habilidades básicas de la vida diaria del paciente, consignadas en la tabla 14, es pertinente destacar que la puesta en práctica de cada una de las actividades de rehabilitación fue muy irregular.

En el caso de la terapia de educación física, que incluye la actividad de ejercicios de estiramiento, caminatas, deporte en cancha, se observó que tuvo una participación del 73.7% (14) de las pacientes mujeres y el 63.0% (17) en los varones limitada a la condición física, a las habilidades motoras y propias del estado del paciente, recordando que son personas mayores, con limitaciones crónicas y otros por sus trastornos de salud mental no logran interactuar. A los pacientes se les coloca con apoyo del personal asistente, en una formación de hilera, uno detrás de otro, mediante un brazo de distancia, colocando la mano de un paciente sobre el hombro del paciente antecesor y realizan caminatas alrededor de un área determinada donde les indican el abrir y cerrar los brazos, hacer movimientos circulares de cabeza y cinturas.

Cabe señalar que el comportamiento en la terapia de educación física durante la primera y segunda observación algunos casos particulares de los pacientes no realizó dicha actividad, pero durante la tercera observación el paciente participó en dicha actividad, por tanto se tomó como un dato realizado a nivel de los resultados finales. Ver tabla 14. que puede estar correlaciona a diferentes variantes externas como internas.

En cuanto a la actividad de buenos días, donde el grupo masculino tiene una mayor participación con el 81.5% (22) pacientes, en el caso del grupo femenino el 73.7% (14) pacientes participaban, siendo esta la actividad de mayor participación en el total de pacientes durante los tres momentos del estudio. Ver tabla 14 que consiste en la integración de cada miembro de la sala, realizándose una inspección general por lo cual se evidencia la mayor frecuencia, ya que no

es únicamente una terapia, sino es parte del desarrollo de las actividades como sala de los pabellones que integra de manera global.

Tabla 14
Estrategias de rehabilitación psicosocial según el sexo de los pacientes en estudio

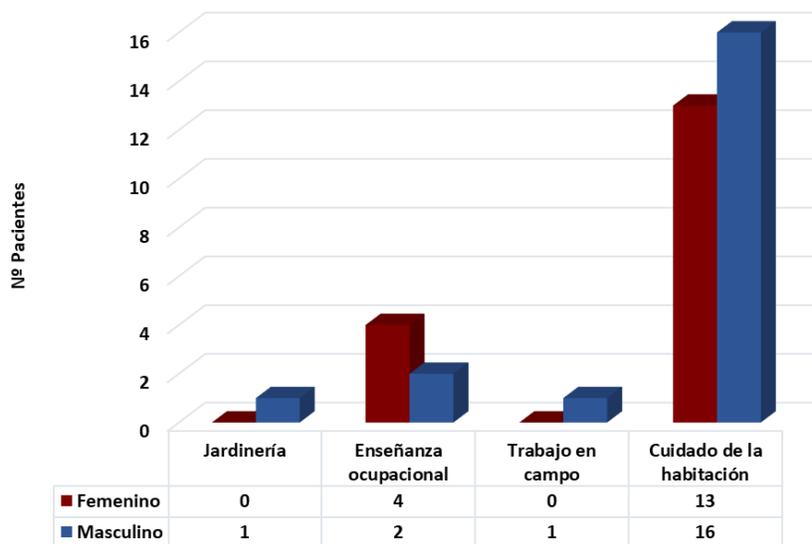
Estrategias de rehabilitación psicosocial	Sexo del paciente					
	Femenino		Masculino		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Buenos días						
Sí	14	73,7%	22	81,5%	36	78,3%
No	5	26,3%	5	18,5%	10	21,7%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Terapia de educación física						
Sí	14	73,7%	17	63,0%	31	67,4%
No	5	26,3%	10	37,0%	15	32,6%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Terapia de laboral						
Sí	13	68,4%	16	59,3%	29	63,0%
No	6	31,6%	11	40,7%	17	37,0%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Terapia de lectura (Neurocognitiva)						
Sí	12	63,2%	21	77,8%	33	71,7%
No	7	36,8%	6	22,2%	13	28,3%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Musicoterapia						
Sí	13	68,4%	20	74,1%	33	71,7%
No	6	31,6%	7	25,9%	13	28,3%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Psicodanza						
Sí	9	47,4%	0	0,0%	9	19,6%
No	10	52,6%	27	100,0%	37	80,4%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Psicoterapia						
Sí	0	0,0%	7	25,9%	7	15,2%
No	19	100,0%	20	74,1%	39	84,8%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Terapia Psicoeducativa						
Sí	1	5,3%	3	11,1%	4	8,7%
No	18	94,7%	24	88,9%	42	91,3%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%

Nota: análisis de datos programa SPSS v25

En la terapia laboral que es la más importante en la formación ocupacional del paciente porque permite integrarse a un medio, fortalecer habilidades adquiridas, desarrollar habilidades nuevas que permita al sujeto incorporarse a un programa de rehabilitación, el cual el objetivo final es reinsertar al paciente. Un 63.0% (29) de los pacientes en estudio, el grupo femenino tienen una integración del 68.4% (13) y los varones 59.3% (16).

En cuanto a enseñanza laboral de alguna manualidad fue el 21.1% (4) de participación femenina y el 7.4% (2) de masculinos. En el caso de trabajo en campo no se encontró registro de participación en las pacientes mujeres y un 3.7% (1) de los varones donde la jardinería tiene el mismo comportamiento. Ver gráfico 7 lo anteriormente justificado por los rasgos femeninos y masculinos, en el caso de las mujeres es más dado

Gráfico 7. Tipo de terapia laboral que realizan los pacientes crónicos y número de participantes según el sexo.



Nota: análisis de datos programa SPSS v25 Ver Tabla 25 en anexo 3

El complemento de esta estrategia es la psicoeducación es la que menos participación se observó, donde el 5.3% (1) fue una paciente femenina y en el caso del grupo masculino 11.1% (3) participó al menos una vez. Ver Tabla 14.

Es una aproximación terapéutica que se le proporciona al familiar del paciente, información específica sobre el trastorno, esta poca o nula participación del familiar en conjunto del paciente es debido a que varios son casos sociales, lo que no permite trabajar el fenómeno de desinstitucionalización o la reinserción del paciente fuera del ambiente hospitalario de esta manera prolongado sus estancias dentro de dicha institución.

Dentro de este objetivo se observó que el programa para el paciente crónico es más orientado hacia las actividades de ocio, denominado al tiempo libre que no son ni trabajo, ni son tareas domésticas consideradas como recreativas en la que el individuo pueda entregarse de manera voluntaria para descansar, divertirse, aumentar sus conocimientos y sus habilidades, dado que se encontró que de los 46 pacientes el 71.7% (33) participaban en terapia de lectura (Neurocognitiva), siendo una de las que más evidencia de realización tiene en los registros de los expedientes clínicos.

Una de las actividades es la lectura de cuentos, con participación del 52.6% (10) pacientes femeninas, y el 70.4% (19) de varones, actividad que se realiza en grupos separados, en las cuales los pacientes asisten pero solo escuchan, la lectura compartida tiene una participación del 10.5% (2) de mujeres y un 11.1% (3) de varones, lectura en grupo 57.9% (11) de participación femenina y 77.8% (21) de participación masculina.

Los pacientes se observa que no leen, no escriben cuentos, ni son capaces de realizar un dictado ver tabla 15 debido al deterioro de las funciones superiores, poco dominio en las praxias motoras y en la adquisición de nuevas habilidades.

Tabla 15*Terapia de lectura según el sexo de los pacientes en estudio*

Terapia de lectura	Sexo del paciente					
	Femenino		Masculino		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Cuentos						
Sí	10	52,6%	19	70,4%	29	63,0%
No	9	47,4%	8	29,6%	17	37,0%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Revista						
Sí	9	47,4%	17	63,0%	26	56,5%
No	10	52,6%	10	37,0%	20	43,5%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Lectura en grupo						
Sí	11	57,9%	21	77,8%	32	69,6%
No	8	42,1%	6	22,2%	14	30,4%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Lectura compartida						
Sí	2	10,5%	3	11,1%	5	10,9%
No	17	89,5%	24	88,9%	41	89,1%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Libros de historias						
Sí	0	0,0%	1	3,7%	1	2,2%
No	19	100,0%	26	96,3%	45	97,8%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%

Nota: análisis de datos programa SPSS v25

En igual porcentaje en 71.7% (33) participaban en la musicoterapia, en esta estrategia se observó que el paciente participaba en realizar ruidos con la boca, lo que se traduce como en cantar, pero no pueden crear sus propias canciones, ni tienen la destrezas de cantarlas.

En el caso de la Psicodanza la única participación fue por parte del grupo femenino en un 47.4% (9) quienes realizaban movimientos corporales con las manos o con la cabeza, esos movimientos se relacionan con las melodías de danza de relajación o motivados por el ritmos caribeños de baile de salsa, merengue, palo de mayo, folklore. Ver Tabla 14. Esto nos traduce

que se crea un ambiente de disfrute, confortable, dinámico donde el individuo se integra de forma esporádica y voluntaria llegando a la expresión de sus afectos y pensamientos a través del movimiento.

La psicoterapia que acompaña al proceso de rehabilitación psicosocial basadas en sesiones individuales o grupales se observó una participación del 25.9% (7) de los varones, no se observó la participación de pacientes femeninas en cualquiera de los momentos observados durante el periodo del estudio. Ver Tabla 14.

Un punto revisado en los tres momentos, y que no se observó en los registros de los expediente clínicos de los pacientes fue el que se consignara la rehabilitación inicial individualizada (PIR) de cada paciente al ingreso al pabellón de pacientes crónicos debido a que esto nos permitiría de manera objetiva, definir o plantear las metas a establecer durante el proceso de rehabilitación dependiendo de las características individuales para guiar las tomas de decisiones y centrarse básicamente en la planificación de una intervención a través de la formulación de objetivos y estrategias.

Por tanto la recuperación clínica del paciente evaluado desde su principio y para poder compararlo al momento del estudio, no es posible debido a que los registros no define un plan de rehabilitación, sino un plan de cronograma de actividades diarias, no se definen metas, ni objetivos individuales, no define la evolución del paciente en las actividades diarias, sin embargo durante el periodo de estudio se aplicó en tres momentos la escala HoNOS para valorar el grado de funcionalidad de los pacientes estudiados obteniéndose los siguientes resultados.

Resultados del objetivo específico 3.

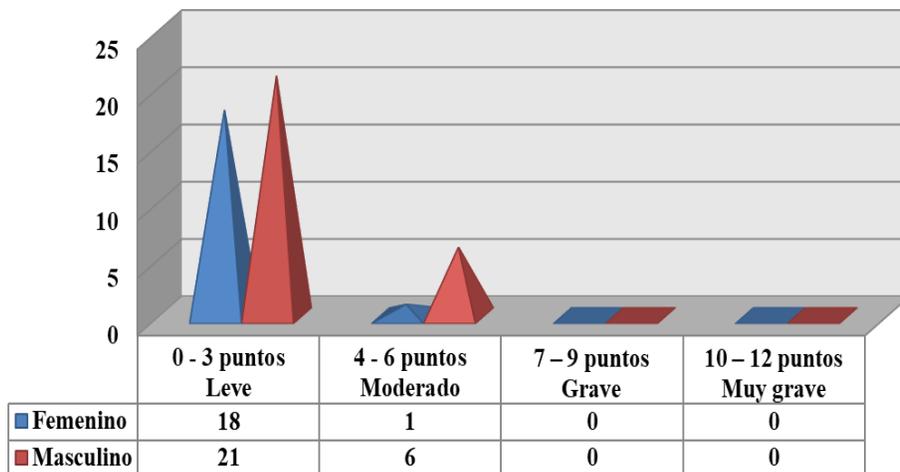
Para dar un perfil de la situación clínica-social del paciente se aplicó la escala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) en tres momentos durante el periodo de estudio, cada aplicación

tuvo un intervalo de 6 meses, cabe señalar que dichas observaciones se realizaron en tiempos de pandemia de Covid-19. A manera general, los resultados arrojaron el mismo comportamiento que los resultados con las estrategias de rehabilitación psicosocial, las cuales no presentaron ninguna varianza entre observación, tuvieron una constante, evidenciando que el comportamiento de los resultados iniciales fueron similares durante cada momento del estudio. Se presentan los resultados de dichas aplicaciones.

En cuanto a la evaluación del componente A acerca de los Problemas conductuales relacionados con la conducta hiperactiva, agresiva, disruptiva o agitada, autolesiones no accidentales y el consumo problemático de alcohol o drogas como se puede observar en el gráfico 8, el perfil del estado de gravedad de los pacientes en estudio se orienta hacia la puntuación más baja, donde el 94.7% (18) paciente del grupo femenino presenta problemas conductuales leves y el 5.3% (1) paciente presenta problemas conductuales moderados.

En cuanto al grupo masculino, el 77.8% (21) pacientes presentan problemas conductuales leves y el 22.2% (6) pacientes problemas conductuales moderados. Esta relación no tiene significancia estadística (Chi-cuadrado de Pearson: 2,486 valor p: 0,115)

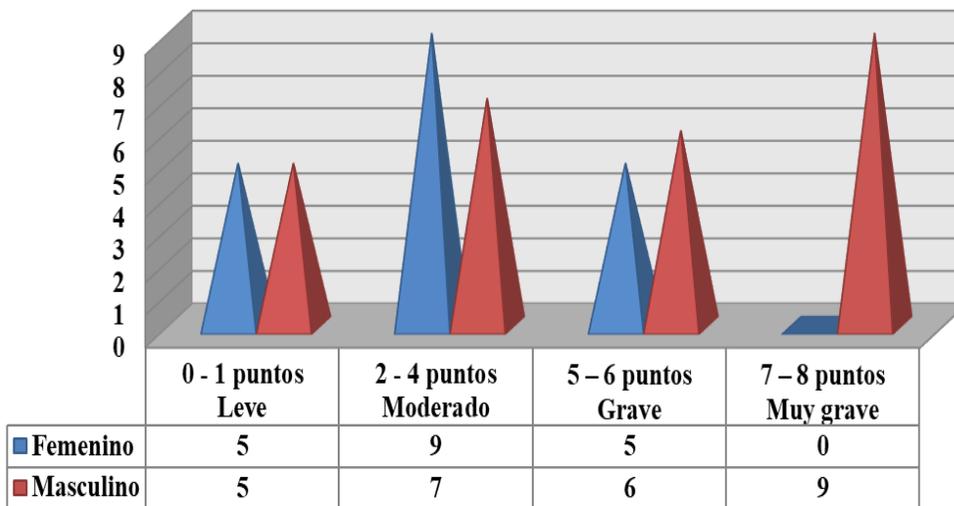
Gráfico 8. Evaluación del componente A-Problemas conductuales según el sexo del paciente psiquiátrico



Nota: análisis de datos programa SPSS v25 Ver Tabla 30 en anexo 3

Con respecto a la evaluación del componente B sobre Deterioro en cuanto a problemas cognitivos y problemas por enfermedad física o discapacidad la situación de los pacientes fue muy grave. Se puede observar en el gráfico 9, que el 26.3% (5) pacientes del grupo femenino presentaba deterioro leve, 47.4% (9) pacientes deterioro moderado y 26.3% (5) pacientes deterioro grave. En el caso del grupo masculino 18.5% (5) pacientes se encuentra en un estado de deterioro leve, 25.9% (7) pacientes en deterioro moderado, 22.2% (6) pacientes en deterioro grave y el 33.3% (9) pacientes en deterioro muy grave. El resultado estadístico fue un valor $p < 0.05$, interpretándose que la variable sexo tiene relación significativa con el deterioro del paciente. (Chi-cuadrado de Pearson: 8,198 valor p: 0,042)

Gráfico 9. Evaluación del componente B-Deterioro en relación al sexo del paciente psiquiátrico

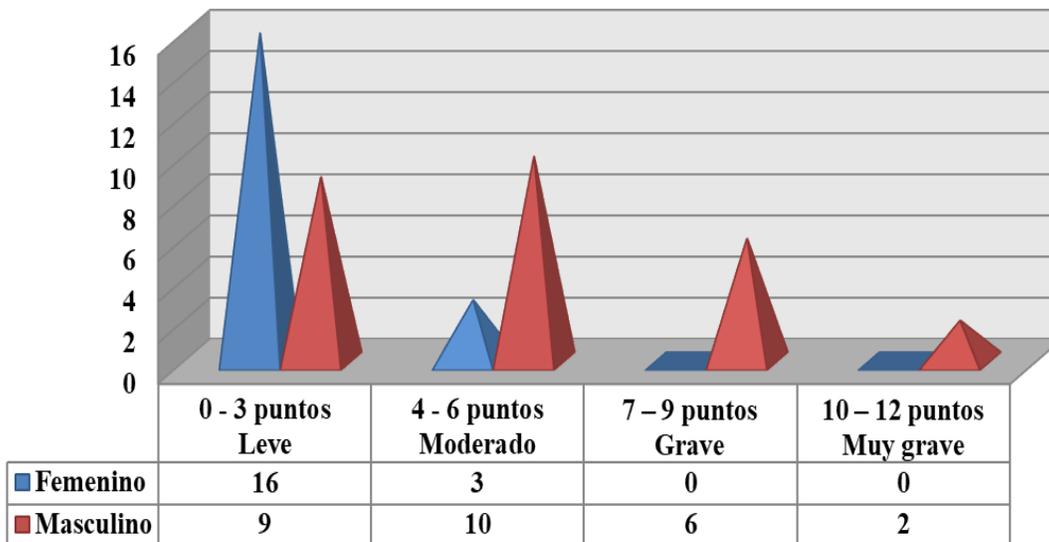


Nota: análisis de datos programa SPSS v25 Ver Tabla 31 en anexo 3

El componente C acerca de los problemas clínicos psiquiátricos abarca los problemas asociados a la presencia de ideas delirantes y alucinaciones, los problemas en relación con el humor depresivo y otros problemas mentales o conductuales, ver Gráfico 10 el 84.2% (16) pacientes del grupo femenino se consideró con problemas clínicos mentales leves y un 15.8% (3) pacientes se evaluó como moderados.

En el caso del grupo masculino el 33.3% (9) de los pacientes se encontraban con problemas clínicos leves, el 37.0% (10) pacientes en problemas clínicos moderado, el 22.2% (6) pacientes en problemas clínicos graves y el 7.4% (2) pacientes en problemas clínicos muy grave. El resultado tiene una significancia estadística con un valor $p < 0.05$, indica que la variable sexo tiene relación con los problemas clínicos del paciente. (Chi-cuadrado de Pearson: 12,723 valor $p: 0,005$)

Gráfico 10. Evaluación del componente C-Problemas clínicos psiquiátricos en relación al sexo del paciente



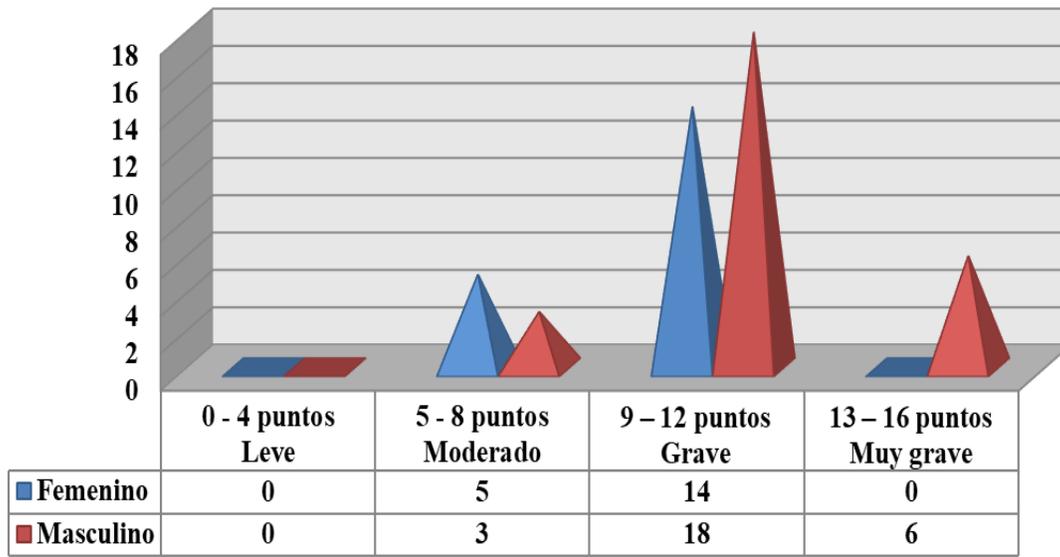
Nota: análisis de datos programa SPSS v2 Ver Tabla 32 en anexo 3

En el componente D sobre los Problemas Psicosociales enfocado en problemas con las relaciones, problemas en relación con las actividades de la vida cotidiana, problemas con las condiciones de vida humana y problemas en relación con la ocupación y las actividades mentales o conductuales, ver gráfico 11, el 26.3% (5) de las pacientes femeninas se identificó con problemas moderados y el 73.7% (14) con problemas sociales graves

En el caso del grupo masculino el 11.1% (3) tuvieron problemas sociales moderados, el 66.7% (18) en problemas sociales graves y 22.2% (6) con problemas sociales muy grave. Se

indica que la variable problemas sociales no tiene relación con el sexo. (Chi-cuadrado de Pearson: 15,784 valor p: 0,06)

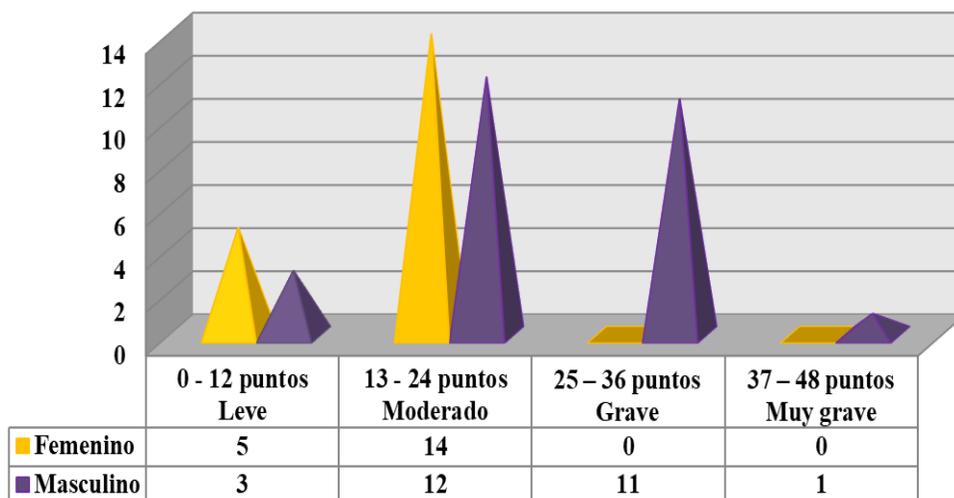
Gráfico 11. Evaluación del componente D-Problemas sociales psiquiátricos en relación al sexo del paciente



Nota: análisis de datos programa SPSS v2 Ver Tabla 33 en anexo 3

Se realizó una evaluación final, a manera generalizada de los resultados del puntaje total de la Escala HoNOS a partir de la evaluación de cada uno de los cuatro componentes antes descritos, se puede observar en el gráfico 12 que en el grupo femenino el 26.3% (5) de las pacientes tuvo resultados con evaluaciones calificadas como leves y en el 73.7% (14) con resultados moderados.

Gráfico 12. Evaluación final de estado clínico-social del paciente psiquiátrico crónico según la puntuación total de la Escala HoNOS



Nota: análisis de datos programa SPSS v25 Ver Tabla 34 en anexo 3

En el caso del grupo masculino el 11.1% (3) de los pacientes presentó una evaluación leve, el 44.4% (12) fue moderada, el 40.7% (11) con resultados graves, mientras que el 3.7% (1) fueron resultados muy graves. El resultado estadístico fue de $p < 0.05$, por lo tanto, las variables antes mencionadas se relacionan significativamente. (Chi-cuadrado de Pearson: 11,614 valor p : 0,009)

Se evidencia a través de los resultados de la presente investigación adecuada validez para discriminar a los pacientes con diferentes niveles de severidad de trastorno mental en cuanto a su grado de funcionabilidad en ambos grupos, está muy comprometida. Las pacientes del pabellón 2 se observaron con casi imperceptibles avances, aunque en la categorización de estas pacientes se indicaran con avances en su grado funcional tomando en cuenta su desarrollo durante los periodos de observación de una semana a cada paciente. En el caso de los pacientes del pabellón 5 del grupo de pacientes masculinos los resultados han sido muy preocupantes dado que no se evidenció ningún avance en su desarrollo funcional.

Resultados-Objetivo específico 4.

Al correlacionar los resultados finales antes señalados, logrados mediante la aplicación de la Escala HoNOS con respecto a las estrategias de rehabilitación psicosocial designadas a los pacientes psiquiátricos crónicos, y que están comprendidas en las actividades del cronograma de actividades diarias del centro hospitalario.

Antes de revelar los resultados, se procede a definir las terapias analizadas en este apartado: terapia psicofarmacológica, terapia Buenos días, terapia de educación física, musicoterapia y Psicodanza, las cuales se observó una mayor participación de manera subjetiva. La terapia laboral y terapia de lectura (Neurocognitiva) no fueron incluidas debido a que no se permite correlacionar por las condiciones de funcionabilidad de los pacientes ya que ninguno desarrolla actividades laborales, ni actividades de lectura por cuenta propia.

La terapia psicofarmacológica está dirigida a contribuir con la estabilidad de la conducta del paciente, al correlacionar la administración de la terapia con las propiedades psicométricas de los resultados finales del total en la escala HoNOS se describe en la tabla 16 los resultados estadísticos desde el tratamiento más frecuente hasta el de menor uso se evidenció que con ninguno de los tratamientos se establece correlación entre estas variables en los grupos de pacientes.

Tabla16

Resultados estadístico entre la variable terapia psicofarmacológica en relación con los resultados finales de la Escala HoNOS en pacientes incluidos en el estudio

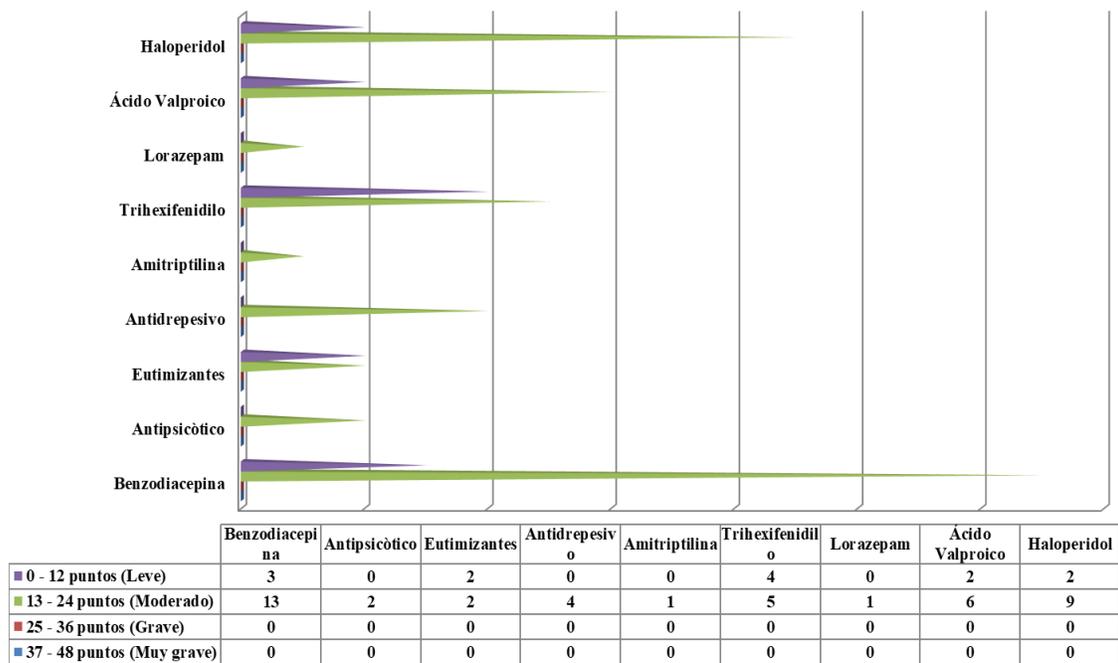
Terapia psicofarmacológica	Grupo femenino		Grupo masculino	
	Correlación de Spearman	valor p	Correlación de Spearman	valor p
Benzodiacepina	-0,397	0,093	0,022	0,913
Haloperidol	-0,217	0,373	0,254	0,202
Ácido Valproico	-0,025	0,918	-0,016	0,939
Trihexifenidilo	0,391	0,098	0,123	0,540

Nota: análisis de datos programa SPSS v25

En el grupo femenino para un total de 19 pacientes ver gráfico 13 se describe que en 5 pacientes, se clasificó su gravedad a partir de la escala HoNOS en la categoría leve, en tres pacientes fueron tratadas con Benzodiacepina (60.0%), dos pacientes con Haloperidol (40.0%) y en dos de estas pacientes también fueron manejadas con ácido Valproico (40.0%).

En el caso de 14 pacientes con un estado de gravedad moderada, en trece pacientes fueron tratadas con Benzodiacepina (92.9%), nueve pacientes con Haloperidol (64.3%) y en trece de estas pacientes también fueron manejadas con ácido Valproico (42.9%). La correlación de Spearman y el valor $p > 0.05$ evidencian que no se establece asociación entre los tipos de fármacos y el estado de gravedad de las pacientes.

Gráfico 13. Correlación entre la terapia psicofarmacológica y la puntuación total de la escala HoNOS aplicada a las pacientes femeninas



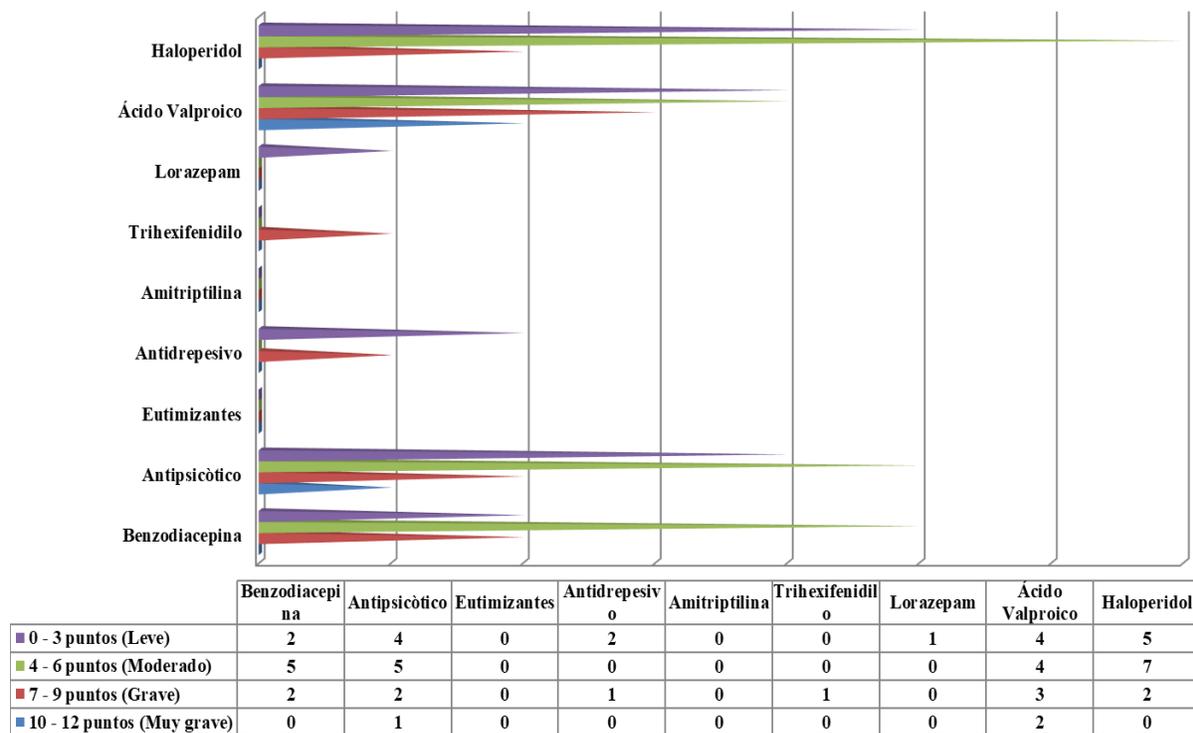
Nota: análisis de datos programa SPSS v25

En el grupo masculino para un total de 27 pacientes ver gráfico 14 se describe que en 3 pacientes, se clasificó su gravedad a partir de la escala HoNOS en la categoría leve, un paciente fue tratado con Benzodiacepina (33.3%), un paciente con Haloperidol (33.3%) y en dos de estos

pacientes también fueron manejados con ácido Valproico (66.7%). En el caso de 12 pacientes con un estado de gravedad moderada, en cuatro pacientes fueron tratados con Benzodiacepina (33.3%), nueve pacientes con Haloperidol (75.0%) y en cinco de estos pacientes también fueron manejadas con ácido Valproico (41.7%).

Para los 11 pacientes con un estado grave, cuatro pacientes manejados con Haloperidol (36.4%), en cinco pacientes fueron tratados con Benzodiacepina (36.4%), y en cinco de estos pacientes también fueron manejadas con ácido Valproico (45.5%). La correlación de Spearman y el valor $p > 0.05$ evidencian que no se establece asociación entre los tipos de fármacos y el estado de gravedad de los pacientes.

Gráfico 14. *Correlación entre la terapia psicofarmacológica y la puntuación total de la escala HoNOS aplicada de los pacientes masculinos*



Nota: análisis de datos programa SPSS v25

Al correlacionar otras terapias de las estrategias de rehabilitación tales como terapia Buenos días, terapia de educación física, musicoterapia y Psicodanza con las propiedades psicométricas de los resultados finales del total en la escala HoNOS se detalla en la tabla 17 los resultados

estadísticos, se evidenció que ninguna de las terapias se establece correlación entre estas variables en los grupos de pacientes.

Tabla 17

Resultados estadístico entre las terapias de estrategias de rehabilitación en relación con los resultados finales de la Escala HoNOS en pacientes incluidos en el estudio

Terapias	Grupo femenino		Grupo masculino	
	Correlación de Spearman	valor p	Correlación de Spearman	valor p
Buenos días	0,357	0,133	0,160	0,426
Terapia de educación física	0,357	0,133	0,445	0,020
Musicoterapia	0,406	0,085	0,307	0,119
Psicodanza	0,088	0,720	0,000	1,000

Nota: análisis de datos programa SPSS v25

En el grupo femenino de 19 pacientes que constata con gravedad leve en 5 pacientes ver tabla18 se describe que todas las pacientes asistían a la actividad de Buenos días, participaron en las actividades de estiramiento en la terapia de educación física, también participaron en las actividades en musicoterapia y en Psicodanza.

Para las 14 pacientes restantes con un estado de gravedad moderada, en nueve pacientes asistieron a la actividad de Buenos días y participó en las actividades de la terapia de educación física (64.3%), ocho pacientes participó en musicoterapia (57.1%) y en siete de estas pacientes también asistieron a Psicodanza (50.0%). La correlación de Spearman y el $p > 0.05$ evidencian que no se establece asociación entre las terapias y el estado de gravedad de las pacientes.

Tabla 18

Relación entre las terapias de rehabilitación psicosocial y los resultados finales de la Escala HoNOS, aplicada a las pacientes psiquiátricas crónicas del HPJDFV.

Terapia de rehabilitación en pacientes femeninos	Resultados finales de la Escala HoNOS									
	0 – 12 puntos (Leve)		13 – 24 puntos (Moderado)		25 – 36 puntos (Grave)		37 – 48 puntos (Muy grave)		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Buenos días	5	100,0%	9	64,3%	0	0,0%	0	0,0%	14	73,7%
Terapia de educación física	5	100,0%	9	64,3%	0	0,0%	0	0,0%	14	73,7%
Musicoterapia	5	100,0%	8	57,1%	0	0,0%	0	0,0%	13	68,4%
Psicodanza	2	40,0%	7	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	9	47,4%

Nota: análisis de datos programa SPSS v25

En el grupo masculino de 27 pacientes que constata con gravedad leve en 3 pacientes ver tabla 19 se describe que todos los pacientes asistían a la actividad de Buenos días, participaron en las actividades de estiramiento en la terapia de educación física y también participaron en las actividades en musicoterapia. En el caso de 12 pacientes con un estado de gravedad moderada, en diez pacientes asistían a la actividad de Buenos días (83.3%), nueve pacientes participaban en las actividades de la terapia de educación física (75.0%) y en diez de estos pacientes también participaban en musicoterapia (83.3%).

Para los 11 pacientes con un estado grave ver tabla 19 ocho pacientes asistían a la actividad de Buenos días (72.7%), en cinco pacientes asistían a la actividad de la terapia de educación física (45.5%), y en seis de estos pacientes también participaron en actividades en musicoterapia (54.5%). Para el paciente que puntúa una condición muy grave solamente se reporta su asistencia en la actividad de Buenos días. La correlación de Spearman y el $p > 0.05$ evidencian que no se establece asociación entre las terapias y el estado de gravedad de los pacientes.

Tabla 19

Relación entre las terapias de rehabilitación psicosocial y puntuación total de la Escala HoNOS, aplicada los pacientes psiquiátricos crónicos del HPJDFV

Terapia de rehabilitación en pacientes masculinos	Resultados finales de la Escala HoNOS									
	0 – 12 puntos (Leve)		13 – 24 puntos (Moderado)		25 – 36 puntos (Grave)		37 – 48 puntos (Muy grave)		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Buenos días	3	100,0%	10	83,3%	8	72,7%	1	100,0%	22	81,5%
Terapia de educación física	3	100,0%	9	75,0%	5	45,5%	0	0,0%	17	63,0%
Musicoterapia	3	100,0%	10	83,3%	6	54,5%	1	100,0%	20	74,1%
Psicodanza	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Nota: análisis de datos programa SPSS v25

A pesar que cada observación se realizó en distintos momentos de observación y se aplicó la escala HoNOS, al igual en tres momentos distintos, los resultados se evidenciaron sin cambios perceptibles, ni en cuanto al tratamiento estadístico de los datos se evidenció una significancia estadística debido que se trabajó con datos de un comportamiento invariable.

X. Discusión de resultados

Los trastornos psiquiátricos crónicos suponen un problema de salud de primera magnitud en los países desarrollados y también en los países en desarrollo. Los Trastornos Mentales graves son altamente prevalentes a nivel mundial, el universo total de la presente investigación fue de 46 pacientes con trastornos psiquiátricos crónicos con ingresos prolongados en el Hospital de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle”, aplicándoseles la escala HoNOS en tres momentos distintos para evaluar su funcionabilidad, no se evidenció diferencia significativa trascendental.

La población en estudio son pacientes crónicos del pabellón 2 y pabellón 5 que se estuvieron introduciendo a la vida del hospital psicosocial, en el que muchas veces, según las historias, algunos de los pacientes se encontraron en la calle, o los familiares los dejaron a su deriva o alguien más los pudo dejar solos y no se les encontró datos fidedignos, durante su proceso del ingreso se les han brindado nombres con pseudónimos al no contar con el nombre o datos del paciente, registros de edades aproximadas, edades aparentes cronológicas porque no corresponden a su edad real y los registros de la forma en que se está organizado el expediente así como la documentación de la misma, no fueron lo más correcto durante el llenado, por ejemplo no se evidencia que se realizaron investigaciones, no se dieron seguimientos, hace falta datos objetivos de los pacientes, simplemente se fueron cronificando con el día a día.

La población en estudio estuvo compuesta por 19 pacientes femeninas y 27 pacientes masculinos, mayormente entre el rango de edad de 41 a 60 años, proveniente de la zona urbana, en 26 pacientes sin registro de procedencia. En 34 pacientes no se reportó el estado civil, los restantes estaban registrados como solteros. 13 pacientes se reportaron haber cursado algún nivel de escolaridad, 18 pacientes eran analfabetas y en 15 pacientes se encontró sin registro. Se

observó normopeso, el desempeño laboral no se consignaba la información en los expedientes clínicos, sin definir si el paciente trabajó previo a su ingreso o si ha realizado alguna ocupación o llevado a cabo algún oficio que demuestre su actividad laboral.

Dichas características se asemejan al estudio de (Antizar, Barrio, Andueza, & García, 2006) con una muestra de 183 pacientes, a los cuales se estudian variables clínicas: diagnósticos, antecedentes, ingresos previos y comorbilidad; y sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, situación laboral y procedencia de la derivación.

Con respecto a la falta de algunos datos es probable que se deba por la forma del llenado y registro de los expedientes. Probablemente por los años que lleven los pacientes se han perdido algún tipo de información, principalmente la primera parte del expediente clínico, lo que fueron sus primeros datos de su ingreso, en un principio, al ingreso del paciente, en el inicio o portada del expediente se colocaba la foto del paciente, se dejaba con una hoja de trabajo social en los expedientes y se reportaban en los medios de comunicación como la radio y televisión, posteriormente con los nuevos cambios en el hospital se dejaron de andar buscando los familiares de los pacientes y se dejaron cronificados.

El proceso terapéutico en estos pacientes es psicoterapéutico, considerando que es la integración biológica, psicosocial y cultural del paciente ha estado en estancias intrahospitalarias de larga data o se a cronificado para reinsertarlo a la sociedad. El psicofármaco no es el único elemento que ayuda a estabilizar la salud mental del individuo, ya que este debe tener los tres componentes, las tres esferas (la esfera social, la esfera biológica y la esfera cultural) para que el individuo goce de una salud mental completa.

Aunque cabe destacar, como se describe en el estudio de (Cobo, Bru, & Marsal, 2006) que la tasa de abandono del tratamiento en las enfermedades mentales crónicas se mantiene dentro del

rango que padecen otras enfermedades crónicas similares, aunque pueden existir factores diferenciales que influyan en este grupo concreto de enfermos. Algunas intervenciones terapéuticas específicas pueden incrementar esta adherencia.

Por parte del proceso terapéutico hay una integración del psiquiatra, del psicólogo, del terapeuta, del equipo de rehabilitación, del médico internista, es decir, todo el conjunto de elementos que por sí pueden desarrollar al individuo total, dependiendo con las características de integración del programa individual de rehabilitación (PIR), ya que se mira más accesibles y más fácil el desarrollo del individuo en forma individualizada que de manera conjunta ya que cada uno tiene diferentes trastornos de salud mental, así como diferentes habilidades.

(Tarjuelo Amor, y otros, 2010) han evidenciado grandes esfuerzos para garantizar una atención integral del paciente con enfermedad mental crónica desde la existencia de una red de dispositivos con funciones diversas y complementarias, con equipos multidisciplinarios que a su vez puedan coordinarse con los recursos sanitarios y socio-comunitarios asegurándose, por tanto, una continuidad de cuidado.

El énfasis es desarrollar diferentes habilidades adquiridas durante el proceso de internamiento, recuperar las habilidades perdidas hasta ciertas medidas, o desarrollar e integrar nuevas habilidades para con el individuo, todo esto tiene la limitante del tipo de trastorno mental que tenga, el uso de los psicofármacos y el tiempo de evolución que el paciente ha presentado dentro de su larga estancia hospitalaria, porque también existe el proceso de adaptación del paciente que se adapta a verificar el hospital como su hogar y eso influye negativamente en su proceso que sea reinsertado el paciente, se niega también aceptar otro lugar.

Como se refiere en el estudio (Arilla A., Del Agua E, & Lozano, 2005) que incluyeron a 41 pacientes, en su estudio concluyeron que los pacientes con ingresos más prolongados padecen

trastornos mentales graves, tienen una menor autonomía funcional y están más integrados en la red asistencial.

Con la administración de los psicofármacos a los pacientes les ayuda de manera positiva y negativamente. De manera positiva ayuda a ver la compensación mental del individuo y hacerlo más viable, para que capte ordenes, para que ejecute funciones, para que se integre a un medio o labor a través de su compensación. Pero negativamente, a partir de los efectos adversos del uso del medicamento desde el hecho que se debe tomar para toda la vida, además del rechazo personal, los efectos colinérgicos y los efectos secundarios crónicos propios de los psicofármacos.

(Segarra, Eguíluz, Gutiérrez, C, & Ojeda, 2008) concluyeron que el cumplimiento terapéutico es sin duda la variable pronóstica a nivel individual y longitudinal (efecto intra-sujetos) más relevante a la hora de determinar el curso evolutivo clínico de un paciente afectado de un primer episodio psicótico esquizofrénico. Y más aún, afortunadamente es una variable modificable desde el quehacer clínico cotidiano.

Dentro del proceso de los elementos integrales de la rehabilitación, sino hay un plan, un objetivo, ni una meta establecida para el proceso de rehabilitación, no se tendría el qué cumplir, cómo evaluarlo y cómo llevar este proceso. Por el contrario solo estaría haciéndose un cronograma de actividades con un cumplimiento del día a día. Con lo que se facilita el desarrollo de actividades básicas de la vida diaria pero no se hace reinserción, no se valoran los objetivos, no se valora la meta y no se cumple con el objetivo de la rehabilitación que consiste en llevar al paciente fuera de las estancias extrahospitalaria, incluso la rehabilitación no se debe realizar en el mismo lugar.

Siendo que es un factor negativo hacerla en el mismo lugar, debido a que los pacientes amanecen, comen, duerme en la misma área, se tienen que llevar a un lugar diferente, cambiar de ambiente, y ver sus destrezas, en el caso de los pacientes del estudio, que son de larga data, muchos de ellos son casos sociales y de abandono social, por tanto no existe ni familia, ni red de apoyo, ni comunidad que los valla a reinsertar, ni garantizar los componentes básicos para que el individuo se pueda desarrollar, desde esa parte, y mucha más perspectiva están limitados a realmente decir que hay un proceso concreto de rehabilitación como tal, empezando con la cronificación.

Para categorizar tanto objetiva como subjetivamente, existen diferentes tipos de escalas a nivel mundial, pero se debe ver cuáles están certificadas, valoradas, las que se han demostrado sensibilidad y especificidad para ocuparlas como fundamentos y demostrar que hay un proceso real de rehabilitación o demostrar cualquier estudio que tenga una validez, entre ellas se escogió la escala HoNOS porque es una escala que aunque muy amplia con muchos ítems a valorar, enfoca las tres esferas biopsicosociales e integra al individuo desde sus trastornos de salud mental hasta su capacidad cognitiva, y hasta el desarrollo mismo del paciente como medio funcional en una sociedad o en cualquier medio que se le vaya a aceptar que permitirá observar la interacción dependiendo de las características del trastorno, el uso de los medicamentos y el desarrollo mismo del paciente que haya tenido.

La escala HoNOS permite valorar este tipo de tres variables, tiene una sensibilidad y especificidad muy buena, y deja datos objetivos desde el punto de vista de los trastornos de salud mental, haciendo de cuenta y caso que las demás variables si son buenas, son útiles, pero se debe tener en cuenta que lo que se valora son funciones mentales, adaptaciones cognitivas, valorando

al individuo en un conjunto y realmente eso no se puede medir mediante un número sino a través de las formas cualitativas, y con la escala permite objetivizar.

La escala HoNOS es útil y viable para cualquier garante de la salud mental, la única limitante es el tiempo que tarda uno en llenar y valorar las otras variables, pero es aplicable en cualquier estudio, y con los resultados que brinda hace de manera más objetiva calificar al individuo y confirmar si realmente está en un proceso de rehabilitación o se ha logrado la reinserción, porque una cosa es rehabilitar y otra es reinsertar, Rehabilitar es el conjunto de procesos, sistemas o desarrollos para fomentar que el individuo progrese desde un punto cero o un punto A hacia un punto B, C o D...y la reinserción es que una vez que ha pasado todo el proceso o etapas de rehabilitación, ver como en su medio se desarrolla, y si realmente tuvo o no un cambio significativo.

En el caso de los pacientes del Hospital psicosocial, lamentablemente no pueden ser medibles, porque los datos del expediente aunque estén bien marcados, pero están incompletos, no necesariamente por eso no son fidedignos, sino que simplemente falta la documentación objetiva como planes, estrategias, protocolos, metas y objetivos que vayan fundamentados y en caminados que el paciente ya no sea un paciente de un proceso cronificado.

Se está claro que el proceso de rehabilitación no únicamente depende de un proceso de un país de primer mundo, se puede implementar a través de buenas redes de comunicación dentro del hospital que amplié los procesos de rehabilitación desde el punto de vista biopsicosocial que es el eje central de todo proceso de rehabilitación, esto se logra a través de protocolos anuales, códigos o directrices para rehabilitación, el cual si no hay metas u objetivos como se observó en el desarrollo de todo el estudio, no se puede plantear un proceso real, que es lo que se necesita, esto limita el proceso de desarrollo de todo paciente, por lo tanto se hace la correlación entre las

necesidades de normas y protocolos enfatizados o un proceso dirigido y objetivo más allá de ampliar las necesidades básicas de desarrollo.

Si no se cumple con programas, objetivos y metas, el paciente siempre va a estar cronificado, sino se incorpora al trabajo social, a la familia, a la comunidad, a la alcaldía, al pastor de la iglesia, a la policía, tampoco el hospital podría ser participe unilateralmente de toda la evolución, tiene que ser un desarrollo comunitario, una integración social para con el individuo, donde cada actor proponga una salida con soluciones reales. La policía busque la familia, el trabajo social se encargue del aspecto laboral, el hospital psiquiátrico se encargue del medicamento, el rehabilitador documentar habilidades básicas, además de fomentar destrezas de trabajo, evaluar en que es útil o funcional el paciente para poderlo categorizar, porque en el programa individual no se puede medir a todo el conjunto de elementos como un solo, cada uno con diferentes trastornos, habilidades, psicofármacos y diferentes conductas pre mórbidas, y las que se desarrollan durante el proceso del ingreso.

A partir de la experiencia, se observó dos tipos de escenario, en el grupo femenino tuvo resultados con evaluaciones calificadas como leves y moderados. En el caso del grupo masculino presentó una evaluación leve, moderada, con resultados graves, mientras que uno con un resultado muy grave. Se puede diferenciar desde el punto de vista neurobiológico, si se evalúa según el sexo, el desarrollo del cerebro de la mujer es diferente que el del hombre, en la mujer tiene gran capacidad de neuroplasticidad, es decir una mayor capacidad de desarrollar nuevas redes neuronales, evitar el neuroenvejecimiento, y desarrollar conexiones que limiten un daño.

Evidenciándose lo antes mencionado en el estudio de (Catalán, y otros, 2006) que concluye que las mujeres presentan una mejor adaptación a la sociedad con vidas más productivas laboralmente.

En los pacientes masculinos, hay enlentecimiento más marcado, el poco desarrollo en las áreas de aprendizaje, de formación, de lenguaje e interpretación están menos desarrolladas que en las mujeres. Desde el punto de vista de trastornos de salud mental, los varones presentan trastornos mental orgánico o secundarios a trauma craneocefálico, entre las comorbilidades se presentan mayormente hipertensos.

Las enfermedades psiquiátricas crónicas pueden evolucionar hacia cuadros altamente resistentes, que no responden a un abordaje comunitario y/o en otros ámbitos. Los cambios en la atención hospitalaria y sanitaria, secundarios a la llamada "reforma psiquiátrica", han generado una población de pacientes llamados "de puerta giratoria", "resistentes", "crónicos" o "incurables". Estos pacientes no responden fácilmente a ningún tipo de abordaje terapéutico, y frecuentemente saturan los dispositivos primarios y secundarios. Sin embargo, esta situación tiene un coste económico social, personal y familiar. Como se evidenció en el estudio de (Marsal, Bru, & Cobo, 2006) que es necesario replantear los conceptos bajo los cuales se planifican los recursos de atención comunitaria y/o terciaria a los pacientes psiquiátricos crónicos muy graves, así como optimizar los recursos ya disponibles en orden a minimizar el impacto de estas patología sobre el presupuesto sanitario.

El tipo de trastorno que vaya a desarrollar el paciente y la evolución en conjunto que tenga con el mismo, por tanto las pacientes del pabellón 2 son más dadas a incorporarse a actividades de ocio que estimulen la recreación y por ende estimulen en los procesos cognitivos, en cambio los pacientes del pabellón 5, no se observaron bailando, ni en actividades de dibujo, o actividades de danza, ni en actividades de manualidades propiamente no tan marcadamente como en el pabellón 2, desde ese punto se permite un neuro daño, debido a la falta de estimulación de la parte del cerebro del paciente.

Abordando la parte neurobiológica y la parte psicofarmacológica, se puede señalar incluso que algunos pacientes ni medicamentos están utilizando, únicamente están con vitaminas o electrolitos, debido a que no tiene ningún apoyo, ni de parte de redes sociales, no existe familiares, no existe quien se integre a ellos, no existe programas donde se reintegren a los pacientes y se realicen visitas domiciliarias incluso si el paciente no tiene familiares, para que se integren a los programas y se mantengan en supervisión, antes se contaba para este proceso con los Hospitales de día.

Por otra parte, en la rehabilitación objetiva se carece de materiales, que muchas veces se tiene que facilitar, el psicólogo o trabajador social, se carece del entrenamiento funcional de rehabilitador para tener las habilidades y destrezas necesarias para enseñarles a otros cual es el proceso de rehabilitación. La identificación de mecanismos atencionales como predictores del funcionamiento psicosocial tiene una importancia relevante para el desarrollo de estrategias de intervención cognitiva y consecuentemente mejorar la adaptación a la comunidad del paciente, como se concluyó en el estudio de (Bigorra, y otros, 2006)

La rehabilitación no es solo enseñarle a dibujar, enseñar a lavarse los dientes, y como arreglar su cama, es fomentar las destrezas que tenía el paciente antes de entrar, siendo estas habilidades básicas de la vida diaria, buscar la destreza que perdió durante el progreso del trastorno, y desarrollar nuevas destrezas acorde a sus capacidades y actitudes presentes, a parte si lo confinamos a un pabellón donde hay limitaciones de estructura, limitaciones de los medios necesarios para la rehabilitación, se les enseña erróneamente que ese es su hogar, que ese es el medio donde se va a desarrollar, diferente es llevarlos a lugares distintos, como se plantea en la literatura que tienen otros lugares que se lleva al individuo para que aprendan a coser, a peinar, luego regresan al hospital, pero con solo el hecho de que salieron del hospital, tuvieron otra

apreciación de un mundo diferente al ambiente hospitalario, desde la parte neurobiológica se hace que el paciente se cronifique mentalmente, y se haga un esquema que solo allí se realiza la rutina. Incluso no se puede juzgar que sean procesos adquiridos, pueden ser procesos repetitivo y cronificado que el paciente lo hace como un reflejo.

En el estudio de (Alonso Blanco - Morales, Alonso Santamaría, & Fashho Rodríguez, 2006) se estudiaron 38 pacientes en rehabilitación (14 pacientes en taller ocupacional y 11 pacientes en trabajo protegido) comparándolos con 102 pacientes que no están en rehabilitación, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de pacientes en rehabilitación frente a los no rehabilitados, habiéndose inferenciado lo siguiente: gravedad de la enfermedad (valorada en términos de la escala HONOS), número de visitas a urgencias, número de ingresos, situación de convivencia familiar. Sólo se reporta diferencias estadísticamente significativas en que existe un mayor consumo de tóxicos en los pacientes rehabilitados frente a los que no.

XI. Conclusiones

1. La aplicación de las estrategias de rehabilitación psicosocial se evidenciaron sin cambio perceptible en el desarrollo de la recuperación clínica basado en la medición de la escala HoNOS en los pacientes con trastornos psiquiátricos crónicos con ingresos prolongados en el Hospital psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle” durante el período de enero 2019 a noviembre 2021, ni en cuanto al tratamiento estadístico de los datos se evidenció una significancia estadística debido que se trabajó con datos de un comportamiento invariable.
2. La recuperación clínica del paciente evaluado no se define un plan de rehabilitación, sino un plan de cronograma de actividades diarias, no se definen metas, ni objetivos individuales, no define la evolución del paciente en las actividades diarias.
3. Los resultados de las tres aplicaciones de la escala HoNOS no presentaron ninguna varianza entre observación, tuvieron una constante, evidenciando que el comportamiento de los resultados iniciales fueron similares durante cada momento del estudio.
4. Se evidencia a través de los resultados adecuada validez para discriminar a los pacientes con diferentes niveles de severidad de trastorno mental en cuanto a su grado de funcionalidad en ambos grupos, está muy comprometida.

XII. Recomendaciones

Al Ministerio de Salud (MINSA):

- Desarrollar los protocolos pertinentes para establecer las bases jurídicas para normativas del proceso de rehabilitación psicosocial.
- Elaboración de Normativas o protocolos de formación de personal de Rehabilitadores psicosociales.
- Crear un Centro de formación de recursos humanos como Rehabilitadores psicosociales.

A nivel del Centro hospitalario:

- Mejorar las condiciones de la reinserción psicosocial.
- Realizar revisiones periódicas del llenado adecuado del expediente clínico.
- Ejercer y desarrollar las funciones pertinentes para la rehabilitación psicosocial.
- Incorporar el apoyo con otras redes (red de universidades, red de colegios especiales red de pedagogos, red de educación de adultos) permitiendo la integración más objetiva, no monótona, realizando otras actividades con diferentes personas.
- Implementar en los protocolos o manuales de la rehabilitación e reinserción psicosocial la aplicación de la Escala HoNOS.

A la comunidad

- Establecer redes sociales mediante la inclusión del líder de la comunidad, alcaldía, dirigente sindical, trabajo social, todos en conjunto con enlaces al hospital.
- Establecer como eje funcional a la familia en el proceso de rehabilitación y reinserción psicosocial.

XIII. Referencia bibliográfica

- ASAENEC-Córdoba-España-. (2016). *La importancia de la rehabilitación psicosocial y el “Recovery” en salud mental*. Pagina Web ASANEC. <http://asaenec.org/la-importancia-de-la-rehabilitacion-psicosocial-y-el-recovery-en-salud-mental/#:~:text=Las personas usuarias son las,y qué objetivos desean obtener.>
- Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2003). *Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento Integral del Trastorno Mental Severo*. In *Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento Integral del Trastorno Mental Severo*.
- Asociación Psiquiátrica de América Latina/INSM. (2017). *GLADP-VR apal Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico*.
- Buckingham, K., Coombs, B., Trauer, T. T., & Eagar, C. (2000). *Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) HoNOS rating guidelines* (pp. 1–7).
- Campos Rojas, C. (2012). *Propuesta de una guía clínica para el abordaje en Rehabilitación Psicosocial dirigida a la intervención de usuarios diagnosticados con esquizofrenia*. UNIVERSIDAD DE COSTA RICA.
- Dogmanas, D. (2014). *Adaptación y Validación en Población Uruguaya de la Escala HoNOS de Resultados en Servicios de Salud Mental* [Universidad de Salamanca]. https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/127328/1/DPETP_DogmanasPerelmanD_AdaptaciónyvalidaciónHoNOS.pdf
- Fernández-Catalina, P., & Ballesteros-Pérez, F. (2019). La rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental: un modelo para la recuperación e integración comunitaria. *ResearchGate*, 16(June), 23.
- Giraldo-Ferrer, L. F., Tirado-Velásquez, J. D., Restrepo-Medrano, J. C., & Tirado-Otalvaro, A. F. (2016). Uso de instrumentos clínicos para la evaluación de pacientes y resultados de tratamiento en trastornos por uso de sustancias (TUS). *Revista de La Facultad de Medicina*, 64(4), 749. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v64n4.54697>
- Gisbert, C., Arias, P., & Campus, C. (2002). Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo: situación actual y recomendaciones. *Cuadernos Técnicos*, 6, 116. <https://www.aen.es/docs/ctecnicos6.pdf>
- González, E., Bastida, M. T., Martín, M., Domínguez, A. I., & Iruin, Á. (2018). Efectividad de

- una Intervención Psicoeducativa en la Reducción de la Sobrecarga del Cuidador Informal del Paciente con Esquizofrenia (EDUCA-III-OSA). *Psychosocial Intervention*, 27(1), 113–121.
- Hervás Zúñiga, A., Balmaña, N., & Salgado, M. (2017). Los trastornos del espectro autista : aportes convergentes. *Pediatría de Atención Primaria*, 21(2), 92–108. https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi02/03/n2-092-108_AmaiaHervas.pdf
- Jerónimo, S. R., Diego C., de la V. S., & Patricia, S. P. (2010). Bases neurobiológicas de la Esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 235–254. <https://doi.org/10.5093/cl2010v21n3a3>
- Kisely, S., Campbell, L. A., Crossman, D., Gleich, S., & Campbell, J. (2007). Are the Health of the Nation Outcome Scales a valid and practical instrument to measure outcomes in North America? A three-site evaluation across Nova Scotia. *Community Mental Health Journal*, 43(2), 91–107. <https://doi.org/10.1007/s10597-006-9067-2>
- López Ortín, M. (2018). Influencia del equipo multidisciplinar del centro de salud mental Murcia, este en la presentación de cuidados a personas con trastorno mental. In *Universidad Miguel Hernández*. <https://pdfs.semanticscholar.org/def5/7d1f16f271995bfb5fdc085165b76d5a3677.pdf>
- Ministerio de trabajo y asuntos sociales.-España. (1992). *Rehabilitación e Integración social de las personas con trastornos mental grave*.
- Minsiterio de Sanidad política social e igualdad, E. (2011). *Codificación clínica con la CIE-9MC* (P. S. E. I. MINISTERIO DE SANIDAD (ed.); Boletín nú).
- Morillas Fernández, M., Simão Aiex, L., & Pineda Tenor, D. (2018). Fármacos antipsicóticos. *Med Fam Andal*, 19, 48–52.
- Muñoz García, J., & Manzano Callejo, J. (2010). El desempeño psicosocial como criterio facilitador de la rehabilitación psicosocial en una unidad de cuidados psiquiátricos prolongados. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 10(1), 73–89.
- OMS/OPS. (2006). *Sistemas De Salud Mental en Nicaragua, El Salvador y Guatemala*. http://www.who.int/mental_health/Nicaragua_ElSalvador_Guatemala_WHO-AIMS_Report2.pdf
- OMS. (2000). Trastornos del humor (afectivos). In *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento*.

- http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42326/1/8479034920_spa.pdf
- OMS. (2019). *CIE-11 Guía de Referencia*. <http://id.who.int/icd/entity/1581976053>
- Organización Mundial de la Salud (WHO). (2010). Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud. In *Organización Panamericana de la Salud*.
- Otero Ojeda, A. (1976). Retraso Mental. In *Revista del Hospital Psiquiatrico de la Habana* (Vol. 17, Issue 2, pp. 300–307). <https://doi.org/10.1016/b978-84-458-2042-1.50037-4>
- PAHO/WHO. (2013). *WHO-AIMS: Informe Regional sobre los Sistemas de Salud Mental en América Latina y el Caribe*. <https://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/WHO-AIMS.pdf>
- Pedroza, M. E. (2017). *Población y Muestreo-HPP-21jul2016* (p. 8).
- Quintana Castellano, F. del C. (2019). *Plan individualizado de Rehabilitación de una persona con enfermedad mental, inmigrante en situación irregular y en exclusión social*. Universidad de Jaume I.
- Quintana Rodriguez, I., & Velazco Fajardo, Y. (2018). Reacciones adversas de los antidepresivos: consideraciones actuales. *Rev. Medica Electron*, 40(2), 420–432.
- Salud, O. M. de la. (1995). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud*. (Vol. 10, Issue 1).
- Sandoval, C. (2012). Rehabilitación Psicosocial: Reconsideraciones conceptuales y perspectivas actuales. *Centro de Investigaciones Psicológicas*, 8–26.
- Sataloff, R. T., Johns, M. M., & Kost, K. M. (2010). *Trastornos del desarrollo psicologico* (pp. 1–44).
- Silveira, Y. P., San, J., Borges, M., & Boloy, M. D. (2016). Derrame Pleural: diagnóstico terapéutico. *Rev Inf Cient*. 2015, 95(5), 851–861.
- Uriarte, J., Beramendi, V., Medrano, J., Wing, J., Beavor, A., & Curtis. (1999). Escala de evolución HoNOS Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). *Psiquiatría Pública*, 11(4), 93–101. <http://www.ome-aen.org/document/HoNOS.doc>

XIV. ANEXOS

Anexos 1. Formato de entrevista a expertos

Entrevista dirigido a personal asistencial especializado en pacientes del pabellón de crónicos del Hospital de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle”

Investigación: Evaluación de la Recuperación clínica a través de Escala HoNOS según las estrategias de rehabilitación psicosocial utilizadas en los pacientes con trastornos psiquiátricos crónicos con ingresos prolongados en el Hospital de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle” durante el período de enero 2019- noviembre 2021.

Nombre del personal: _____ fecha: ____/____/____

Cargo que desempeña: _____

Tiempo de desempeño en su cargo: _____

Preguntas directrices

1. A partir de su experiencia ¿podría identificar cuáles son las características clínicas con las que fueron ingresados los pacientes en los pabellones de crónicos (pabellón 2 y pabellón 5) en el hospital psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle”?

2. ¿Podría indicar alguna guía, algoritmo o protocolo de manejo de pacientes con trastornos psiquiátricos crónicos? Sí ___ No ___

3. ¿Cuál? _____

4. ¿Existe alguna guía, algoritmo o protocolo intrahospitalario para manejo de paciente con trastornos psiquiátricos crónicos? Sí ___ No ___

5. ¿Cuál? _____

6. ¿Existe alguna guía, algoritmo o protocolo a nivel nacional del Ministerio de Salud (MINSA) para manejo de paciente con trastornos psiquiátricos crónicos? Sí ___ No ___

7. ¿Cuál? _____

8. ¿Existe algún Programa de Rehabilitación psicosocial a nivel hospitalario para evaluación de paciente con trastornos psiquiátricos crónicos? Sí ___ No ___

9. ¿Cuál? _____

10. ¿Cuáles son las estrategias de rehabilitación psicosocial más comúnmente empleadas del programa de rehabilitación psicosocial en los pacientes ingresados en los pabellones crónicos del hospital?

11. ¿Cuáles son las estrategias de rehabilitación psicosocial incorporadas en el programa de rehabilitación psicosocial de los pacientes ingresados en los pabellones crónicos del hospital?

12. Según su tiempo de desempeño en su cargo ¿Cómo ha sido la recuperación clínica de los pacientes ingresados en pabellón 2 y 5 del hospital?

13. ¿Ha aplicado en alguna ocasión la Escala *Health of the Nation Outcome Scales* (HoNOS) para evaluar el grado de funcionalidad adquirida en la recuperación clínica de los pacientes ingresados en pabellón 2 y 5 del hospital?

14. ¿Considera usted, que existe una relación entre la recuperación clínica de los pacientes con la práctica de las actividades de rehabilitación psicosocial que son aplicadas a los pacientes de los pabellones 2 y 5?

15. Dentro de su práctica clínica hospitalaria ha encontrado casos de pacientes que se han desinstitucionalizado? Sí ___ No ___

16. Según su experiencia, ¿Cuál es el manejo que ha realizado a los pacientes con trastornos psiquiátricos crónicos que se han desinstitucionalizado?

17. ¿Ha referido pacientes del pabellón de pacientes crónicos a otras áreas de atención del hospital? Sí ___ No ___

18. ¿Cuál ha sido el motivo de la transferencia?

19. Según su opinión ¿Existen algunos factores personales de los pacientes que en su práctica clínica han implicado en los ingresos prolongados de los pacientes ingresados en los pabellones de crónicos del hospital?

20. ¿Considera que existen factores institucionales que en su práctica clínica han repercutido en los ingresos prolongados de los pacientes ingresados en los pabellones de crónicos del hospital?

Anexos 2. Instrumento de recolección de la información

Ficha de recolección de datos

Investigación: Evaluación de la Recuperación clínica a través de Escala HoNOS según las estrategias de rehabilitación psicosocial utilizadas en los pacientes con trastornos psiquiátricos crónicos con ingresos prolongados en el Hospital de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle” durante el período de enero 2019- noviembre 2021.

Nº Ficha: _____

Nº Expediente _____ Fecha de captación del paciente: _____

I- Características generales

-Edad: _____ años

-Sexo: Femenino: _____ Masculino: _____

-Procedencia: Urbana: _____ Rural: _____

-Estado civil: Soltero: _____ Casado _____ Divorciado _____ Viudez _____

-Grado académico Analfabeto _____ Primaria _____ Secundaria _____ Técnico _____
Universitario _____ Profesional _____

-Características antropométricas Peso _____ kg Talla _____ metros

-Índice de masa corporal (IMC)

Bajo peso $\leq 18.5 \text{ Kg/m}^2$ _____ Sobrepeso 25-29.9 Kg/m^2 _____

Normal 18.5-24.9 Kg/m^2 _____ Obesidad $\geq 30 \text{ Kg/m}^2$ _____

-Ocupación Oficio _____ Profesión _____ Ama de casa _____ Estudiante _____
Otros _____ Especificar: _____

-Vinculación familiar Apoyo familiar Sí _____ No _____

-Ingreso al pabellón crónico del Hospital Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle”

Fecha de ingreso __/____/____ -Tiempo de estancia intrahospitalaria al momento del estudio _____

-Diagnóstico psiquiátrico con el que fue ingresado: _____

-Tipo de comorbilidades Diabetes _____ Hipertensión _____ Alzheimer _____

Parkinson _____ Epilepsia _____ Obesidad _____ Cáncer _____

Infecciones _____ Enfermedades Dermatológicas _____

Otras _____ Especificar: _____

-Rehabilitación inicial individualizada (PIR) Se realizó _____ No se realizó _____

Marcar con una X la estrategia de rehabilitación psicosocial observada en que participa el paciente durante cada uno de los tres momentos del estudio.

II. Estrategia de Rehabilitación Psicosocial	Primera observación	Segunda observación	Tercera observación	Observaciones generales
-Terapia farmacológica				
Haloperidol				
Ácido Valproico				
Lorazepam				
Trihexifenidilo				
Amitriptilina				
Antidepresivos				
Eutimizantes				
Antipsicótico				
Benzodiacepina				
-Terapia de educación física				
Deporte en cancha				
Ejercicios de estiramiento				
Caminata				
Deporte en cancha				
-Terapia de laboral				
Jardinería				
Enseñanza ocupacional (manualidades)				
Trabajo en campo				
Cuidado de la habitación				
-Terapia de lectura (Neurocognitiva)				
Cuentos				
Revistas				
Lectura en grupo				
Lecturas compartidas				
Libros de historial				
-Musicoterapia				
Relajación				
Meditación				
Cantar (crea sus propias canciones y canta)				
-Psicodanza				
Bailes de salsa				
Danza de relajación				
-Psicoterapia				
Sesiones psiquiátricas individuales				
Sesiones psiquiátricas grupales				
-Terapia psicoeducativa				
Sesiones en grupo para fumadores				
Aprendizaje en grupo de actividades manuales				

Marcar en cada ítem según corresponda: 0=sin problema, 1=problema menor que no requiere intervención, 2=problema leve pero claramente presente, 3=problema de moderada gravedad, 4=problema grave o muy grave, 9=sin valor o desconocido

III. Descriptores de la Escala HoNOS	Primer Momento del estudio	Segundo Momento del estudio	Tercer Momento del estudio
Componente A. Problemas conductuales			
1. Conducta hiperactiva, agresiva, disruptiva o agitada			
2. Autolesiones no accidentales			
3. Consumo problemático de actitud o drogas			
Puntuación del componente A (rango 0-12)			
Componente B. Deterioro			
4. Problemas cognitivos			
5. Problemas por enfermedad física o discapacidad			
Puntuación del componente B (rango 0-8)			
Componente C: Problemas clínicos			
6. Problemas asociados a la presencia de ideas delirantes y alucinaciones			
7. Problemas en relación con el humor depresivo			
8. Otros problemas mentales o conductuales			
Puntuación del componente C (rango 0-12)			
Componente D: Problemas sociales			
9. Problemas con las relaciones			
10. Problemas con las actividades de la vida cotidiana			
11. Problemas en las condiciones de vida			
12. Problemas en relación con la ocupación y las actividades			
Puntuación del componente D (rango 0-16)			
Puntuación total de la Escala HoNOS (rango 0-48)			
IV. Evaluación del Paciente			
Resultado de la puntuación total de la escala HoNOS			
0 a 12 puntos= Resultado leve			
13 a 24 puntos= Resultado moderado			
25 a 37 puntos= Resultado grave			
38 a 48 puntos= Resultado muy grave			
Grado de funcionalidad			
Con avances			
Sin avances			
Evaluación de la Rehabilitación Psicosocial			
Con recuperación de destrezas			
Sin recuperación de destrezas (Estacionario)			

Anexos 3. Tablas del estudio

Tabla 20

Característica antropométrica Índice de masa corporal (kg/m²) según el sexo de los pacientes en estudio

Característica antropométrica Índice de masa corporal (kg/m ²)	Sexo del paciente					
	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Bajo peso ≤ 18.5	4	21,1%	5	18,5%	9	19,6%
Normal 18.5-24.9	8	42,1%	17	63,0%	25	54,3%
Sobrepeso 25-29.9	4	21,1%	5	18,5%	9	19,6%
Obesidad ≥ 30	3	15,8%	0	0,0%	3	6,5%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%

Nota: análisis de datos programa SPSS v25

Tabla 21*Características clínicas con respecto a las comorbilidades según el sexo de los pacientes*

Características clínicas	Sexo del paciente					
	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Comorbilidades						
Presenta comorbilidades	15	78,9%	22	81,5%	37	80,4%
No presenta comorbilidades	4	21,1%	5	18,5%	9	19,6%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Diabetes						
Sí	9	47,4%	1	3,7%	10	21,7%
No	10	52,6%	26	96,3%	36	78,3%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Hipertensión						
Sí	8	42,1%	7	25,9%	15	32,6%
No	11	57,9%	20	74,1%	31	67,4%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Epilepsia						
Sí	3	15,8%	2	7,4%	5	10,9%
No	16	84,2%	25	92,6%	41	89,1%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Obesidad						
Sí	3	15,8%	0	0,0%	3	6,5%
No	16	84,2%	27	100,0%	43	93,5%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Cáncer						
Sí	1	5,3%	1	3,7%	2	4,3%
No	18	94,7%	26	96,3%	44	95,7%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Enfermedades dermatológicas						
Sí	1	5,3%	2	7,4%	3	6,5%
No	18	94,7%	25	92,6%	43	93,5%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Anemia						
Sí	2	10,5%	3	11,1%	5	10,9%
No	17	89,5%	24	88,9%	41	89,1%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%

Nota: análisis de datos programa SPSS v25

Tabla 22*Características clínicas con respecto a las comorbilidades según el sexo de los pacientes.*

Características clínicas	Sexo del paciente					
	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Comorbilidades						
Hiponatremia leve						
Sí	0	0,0%	10	37,0%	10	21,7%
No	19	100,0%	17	63,0%	36	78,3%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Hiperplasia prostática						
Sí	0	0,0%	4	14,8%	4	8,7%
No	19	100,0%	23	85,2%	42	91,3%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Dislipidemia						
Sí	6	31,6%	4	14,8%	10	21,7%
No	13	68,4%	23	85,2%	36	78,3%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
No vidente						
Sí	0	0,0%	1	3,7%	1	2,2%
No	19	100,0%	26	96,3%	45	97,8%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Alzheimer						
No	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Parkinson						
No	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Infecciones						
No	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%

Nota: análisis de datos programa SPSS v25

Tabla 23*Terapia psicofarmacológica según el sexo de los pacientes en estudio*

Terapia psicofarmacológica	Sexo del paciente					
	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Terapia psicofarmacológica						
Sí	19	100,0%	22	81,5%	41	89,1%
No	0	0,0%	5	18,5%	5	10,9%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Haloperidol						
Sí	11	57,9%	14	51,9%	25	54,3%
No	8	42,1%	13	48,1%	21	45,7%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Ácido Valproico						
Sí	8	42,1%	13	48,1%	21	45,7%
No	11	57,9%	14	51,9%	25	54,3%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Lorazepam						
Sí	1	5,3%	1	3,7%	2	4,3%
No	18	94,7%	26	96,3%	44	95,7%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Trihexifenidilo						
Sí	9	47,4%	1	3,7%	10	21,7%
No	10	52,6%	26	96,3%	36	78,3%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Amitriptilina						
Sí	1	5,3%	0	0,0%	1	2,2%
No	18	94,7%	27	100,0%	45	97,8%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Antidepresivos						
Sí	4	21,1%	3	11,1%	7	15,2%
No	15	78,9%	24	88,9%	39	84,8%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Eutimizantes						
Sí	4	21,1%	0	0,0%	4	8,7%
No	15	78,9%	27	100,0%	42	91,3%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Antipsicótico						
Sí	2	10,5%	12	44,4%	14	30,4%
No	17	89,5%	15	55,6%	32	69,6%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Benzodiacepina						
Sí	16	84,2%	9	33,3%	25	54,3%
No	3	15,8%	18	66,7%	21	45,7%

Total	19	100.0%	27	100,0%	46	100,0%
-------	----	--------	----	--------	----	--------

Nota: análisis de datos programa SPSS v25

Tabla 24

Terapia de educación física según el sexo de los pacientes en estudio

Actividades cotidianas Terapia de educación física	Sexo del paciente					
	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Terapia de educación física						
Sí	14	73,7%	17	63,0%	31	67,4%
No	5	26,3%	10	37,0%	15	32,6%
Total	19	100.0%	27	100,0%	46	100,0%
Deporte en cancha						
No	19	100.0%	27	100,0%	46	100,0%
Total	19	100.0%	27	100,0%	46	100,0%
Ejercicio de estiramiento						
Sí	13	68,4%	17	63,0%	30	65,2%
No	6	31,6%	10	37,0%	16	34,8%
Total	19	100.0%	27	100,0%	46	100,0%
Caminata						
Sí	1	5,3%	0	0,0%	1	2,2%
No	18	94,7%	27	100,0%	45	97,8%
Total	19	100.0%	27	100,0%	46	100,0%

Nota: análisis de datos programa SPSS v25

Tabla 25*Terapia de laboral según el sexo de los pacientes en estudio*

Actividades cotidianas Terapia de laboral	Sexo del paciente					
	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Terapia de laboral						
Sí	13	68,4%	16	59,3%	29	63,0%
No	6	31,6%	11	40,7%	17	37,0%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Jardinería						
Sí	0	0,0%	1	3,7%	1	2,2%
No	19	100,0%	26	96,3%	45	97,8%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Enseñanza ocupacional						
Sí	4	21,1%	2	7,4%	6	13,0%
No	15	78,9%	25	92,6%	40	87,0%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Trabajo en campo						
Sí	0	0,0%	1	3,7%	1	2,2%
No	19	100,0%	26	96,3%	45	97,8%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Cuidado de la habitación						
Sí	13	68,4%	16	59,3%	29	63,0%
No	6	31,6%	11	40,7%	17	37,0%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%

Nota: análisis de datos programa SPSS v25

Tabla 26*Musicoterapia según el sexo de los pacientes en estudio*

Actividades cotidianas Musicoterapia	Sexo del paciente					
	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Musicoterapia						
Sí	13	68,4%	20	74,1%	33	71,7%
No	6	31,6%	7	25,9%	13	28,3%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Relajación						
Sí	9	47,4%	20	74,1%	29	63,0%
No	10	52,6%	7	25,9%	17	37,0%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Meditación						
No	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Cantar						
Sí	5	26,3%	0	0,0%	5	10,9%
No	14	73,7%	27	100,0%	41	89,1%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%

Nota: análisis de datos programa SPSS v25

Tabla 27*Psicodanza según el sexo de los pacientes en estudio*

Actividades cotidianas Psicodanza	Sexo del paciente					
	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Psicodanza						
Sí	9	47,4%	0	0,0%	9	19,6%
No	10	52,6%	27	100,0%	37	80,4%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Bailes de danza						
Sí	6	31,6%	0	0,0%	6	13,0%
No	13	68,4%	27	100,0%	40	87,0%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Danza de relajación						
Sí	2	10,5%	0	0,0%	2	4,3%
No	17	89,5%	27	100,0%	44	95,7%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%

Nota: análisis de datos programa SPSS v25

Tabla 28*Psicoterapia según el sexo de los pacientes en estudio*

Actividades cotidianas Psicoterapia	Sexo del paciente					
	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Psicoterapia						
Sí	0	0,0%	7	25,9%	7	15,2%
No	19	100,0%	20	74,1%	39	84,8%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Sesiones psicológicas individuales						
Sí	0	0,0%	5	18,5%	5	10,9%
No	19	100,0%	22	81,5%	41	89,1%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Sesiones psicológicas grupales						
Sí	0	0,0%	6	22,2%	6	13,0%
No	19	100,0%	21	77,8%	40	87,0%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%

Nota: análisis de datos programa SPSS v25

Tabla 29*Terapia psicoeducativa según el sexo de los pacientes en estudio*

Actividades cotidianas Terapia psicoeducativa	Sexo del paciente					
	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Terapia Psicoeducativa						
Sí	1	5,3%	3	11,1%	4	8,7%
No	18	94,7%	24	88,9%	42	91,3%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Sesiones en grupo para fumadores						
Sí	0	0,0%	1	3,7%	1	2,2%
No	19	100,0%	26	96,3%	45	97,8%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%
Aprendizaje en grupo de actividades manuales						
Sí	0	0,0%	2	7,4%	2	4,3%
No	19	100,0%	25	92,6%	44	95,7%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%

Nota: análisis de datos programa SPSS v25

Tabla 30*Componente A. Problemas conductuales Escala HoNOS según el sexo de los pacientes en estudio*

A. Problemas conductuales Rango (0-12)	Sexo del paciente					
	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
0 - 3 puntos Leve	18	94,7%	21	77,8%	39	84,8%
4 - 6 puntos Moderado	1	5,3%	6	22,2%	7	15,2%
7 - 9 puntos Grave	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
10 - 12 puntos Muy grave	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%

Nota: análisis de datos programa SPSS v25

Chi-cuadrado de Pearson:2,486 valor p: ,115

Tabla 31*B. Deterioro Escala HoNOS según el sexo de los pacientes en estudio*

A. Deterioro (0-8)	Sexo del paciente					
	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
0 - 1 puntos Leve	5	26,3%	5	18,5%	10	21,7%
2 - 4 puntos Moderado	9	47,4%	7	25,9%	16	34,8%
5 - 6 puntos Grave	5	26,3%	6	22,2%	11	23,9%
7 - 8 puntos Muy grave	0	0,0%	9	33,3%	9	19,6%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%

Nota: análisis de datos programa SPSS v25

Chi-cuadrado de Pearson:8,198 valor p: ,042

Tabla 32*C. Problemas clínicos Escala HoNOS según el sexo de los pacientes en estudio*

A. Problemas clínicos (0-12)	Sexo del paciente					
	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
0 - 3 puntos Leve	16	84,2%	9	33,3%	25	54,3%
4 - 6 puntos Moderado	3	15,8%	10	37,0%	13	28,3%
7 - 9 puntos Grave	0	0,0%	6	22,2%	6	13,0%
10 - 12 puntos Muy grave	0	0,0%	2	7,4%	2	4,3%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%

Nota: análisis de datos programa SPSS v25

Chi-cuadrado de Pearson:12,723 valor p: ,005

Tabla 33*D. Problemas sociales Escala HoNOS según el sexo de los pacientes en estudio*

A. Problemas sociales (0-16)	Sexo del paciente					
	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
0 - 4 puntos Leve	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
5 - 8 puntos Moderado	5	26,3%	3	11,1%	8	17,4%
9 – 12 puntos Grave	14	73,7%	18	66,7%	32	69,6%
13 – 16 puntos Muy grave	0	0,0%	6	22,2%	6	13,0%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%

Nota: análisis de datos programa SPSS v25

Chi-cuadrado de Pearson:15,784 valor p: ,055

Tabla 34*Total de la Escala HoNOS según el sexo de los pacientes en estudio*

Total de Escala HoNOS (0-48)	Sexo del paciente					
	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
0 - 12 puntos Leve	5	26,3%	3	11,1%	8	17,4%
13 - 24 puntos Moderado	14	73,7%	12	44,4%	26	56,5%
25 – 36 puntos Grave	0	0,0%	11	40,7%	11	23,9%
37 – 48 puntos Muy grave	0	0,0%	1	3,7%	1	2,2%
Total	19	100,0%	27	100,0%	46	100,0%

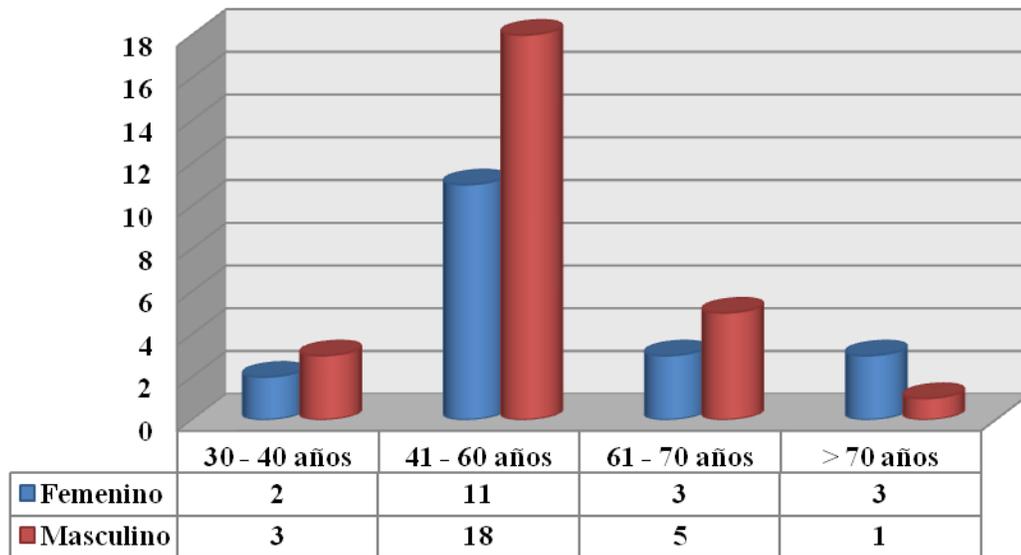
Nota: análisis de datos programa SPSS v25

Chi-cuadrado de Pearson:11,614 valor p: ,009

Anexos 4 Gráficos del estudio

Gráfico 15. *Distribución de la edad según el sexo de los pacientes en estudio*

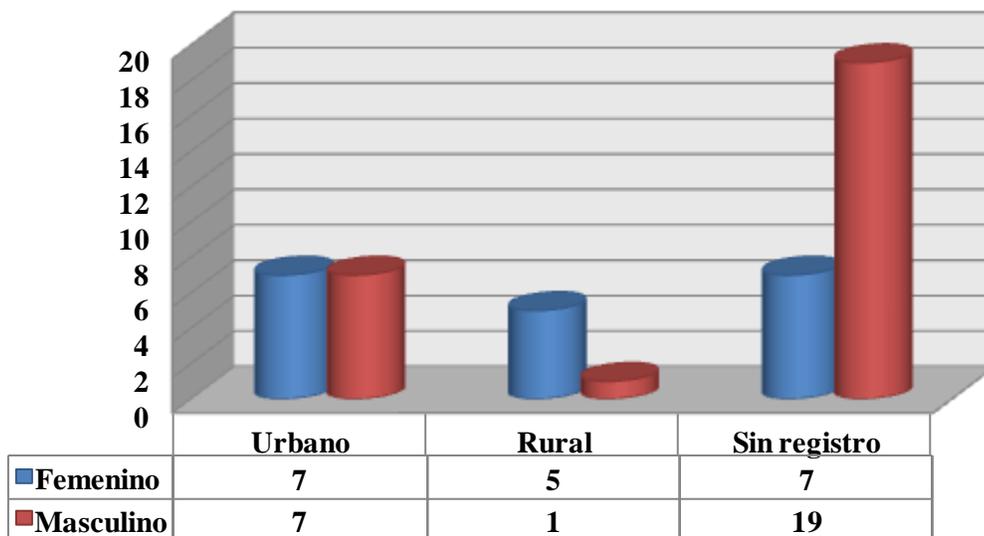
Distribución de la edad según el sexo del paciente



Nota: análisis de datos programa SPSS v25 Tabla 11

Gráfico 16. *Lugar de procedencia según el sexo de los pacientes en estudio*

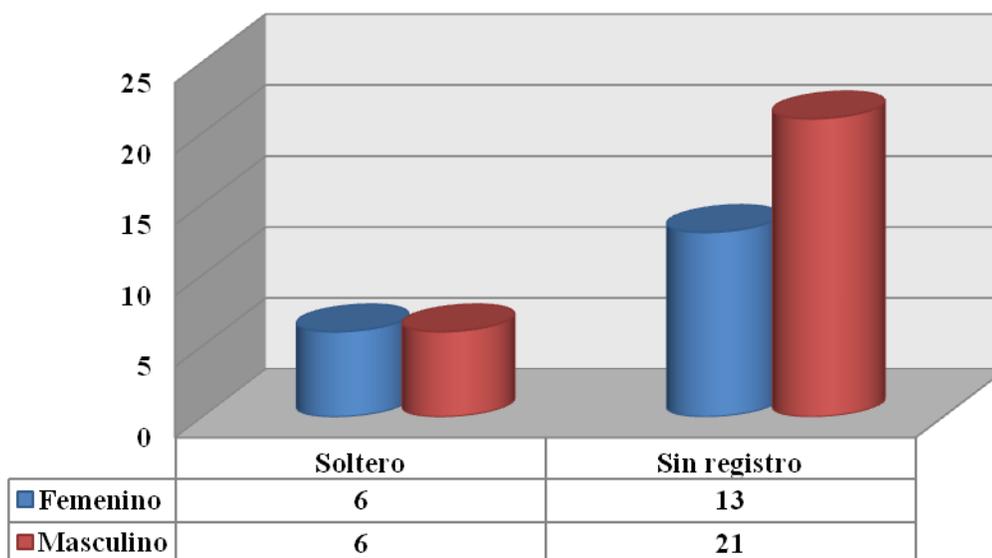
Lugar de procedencia según el sexo del paciente



Nota: análisis de datos programa SPSS v25 Tabla 11

Gráfico 17. Estado civil según el sexo de los pacientes en estudio

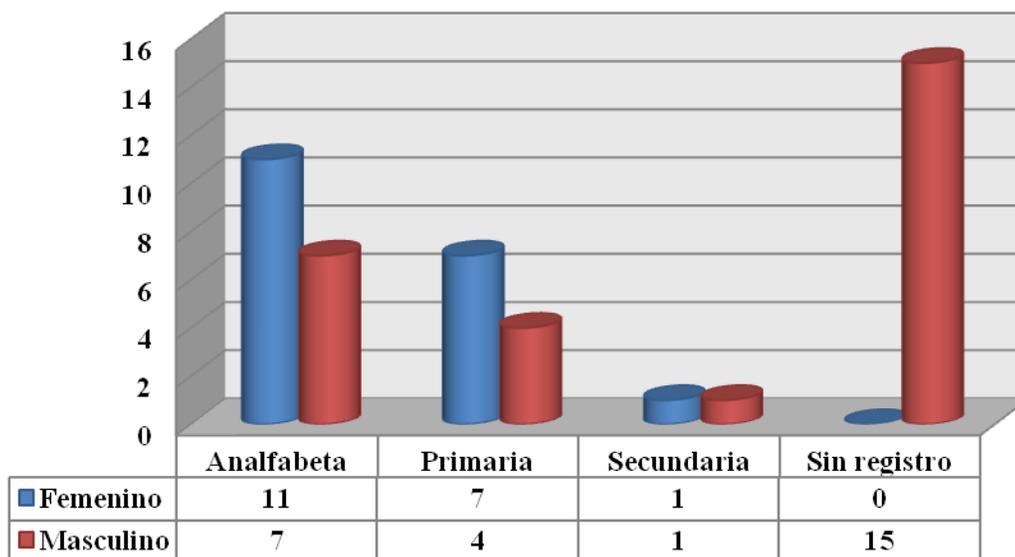
Estado civil según el sexo del paciente



Nota: análisis de datos programa SPSS v25 Tabla 11

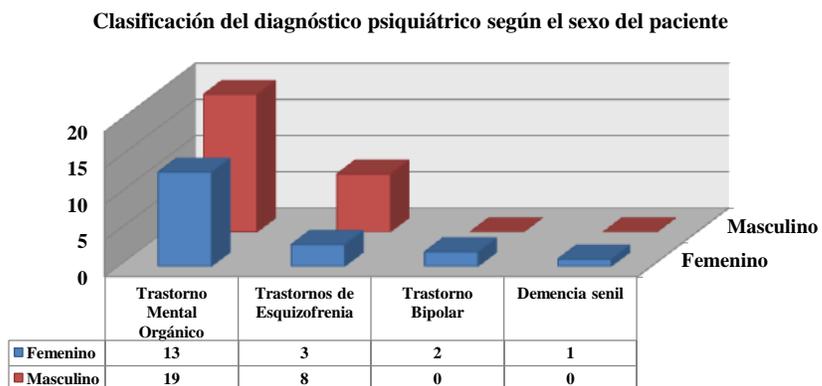
Gráfico 18. Grado académico según el sexo de los pacientes en estudio

Grado académico según el sexo del paciente



Nota: análisis de datos programa SPSS v25 Tabla 11

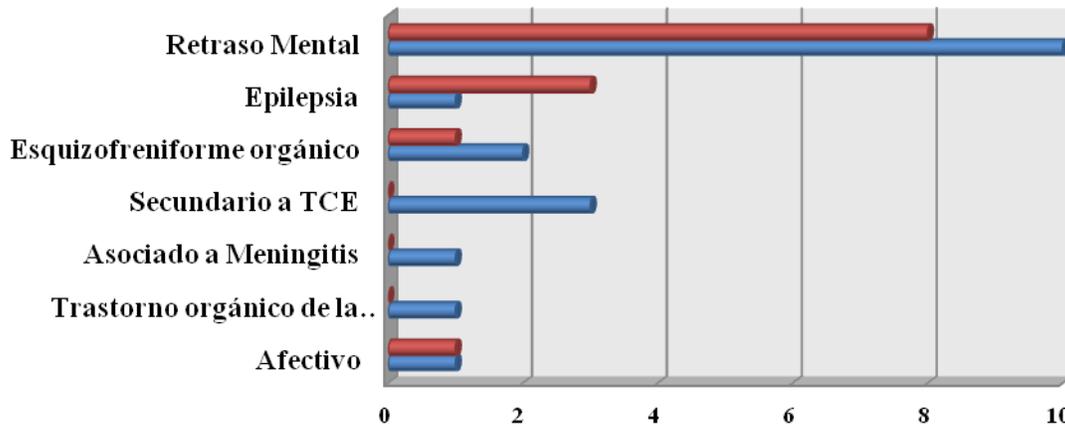
Gráfico 19. *Clasificación del diagnóstico psiquiátrico según el sexo de los pacientes en estudio*



Nota: análisis de datos programa SPSS v25 Tabla 12

Gráfico 20. Tipo de Trastorno Mental Orgánico según el sexo de los pacientes en estudio

Tipo de Trastorno Mental Orgánico según el sexo del paciente

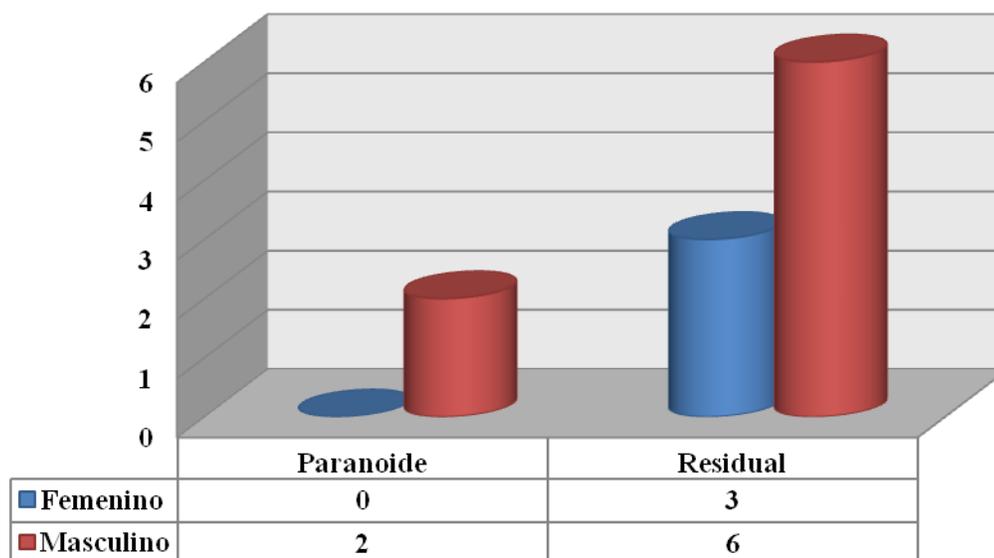


	Afectivo	Trastorno orgánico de la personalidad	Asociado a Meningitis	Secundario a TCE	Esquizofreniforme orgánico	Epilepsia	Retraso Mental
Femenino	1	0	0	0	1	3	8
Masculino	1	1	1	3	2	1	10

Nota: análisis de datos programa SPSS v25 Tabla 13

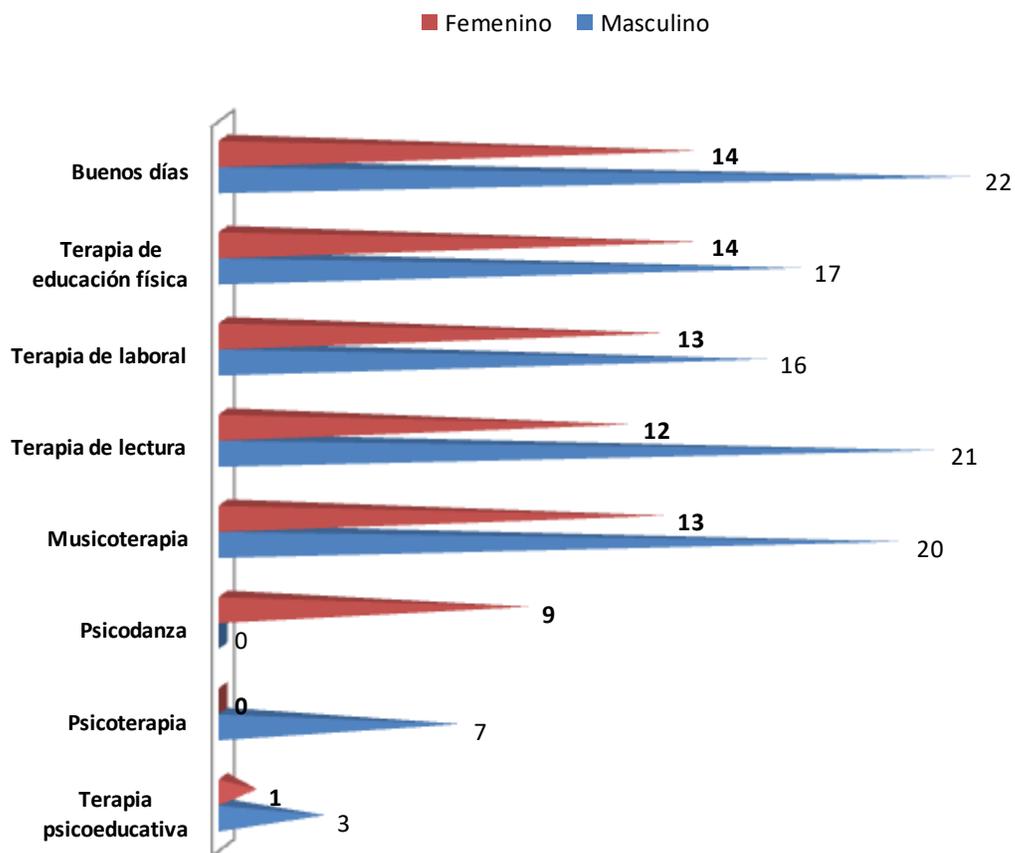
Gráfico 21. *Tipo de Esquizofrenia según el sexo de los pacientes en estudio*

Tipo de Esquizofrenia según el sexo del paciente



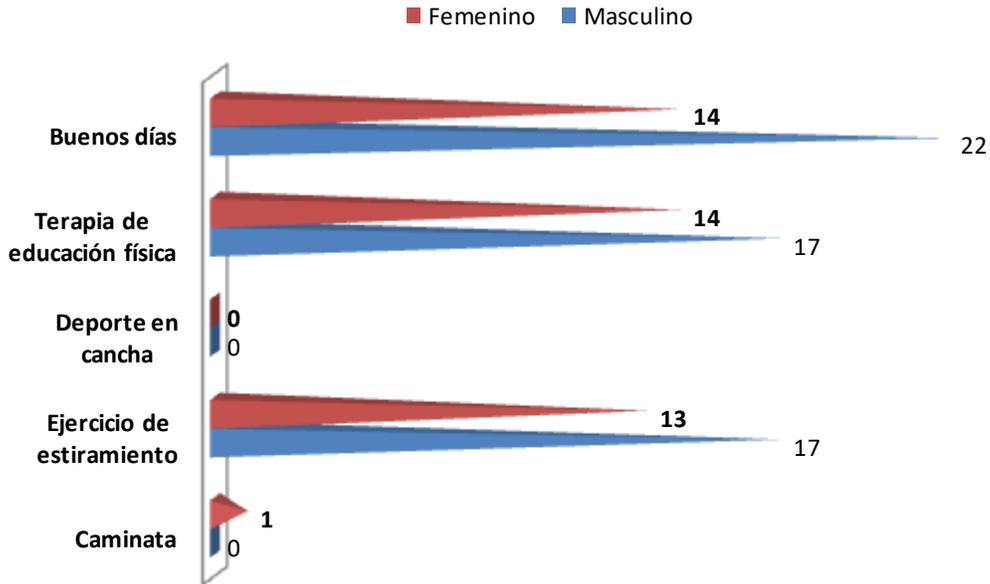
Nota: análisis de datos programa SPSS v25 Tabla 13

Gráfico 22. Estrategias de rehabilitación psicosocial según el sexo de los pacientes en estudio



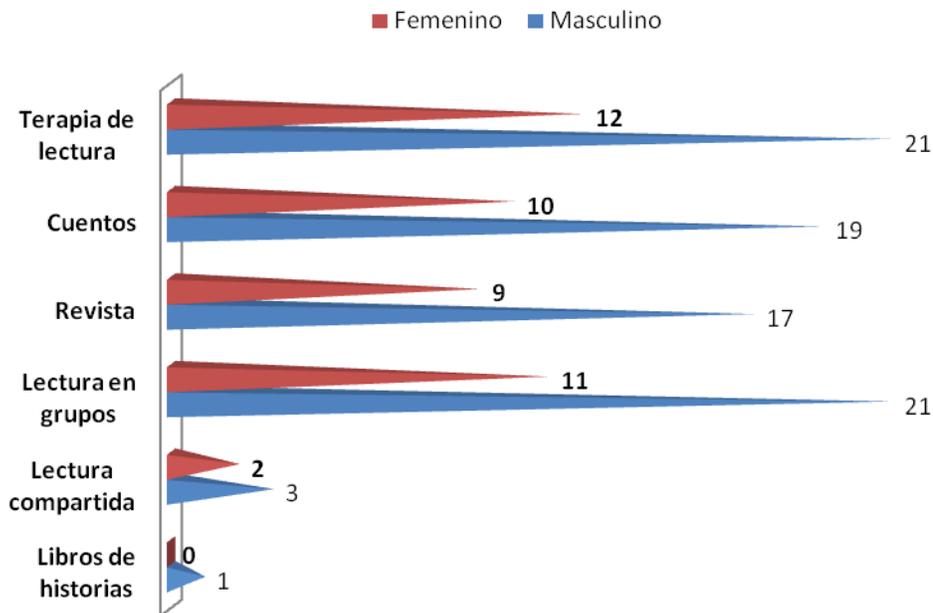
Nota: análisis de datos programa SPSS v25 Tabla 14

Gráfico 23. *Terapia de educación física según el sexo de los pacientes en estudio*



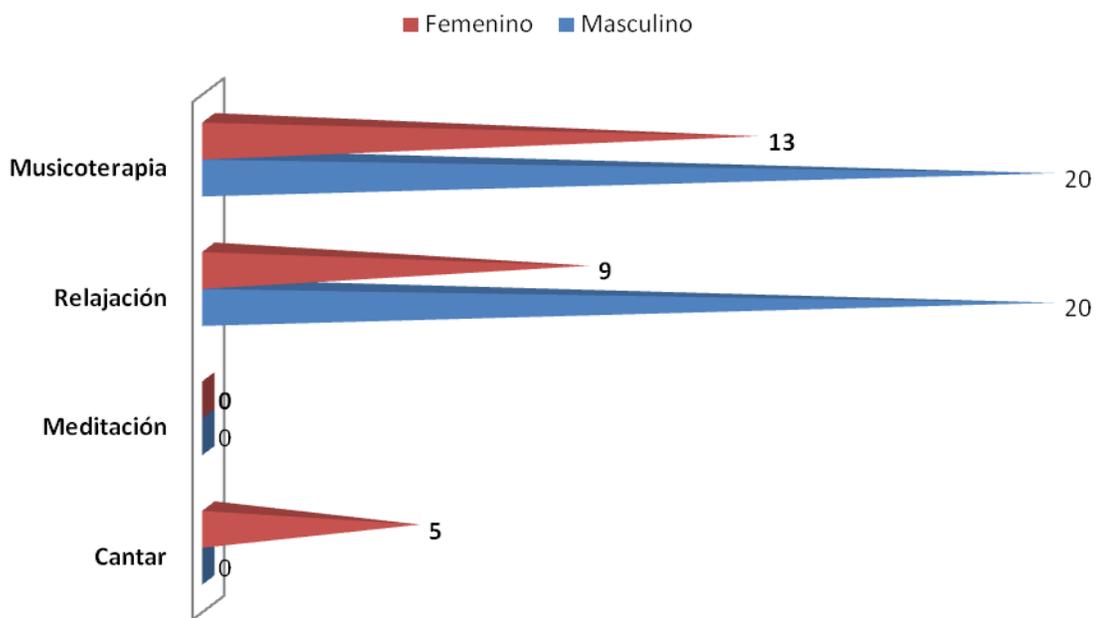
Nota: análisis de datos programa SPSS v25 Tabla 24

Gráfico 24. *Terapia de lectura (Neurocognitiva) según el sexo de los pacientes en estudio*



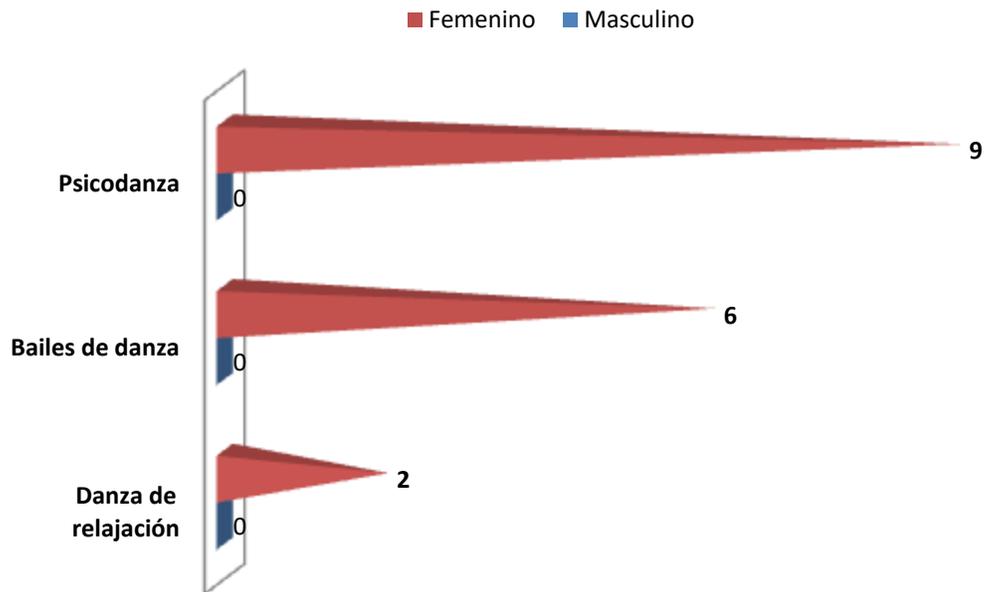
Nota: análisis de datos programa SPSS v25 Tabla 15

Gráfico 25. *Musicoterapia según el sexo de los pacientes en estudio*



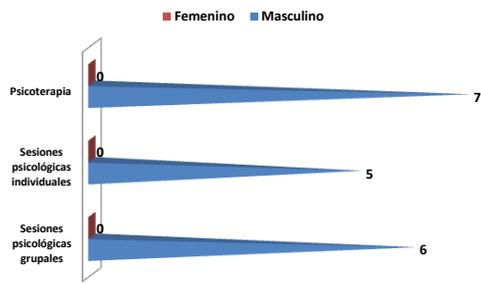
Nota: análisis de datos programa SPSS v25 Tabla 26

Gráfico 26. *Psicodanza según el sexo de los pacientes en estudio*



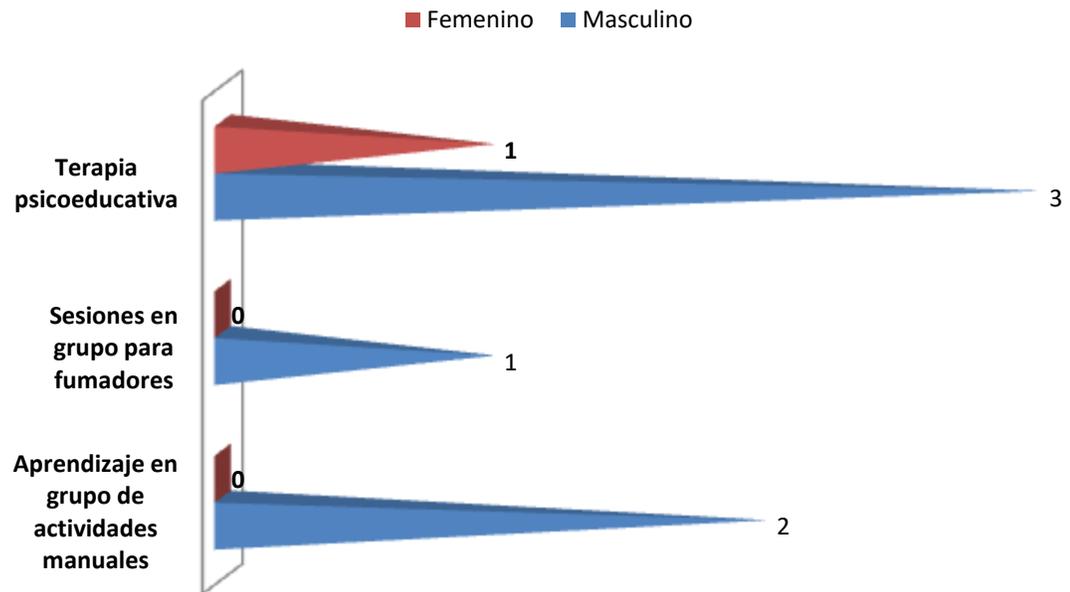
Nota: análisis de datos programa SPSS v25 Tabla 27

Gráfico 27. *Psicoterapia según el sexo de los pacientes en estudio*



Nota: análisis de datos programa SPSS v25 Tabla 28

Gráfico 28. *Terapia psicoeducativa según el sexo de los pacientes en estudio*



Nota: análisis de datos programa SPSS v25 Tabla 29