

77
2e1.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**SEGUIMIENTO TELEFONICO Y VALORACION DE
PACIENTES PSIQUIATRICOS DENTRO DE UN
PROGRAMA DE REHABILITACION PSICOSOCIAL.**

**TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
PABLO ANDRES DIAZ CANTU**

**DIR.: DR. HECTOR LARA TAPIA
ASESOR EST.: LIC. SOTERO MORENO CAMACHO**



MEXICO

1997.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradezco de manera especial al Programa de Becas Tesis de Licenciatura en Proyectos de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México por su apoyo a este proyecto.

De igual forma al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suarez" por las facilidades para la realización de ésta investigación.

¡Libertad a los Angeles Alucinados!
Paciente INNN

¡De cerca nadie es normal!
Anónimo

¡Las cosas que no sirven son todas muy caras!
Desviat

RECONOCIMIENTO Y AGRADECIMIENTO

A mi amigo, investigador incansable, fotógrafo, viajero, descubridor de las mamilinas, el burococo, de la inhibición de los lujuriomas por estimulación del trigémino y a quien me presentó a Garrik.

A la única niña que se come y a su sensacional familia.

A los ángeles alucinados que piden libertad.

Al Big Team

La BM y todos sus miembros.

Y por que el Don se gana, a Doña Maru, Don Max y familia. (incluido yo, claro)

INDICE

Introducción	5
2. Rehabilitación Psicosocial	8
2.1 Historia de la rehabilitación	8
2.2 Qué es la rehabilitación psicosocial	11
2.3 Problemas en rehabilitación psicosocial	15
2.4 Estrategias para la rehabilitación del enfermo mental	18
2.5 Rehabilitación psicosocial y tratamiento	22
2.6 Intenciones de la rehabilitación psicosocial	23
2.7 Principios de la rehabilitación psicosocial	26
2.8 Avances y planteamientos de la rehabilitación psicosocial	27
3. Adherencia Terapéutica	32
3.1 Qué es la adherencia terapéutica	32
3.2 Factores que contribuyen a la adherencia terapéutica	35
3.3 Factores que favorecen la adherencia terapéutica	36
3.4 Factores que impiden la adherencia terapéutica	37
3.5 Adherencia terapeuta-paciente	38
3.6 Adherencia a medicamentos	39
3.7 Expectativas del paciente y la adherencia	41
3.8 Acciones para el manejo de la adherencia terapéutica	42
3.9 Consecuencias de la falta de adherencia terapéutica	44
3.10 El papel de la psicología en la adherencia terapéutica	44
4. Seguimiento Telefónico	46
4.1 Historia del uso del seguimiento telefónico para la solución de problemas	46
4.2 El seguimiento de pacientes psiquiátricos	48

4.3 El uso del seguimiento telefónico en enfermedades psiquiátricas	50
4.4 El seguimiento telefónico y la terapia breve	53
4.5 Principios de la terapia breve	56
4.6 Intenciones de la terapia breve con relación al seguimiento telefónico	57
4.7 La entrevista telefónica	57
4.7.1 Psicoterapia de apoyo	58
4.7.2 Terapia de relajación	59
4.7.3 Técnica de desensibilización	59
4.7.4 Terapia educativa	59
4.7.5 Técnica de automonitoreo	59
4.7.6 Ejercicio físico	60
4.7.7 Ensayo cognitivo conductual	60
4.8 Necesidades para el seguimiento de pacientes vía telefónica	61
4.9 Ventajas y desventajas	64
5. Escala de funcionamiento global	66
6. Antecedentes	69
7. Metodología	71
8. Resultados	76
9. Discusión y conclusiones	82
10. Sugerencias y limitaciones	91
11. Bibliografía	92
12. Anexo	97

RESUMEN

La Rehabilitación Psicosocial es en nuestros tiempos una importante ayuda para el mantenimiento de la salud de los pacientes psiquiátricos, ésta involucra intervenciones médicas, psicológicas y sociales. Todas se utilizan con el objeto de mantener la salud de la población y, en el caso de los pacientes psiquiátricos, se pretende que evite futuras recaídas. Para alcanzar objetivos rehabilitatorios, se implementó un programa de atención vía telefónica, que ofreció principalmente apoyo a pacientes y a sus familiares. El control de los pacientes se realizó por medio de la Escala de Funcionamiento Global (GAF). En caso de recaídas el paciente fue remitido al servicio de salud del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez". Los resultados muestran elevado Funcionamiento Global de los pacientes, durante los seis meses de seguimiento, mejorando su adherencia terapéutica.

Introducción

Los problemas que están alrededor de la enfermedad psiquiátrica son, y han sido tema de muchas investigaciones, desde Pinel hasta los actuales esfuerzos farmacológicos. Este problema lo ha padecido un sinnúmero de personas, de diferentes estratos sociales y de diferentes razas, en todos los casos dificulta el óptimo funcionamiento a las personas, deja grandes temores y ausentes de oportunidades de desarrollo personal a las personas que padecen esta enfermedad.

Los grandes esfuerzos humanos e institucionales, las fuertes inversiones por parte de laboratorios farmacológicos, el desgastante trabajo de personas que de alguna forma se han preocupado por una mejor calidad de vida para los enfermos psiquiátricos, el trabajo de profesionistas y muchos otros esfuerzos que desconocemos, más por ignorancia que por inexistentes, nos han llevado a pensar en la Rehabilitación Psicosocial como una alternativa más para el mejor funcionamiento de las personas que tienen alguna enfermedad psiquiátrica.

Gracias a lo que en términos de rehabilitación se ha alcanzado - e intentando alcanzar -, ahora hemos tenido la oportunidad de ampliar las posibilidades de desarrollo de los pacientes psiquiátricos.

En unos países más que en otros podemos observar mayor interés y por lo tanto mayor desarrollo en cuanto a Rehabilitación Psicosocial, también podemos ver notorias diferencias en la forma de adaptar el proceso rehabilitatorio sobre la base de las posibilidades económicas del país, del entorno social y de las necesidades personales.

Pensando en un país como el nuestro, con tantas posibilidades y limitaciones, hemos tenido que adaptar e innovar en programas de Rehabilitación Psicosocial, para lograr esto se tuvo que revisar lo que en otros países, más afines a nuestra realidad, se ha presentando

Debemos dejar de preocuparnos de sistemas de seguridad social que no nos corresponden o que no se adaptan a nuestras necesidades, y pensar en soluciones reales, donde ya no se observe que la gente padezca de incapacidades que pueden ser en alguna medida controlables si se adaptan a los requerimientos de la población.

Un obstáculo importante es el poco interés político, pero esto no tiene explicaciones, sin embargo recurrir a la historia conlleva la observación de personas que se han comprometido con los avances en Rehabilitación Psicosocial, ahora parece que nuestra labor es no negar nuestra responsabilidad ni negar nuestro rumbo histórico.

No intentar cambios en materia de Rehabilitación Psicosocial es continuar ignorantes ante posibles soluciones. Intentar programas de rehabilitación en un lugar donde las posibilidades y los espacios se cierran cada día se ha convertido en una necesidad humana. Finalmente se ha visto la necesidad de reingresar al paciente a la sociedad y con esto tener gentes productivas, aun con padecimientos como los psiquiátricos. No buscar formas multidisciplinarias de rehabilitación puede hacer que sea muy tarde para muchas personas que con padecimientos no tan severos tiene que ser internadas en granjas.

Dar una solución a estas personas, donde se deje depositado en cada uno una futura historia, y no un hombre postrado, es el interés principal de muchos programas de rehabilitación.

También hemos observado la importancia de la comunicación entre el paciente y los profesionales de la salud (psicólogos, médicos, trabajadoras sociales, etc.), para el mejor control de los padecimientos. A pesar de ese espacio de comunicación y de una atención personalizada hemos visto que los pacientes continúan teniendo recaídas.

Así, los problemas en materia de Rehabilitación Psicosocial se han visto incrementados por la falta de Adherencia Terapéutica por parte de los pacientes psiquiátricos, donde vemos que por diferentes razones el paciente abandona el tratamiento.

En auxilio a estos problemas se ha visto la necesidad de estar en mayor contacto con los pacientes y se ha planteado el seguimiento de los pacientes vía telefónica como el vehículo de enlace entre la institución y el paciente, así como una forma de apoyar al paciente proporcionando información acerca de su padecimiento y apoyo psicológico en los casos que se requiere.

Ahora que conocemos algunas posibilidades de mejorar la calidad de vida de los pacientes psiquiátricos, y contamos con la base de los conocimientos, es imposible dejar de hacer intentos que nos lleven a una completa Rehabilitación de las personas con alguna enfermedad mental.

2. Rehabilitación Psicosocial

2.1 Historia de la Rehabilitación

La rehabilitación de pacientes psiquiátricos a nivel mundial no es algo nuevo, los primeros intentos de rehabilitación aparecieron en el siglo XV, exactamente en 1409, cuando los médicos de Valencia (España) eliminaron las cadenas que usaban los pacientes que sufrían una alteración mental y crearon tratamientos basándose en juegos, ejercicios libres, higiene, entrenamiento, etcétera. (Ordaz, 1988)

En Zaragoza, España, se utilizaba el trabajo agrícola para canalizar las energías de los pacientes en labores constructivas. En el resto de Europa, a fines del siglo XVIII, durante la Revolución Francesa, Pinel, en el hospital Bicêtre de París, libera a los enfermos mentales de sus cadenas, ya que considera que son personas que debido a su estado miserable, merecen toda la consideración que se le debe a la humanidad. Con esto se comienza a dejar a un lado la idea Demónica con la que se catalogaba al enfermo mental y se le empieza a percibir realmente como enfermo. Así Pinel, básicamente, le otorga un trato más humano a los pacientes.

Posterior a Pinel, Ferrus, en el hospital Salpêtrière, en París, continúa la línea de investigación, y crea lo que se le conoce como "Terapia Por El Trabajo". Esta idea se extendió por Inglaterra y en Norteamérica apareció hasta los 50's.

En el siglo XX, H. Simón sistematiza el tratamiento del enfermo mental y le da un carácter científico. En Rusia se intentó llevar a cabo estos trabajos, pero la revolución Rusa impidió que estos se concretaran.

En Inglaterra, Milner, F., en 1919, al igual que Howard, E., en 1927 crean programas de rehabilitación orientados a resolver los problemas surgidos por la guerra (Fraser, N. y Douglas, H., 1990)

Sin ser de gran difusión, pero no por esto de poco interés, en el año de 1944, Valdés realiza en la Isla de Cuba un trabajo en el que anuncia algunas medidas rehabilitatorias para el Hospital de Dementes de Cuba. Desafortunadamente sus intenciones no fructificaron por falta de apoyo oficial.

Durante la etapa revolucionaria de Cuba, es el mismo Ordaz, en el Hospital de Dementes quien da un nuevo giro en cuanto a la rehabilitación, atención médica y necesidades básicas. Se utilizan diferentes tipos de terapia para el tratamiento de pacientes y da un ejemplo de lo que es la rehabilitación del enfermo mental. De esta manera, y en gran parte, debido a la introducción de la nueva ideología socioeconómica, se plantearon algunos principios básicos para la rehabilitación del paciente, como es el tiempo que debe ocupar cada paciente en sus diferentes actividades, las cuales incluirían: trabajo, recreación y deporte.

Esta idea de rehabilitación bien puede ser originada gracias al sistema de gobierno imperante, pero de cualquier forma, esto ha sido un modelo de rehabilitación de gran ayuda para los pacientes.

En los años 60 se empezó a escuchar el término de rehabilitación pero no existía una definición precisa de lo que esto significaba.

Finalmente, ese mismo año, se crea el departamento de terapia ocupacional y rehabilitación, en el Hospital de Dementes de Cuba, el cual cuenta con naves-talleres, campo deportivo y una escuela de enseñanza. También se encarga de ubicar a algunos pacientes en centros de producción y servicios a la comunidad.

Para 1982 se creó la Vicedirección de Rehabilitación y Asuntos Sociales, que controla, supervisa y dirige los servicios de pabellones, centros de rehabilitación protegidos con albergue y cualquier actividad científica y de investigación, dando con esto idea de la que es un procedimiento integral de Rehabilitación Psicosocial.

Hablar de rehabilitación en México nos lleva, en un principio, a reconocer la labor de Monteverde, quién en 1964 al hablar de la "Rehabilitación de los

inválidos por epilepsia" nos da a conocer la gran importancia que tienen los aspectos sociales tanto para el enfermo como para la familia de éste.

Esto nos ha llevado a hablar de la rehabilitación como "una actividad en la que se intenta reincorporar lo más pronto posible al paciente, con un nivel de independencia que le permita desenvolverse dentro de la sociedad sin temores, sin angustias, sin limitaciones y con toda su capacidad" (Monteverde, 1964).

Saraceno (1992) ubica cuatro cambios psiquiátricos históricos que han sido los responsables del interés por la rehabilitación:

1. La desinstitucionalización psiquiátrica donde se ha notado un decremento en la población de pacientes psiquiátricos, lo cual corresponde básicamente al abandono que éstos sufren por sus familiares al ser abandonados en la calle, o al costo elevado de la hospitalización que en muchos casos es difícil de solventar.
2. El concepto que se tiene de la asistencia psiquiátrica, que como todos sabemos nos ha orillado ha pensar en personas que son reclusas socialmente.
3. El aumento en la conciencia de los derechos que tienen los pacientes psiquiátricos, lo cual se ha visto reflejado en los esfuerzos realizados en materia de salud mental y reformas legislativas.
4. Las pruebas epidemiológicas que nos hablan de una mayor cronicación psiquiátrica en pacientes, lo cual es algo inaceptable cuando se saben las formas de manejar la enfermedad.

Pucheu (1981) señala que algo de suma importancia a lo que nos vamos a enfrentar, es al incremento del umbral de tolerancia ante la conducta desviada. Esto quiere decir que el inminente incremento de la población y de la población con enfermedad mental, va a propiciar que la gente sea mas tolerante con las personas que padecen algún tipo de enfermedad mental. Con esto podemos ver que ha quedado atrás la época en la que el enfermo mental se le aislaba durante

toda su vida. Ahora podemos ver que existen trabajos intrahospitalarios y también actividades para realizarse fuera de estos, que han traído mayores beneficios a los pacientes.

2.2 ¿Qué es la rehabilitación Psicosocial?

En primer lugar tenemos que entender lo que es la rehabilitación en sí misma: en términos generales, y de acuerdo a la OMS (1969), "la rehabilitación es un término que se aplica a los impedidos físicos y mentales, y consiste en el uso racional de procedimientos de validismo, como son las medidas médicas, sociales, educacionales y vocacionales, que tienen por objeto adiestrar al individuo para tratar de llevarlo, de acuerdo a sus posibilidades reales, a los niveles más altos de capacidad funcional".

El punto de partida de la rehabilitación es considerar que cualquier enfermo mental es, en algún grado, rehabilitable, no importando que tan afectado esté (Ordaz, 1988), y para lograr este propósito hay que comprender que la rehabilitación va a tener mejores resultados con un enfoque multidisciplinario.

Freeman y Simmons (en Pucheu, 1981), señalan que "la rehabilitación exitosa es la que hace que el paciente puede vivir en un ambiente no médico, a un nivel que sea comparable al de otros adultos."

Por otro lado, Maxwell Jones, (en Pucheu, 1981), entiende la rehabilitación como el "intento de proporcionar al paciente los medios para su mejor desempeño en la comunidad, que le permitan llevar a cabo el mayor número de actividades compatibles con su personalidad".

Bellak (en Pucheu, 1981) se refiere a la rehabilitación como "la reconstrucción de fuerza del ego del paciente, a fin de que éste pueda volver a encontrarse mentalmente capacitado para trabajar y enfrentarse a los factores emocionales de las relaciones interpersonales".

Fraser y Douglas (1990) afirman que la rehabilitación debe de estar diseñada de tal manera que prepare a los participantes para que se desenvuelvan en cualquier medio.

Finalmente Caplan le da al término rehabilitación la categoría de prevención terciaria, lo que involucra "el impedimento debido al trastorno mental, el cual va a incluir la incapacidad provocada por el funcionamiento alterado del paciente y el grado de invalidez que subsiste después de eliminado el trastorno" (en Pucheu, 1981). Como podemos ver, este autor no se limita únicamente a la parte de rehabilitación entendida como la encargada de reducir los efectos causados por la enfermedad y los problemas que trae en el ámbito social y laboral, sino que de alguna forma involucra el tratamiento, el cual tiende a corregir las manifestaciones de la enfermedad, formando con esto un concepto más amplio de lo que es la rehabilitación.

Así, la filosofía de la rehabilitación del enfermo mental es en su esencia: "defender al ser humano, quien en caso de sufrir una merma en sus facultades mentales y sociales, tiene el derecho de volver a integrarse como persona a la sociedad y de que se le devuelva, hasta donde sea posible, su dignidad y utilidad en el mundo de sus congéneres" (Pucheu, 1981).

Como sabemos los intentos psiquiátricos y psicofarmacológicos no han logrado rehabilitar al paciente mental crónico hospitalizado completamente (Quiroga y cols., 1984), por lo que se ha utilizado el enfoque Psicosocial como una alternativa de tratamiento, donde, en algunos casos, los programas no llegan a tener el alcance o los resultados deseados ya sea por falta de recursos de todo tipo, o una deficiente idea sobre lo que es rehabilitación. Pero en todo caso esto también ha servido para discriminar acciones que no se deben tomar.

Saraceno (1992) identifica los primeros intentos de rehabilitación en el trabajo realizado por paramédicos, trabajadoras sociales y el personal religioso que trabaja en hospitales psiquiátricos. En un principio son estas personas las

que daban los primeros intentos de rehabilitación y se le atribuía a una labor en la que los médicos no intervenían.

En estas épocas lo que se pretendía era que los pacientes no pasaran tan mal el tiempo que permanecían en la institución, lo cual ayudaba a que el paciente no sufriera su hospitalización, pero no se les preparaba para los problemas fuera de la institución.

La rehabilitación ha recibido varias definiciones desde los primeros intentos. La necesidad de rehabilitación nos ha orillado a definirla concretamente, a estructurarla y no pensar únicamente en un modelo estrictamente médico o psicológico, sino a integrar ambos conocimientos en beneficio del paciente.

En materia de Rehabilitación, sabemos la necesidad de crear procedimientos donde se integren de forma interdisciplinaria lo biológico, psicológico y sociológico. Dos conceptos básicos que reflejan las intenciones de la rehabilitación Psicosocial son (William, A. 1993):

- 1.- Que las personas (pacientes) desarrollen habilidades.
- 2.- Que las personas (pacientes) desarrollen soportes en el medio ambiente.

De alguna forma se ha comparado la rehabilitación física con la rehabilitación psicosocial. En ambos casos se pretende desarrollar nuevas habilidades en los pacientes y darle los recursos necesarios para su máximo desempeño en el medio ambiente.

Una parte importante de la rehabilitación es conducir o llevar las habilidades aprendidas al hogar y los lugares a los que el sujeto suela asistir.

Bachrach (1992) considera que la Rehabilitación Psicosocial debe de abarcar 8 puntos principales:

1. Desarrollar todas las capacidades con que cuenta el individuo. No se pregunta cuál debe ser la rehabilitación para la población en general, sino se enfoca en cuál debe ser el cuidado apropiado para cada paciente.

2. Centrarse en la importancia de los factores ambientales para el cuidado de las personas con enfermedad mental. Es importante que las capacidades de los pacientes se adapten a su realidad ambiental, o que el ambiente cambie para que encaje con las capacidades del paciente.
 3. Orientarse a la explotación de las habilidades del paciente y cómo mejorar su capacidad de competencia.
 4. Restaurar la esperanza a los individuos que han sufrido en su capacidad funcional y autoestima. De ésta forma, la "esperanza" es esencial en la rehabilitación psiquiátrica.
 5. Debe de haber optimismo acerca del potencial vocacional de individuos con enfermedad mental, en esto encontramos cinco ventajas: a) el trabajo provee ingresos que permiten autonomía para la adquisición de bienes y servicios; b) el trabajo provee el tiempo y espacio necesario para la observación del paciente; c) el trabajo tiene la fuerza para ensanchar el contacto social de la gente con enfermedad mental; d) provee un correcto reconocimiento de los roles sociales; e) y hace que el individuo sea más activo y se comprometa.
 6. Las pretensiones vocacionales sólo son una parte de la Rehabilitación Psicosocial, pero son importantes también las actividades que implican arraigo social y vida recreativa, como son los clubes sociales, por lo que hay que ofrecer programas de resocialización y entrenamiento en habilidades sociales.
 7. La Rehabilitación Psicosocial requiere que el paciente esté involucrado activamente en su propio cuidado y, por lo tanto, en el diseño de su protocolo de rehabilitación. Valores, experiencias, sentimientos, ideas y metas deben formar la dirección de sus planes de tratamiento. Esto hace que el paciente esté completamente informado de la naturaleza de su enfermedad.
 8. La Rehabilitación Psicosocial no es solo un tipo de intervención que se aplica en un momento determinado, es un proceso que debe continuar por mucho tiempo en diferentes escenarios.
- Este autor vincula a la Rehabilitación Psicosocial con el cuidado continuo y se apoya en el hecho de que personas con enfermedad mental presentan diferentes

déficits funcionales en diferentes ambientes sociales, estas personas encuentran dificultades en transferir las herramientas aprendidas a situaciones nuevas.

Como podemos ver, los ocho factores anteriores sugieren la interacción de múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales que influyen en la vida de las personas con enfermedad mental.

Con lo anterior podemos afirmar que la rehabilitación va a consistir en ir alcanzando paso a paso algunas metas, hasta llegar al mejor funcionamiento que la persona pueda tener.

2.3 Problemas en Rehabilitación Psicosocial

Encontrar una sola causa por la que los pacientes no pueden ser rehabilitados es una tarea difícil, sabemos que se han realizado muchas investigaciones a nivel internacional sobre Rehabilitación, tanto de pacientes impedidos físicamente como mentalmente. También sabemos que ambas incapacidades traen como resultado alteraciones en la esfera psíquica de la persona que sufre estos problemas.

Diferentes investigaciones han servido para buscar las causas y factores que incrementan o disminuyen la enfermedad mental y así poder innovar técnicas de intervención para mejorar o, en caso de no ser posible, mantener el estado de salud del rehabilitado.

Dentro de los principales problemas que podemos observar para la rehabilitación del paciente psiquiátrico encontramos:

a) Problemas económicos: durante mucho tiempo hemos tenido la idea de que el principal obstáculo para no llevar a cabo un programa de rehabilitación es la escasez de recursos económicos, lo cual es cierto pero hasta cierto punto, ya que, como hemos visto, una de las principales necesidades es la disposición de personal humano dispuesto a realizar un trabajo de esta naturaleza.

b) Escasez de conocimientos: es lógico suponer, conociendo los antiguos programas hospitalarios, que el paciente no se iba a preparar para la vida fuera del hospital únicamente haciendo figuras o realizando juegos. Si bien, estos son un buen método de socialización, es importante reconocer que tener algún soporte ambiental es de suma importancia para que el paciente vuelva a tener el control de su vida.

c) Naturaleza de la enfermedad: Ordaz (1988) afirma que debido a la enfermedad por la que cursa el paciente las funciones y procesos psíquicos del paciente están perturbados en cierto grado y en especial el interés por las situaciones que lo rodean. Esto como huella que ha dejado la desintegración Psicosocial. Por otra parte las motivaciones psicosociales lo llevan a realizar actividades productivas y así mantener sus funciones psíquicas.

Es importante reconocer que no todos los pacientes son susceptibles de ser rehabilitados, en ocasiones se tienen que referir a algunos pacientes a hospitales granja. Pero precisamente lo que intenta la rehabilitación Psicosocial es que esto no ocurra, que los pacientes no tengan recaídas y se mantengan en un funcionamiento normal. Se ha visto que la posibilidad de rehabilitación en consulta externa es de 20%, dentro del hospital 48% y los no rehabilitables 32%. (De la Parra y cols., en Pucheu, 1981).

d) Problemas familiares y red social: Un punto importante de las formas de rehabilitación es el orientar ésta de cara a la red social del paciente, donde el individuo se hace uno mismo con la sociedad, gracias al cuidado que se tiene en observar las conductas desadaptadas del paciente e intentar corregirlas, implementando la técnica o modelo que sea indicada para el paciente.

Es importante tomar en cuenta si la familia está de acuerdo con los objetivos de la rehabilitación (Fraser y Douglas, 1990). en diferentes estudios se ha visto que son algunas familias las que hacen que las recaídas sean más severas y, por el contrario, otras familias son capaces de minimizar el número de

recaidas o hacer que la severidad de la recaída no amerite hospitalización (Pucheu, 1981; Lara, 1995). Esto ha orillado a estudiar más ampliamente los factores familiares que están interviniendo en el mantenimiento de la salud del enfermo psiquiátrico.

Lewis (en Córdoba, 1976; Fraser, N. y Douglas, H., 1990), nos dice que "el tratamiento de un paciente depende más de su familia, sus empleadores y la actitud de la comunidad hacia él, que de las drogas y la psicoterapia que reciba", por lo que es importante apoyar también a los familiares para reducir el estrés causado por la enfermedad y darles orientación respecto a la identificación de síntomas que se manifiestan al inicio de la enfermedad. Esto entra en lo que Lewis llama prevención terciaria y contribuye a una mejor y más rápida rehabilitación.

Los límites en los que las redes sociales pueden intervenir en la rehabilitación del enfermo mental no son muy claras, ya que cualquier persona que conoce puede intervenir.

e) Hospitalismo: en un principio los hospitales mentales tenían la función de vigilar o custodiar a los pacientes, lo cual trajo como consecuencia lo que se ha conocido como "hospitalismo" o "institucionalismo", lo que conlleva el significado de sumisión, pasividad, pérdida de la individualidad, apatía, falta de iniciativa y aceptación de todo lo que se le impone, con la consecuente aceptación de su estancia en la institución (Valencia y cols. 1986), además de síntomas como angustia, aislamiento social, pérdida de esperanza del futuro, etc.

En investigaciones anteriores se ha visto la importancia que tienen los componentes ambientales tanto del hospital como de la comunidad para facilitar o inhibir el estado de salud de los pacientes (Ryan, 1983). Se ha reconocido el "hospitalismo" como un factor que desplaza y anula la participación del paciente en la comunidad.

Ha sido reconocido por muchos autores (Ayala y cols., 1982) la baja probabilidad de que un paciente que ingresa a un hospital psiquiátrico sea dado de alta y el índice de recaídas es muy alto 72% (Taube, 1974; en Ayala y cols. 1982).

2.4 Estrategias para la rehabilitación del enfermo mental

Para los enfermos mentales crónicos, Ordaz (1988) propone una etapa intrahospitalaria y otra extrahospitalaria. En la primera etapa reconoce cuatro niveles:

- Primer nivel. Se reconoce que tan apto es el paciente para diferentes actividades, por lo que se hace necesaria la asistencia a la terapia ocupacional para saber los intereses del paciente.

- Segundo Nivel. Aquí se aplica un programa sistemático de actividades de todo tipo: laborales, recreativas, deportivas y culturales. Si se encuentra una evolución desfavorable, se evalúa nuevamente al paciente para saber que correcciones hay que hacerle al programa.

- Tercer Nivel. Una vez superado el nivel anterior se estimulan e incrementan los factores que contribuyan a reforzar el interés del paciente por mantener su estado de salud. Aquí pueden existir incentivos materiales, aunque el tener un buen estado de salud puede ser un incentivo por sí mismo

- Cuarto Nivel. Aquí se le prepara para la atención extrahospitalaria. Se observa si el paciente funciona independientemente en las labores que se le asignaron en los niveles anteriores. Posteriormente los pacientes son ubicados en centros laborales ordinarios, donde al final de su jornada laboral regresan al hospital. Así,

cuando se alcanza la estabilidad social y laboral, se pasa a la etapa extrahospitalaria.

En la etapa extrahospitalaria se pretende que el paciente pase al estatus de egresado. Para lograr esta meta se coloca al paciente en "centros de rehabilitación protegidos con albergue", los cuales "son residencias extrahospitalarias organizadas sobre la base de los principios de la comunidad terapéutica y vinculada a centros laborales de producción o servicios, donde los pacientes que han alcanzado el 5o. nivel de rehabilitación desarrollan sus actividades sociolaborales, en estrecha interacción con la población circundante y los trabajos regulares, con los que comparten similares condiciones de trabajo". Es en estos lugares donde se les incrementan las actividades sociolaborales, para consolidar así la resocialización.

De alguna forma, el viaje de un nivel a otro, de forma progresiva y constante, nos va a llevar a una mejor participación social de los pacientes para atenuar de forma progresiva la dependencia a la institución por parte del enfermo, a alcanzar el máximo de sus capacidades sociolaborales y corregir actitudes que se hayan observado en el medio familiar, laboral o social.

El último nivel dentro de esta segunda etapa es que el paciente viva en su hogar y trabaje a un ritmo normal y conforme a las leyes laborales. Se mantiene contacto con el paciente por medio de visitas periódicas, chequeos médicos y asistencia institucional para resolver aquellos problemas que se pudieran presentar. De esta forma se habrá cumplido la rehabilitación, que, como podemos ver, en el último de los casos se trata de proceso continuo, y no de algo que un mal día termina.

También se han observado resultados en instruir a la familia del paciente sobre cuáles son las primeras manifestaciones del padecimiento y para tener al paciente en constante observación. Esto se hace con el fin de evitar recaídas, tener asistencia médica en las primeras manifestaciones de recaída y, en caso

necesario, que sea internado lo más pronto posible para controlar rápidamente los síntomas y hacer que la estancia en el hospital sea menos prolongada (Pucheu, 1981).

Se ha propuesto dentro de los programas de rehabilitación el apoyo a los pacientes por medio de la creación de microempresas, donde el paciente obtiene un empleo y una forma de sentirse útil y aceptado en la sociedad; estas promueven la autonomía, la protección y producción. El objetivo de este tipo de rehabilitación no es solamente el obtener ganancias materiales, sino un proceso circular, donde el terminar el proceso implica el realizar nuevamente otro esfuerzo por continuar siendo productivo.

Es común que el enfermo necesite asistencia médica, terapéutica, vocacional, recreacional y una vigilancia constante. Y sabemos que el enfermo mental va a ser más rehabilitable en tanto más tiempo (horas/hombre) se le brinde (Pucheu, 1981)

Ordaz (1988) establece algunos lineamientos que debe seguir la rehabilitación del enfermo mental. Entre estos encontró:

a) Pedagógicos. Una parte muy importante de la rehabilitación es el esfuerzo pedagógico que se tiene que realizar. Aquí se implementan normas sociales, laborales y recreativas, las cuales reflejan lo que se vive fuera del hospital. Se realizan actividades colectivas que llevan al paciente a involucrarse más en situaciones que causan tensión y pertenencia. Un reforzador de estas actividades son los estímulos materiales y morales que recibe el paciente.

b) Laborales: se propone a la terapia ocupacional como un camino para la desaparición o atenuación de los síntomas, a la vez que nos proporciona un diagnóstico y evaluación del estado del paciente. En el aspecto laboral se ha de tener en cuenta el valor y satisfacción que produce el trabajo que se realiza, así como lo que piense el paciente de lo que hace.

En muchos casos no es solamente la remuneración económica lo importante, sino lo que para el paciente significa lo que hace. Es aquí donde se ponen en juego nuevamente las habilidades sociales que el paciente haya recuperado y cuáles aún puede ser capaz de recuperar.

Con esto podemos ver como el funcionamiento laboral puede darnos un punto de referencia del estado de salud del paciente, donde se procura en un principio la adaptación del paciente, hasta llegar a obtener buenos resultados en aspectos productivos. Esto se intenta gradualmente, no forzando los límites del paciente. Al final del tratamiento se trata de establecer al paciente en una actividad similar a la que realizó cuando estaba hospitalizado.

c) Terapéuticos. Se estimulan las actividades extralaborales, como deportes, artes y cualquier actividad de integración que garantice el sueño y la recreación.

Por su parte Saraceno (1992) identifica algunos modelos teóricos sobre rehabilitación Psicosocial, entre estos se encuentran:

- 1.- El entrenamiento de habilidades sociales, los cuales son modelos de origen conductista y lo que intentan es reforzar las habilidades sociales de los pacientes.
- 2.- Reforzamiento de comportamientos socialmente competentes. El cual es una especie de conductismo pero no tan rígido, donde se aplican programas individuales de competencia en aspectos como aseo, trabajo, relaciones, etc.
- 3.- Modelos psicoeducacionales donde se usan técnicas psicoeducativas para que las familias de los pacientes puedan manejar sus emociones y con esto disminuir las recaídas de los pacientes. Se utiliza terapia familiar, entrenamiento a familiares, recursos profesionales, etc.
- 4.- Modelo de Ciompi (1987). Es una estrategia rehabilitadora centrada en expectativas, sus dos principales intereses son en el área laboral y en el manejo dentro del hogar.

Es importante reconocer que los modelos antes mencionados son empíricos, y más dependen de la organización, los recursos, estrategias y escenarios que de la aplicación de estos modelos como guía. Lo cual nos indica que para cada situación pueden existir variantes de éstos y otros modelos.

Todos los modelos de rehabilitación intentan tener injerencia en el ámbito laboral, social y familiar. Estas dimensiones o niveles deben ser atendidas de forma integral (Saraceno, 1992).

2.5 Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento

En ocasiones podemos ver que la línea que divide la rehabilitación del tratamiento es muy tenue o, en ocasiones, inexistente. Pero de cualquier forma, antes de intentar establecer un programa de rehabilitación es importante contar con un buen diagnóstico y un tratamiento que aporte los máximos beneficios al enfermo.

Es aconsejable que el tratamiento y la rehabilitación se apliquen simultáneamente ya que están íntimamente ligados (Monteverde, 1964).

Pucheu (1981) hace una clara diferencia entre tratamiento y rehabilitación. Por un lado el tratamiento tiende a corregir las manifestaciones de la enfermedad, y la rehabilitación intenta devolver al paciente a sus originales roles afectivos y sociales. Sin embargo otros autores como Barton (en Pucheu, 1981), no reconoce diferencias entre rehabilitación y tratamiento ya que ambas se llevan a cabo desde el principio. Aún así hace una ligera diferencia al decir que el tratamiento va a atender los problemas primarios y la rehabilitación enfatiza el empleo de capacidades vocacionales que disminuyan las deficiencias y superen el impedimento.

Con lo anterior podemos ver que la rehabilitación se ha llegado a ver como parte del tratamiento, o viceversa, pero de ninguna forma es posible verlos

separados, y al ir juntos es posible aplicarlos desde el momento en el que el paciente se atiende por primera vez, ya sea en el consultorio, en el hospital o el hogar.

Lo que finalmente se intenta es que el paciente sea más dinámico y no se atenga al antiguo método hospitalario, donde el paciente presente apatía, aislamiento, inactividad y pérdida de individualidad entre muchos otros cuadros de dependencia.

Füredi (1986) propone que cada médico, - y también cada institución- debe encontrar el programa rehabilitatorio adecuado para cada paciente y empezar por enseñar a los pacientes nuevas habilidades para modificar su entorno de forma que ofrezca mayor apoyo al enfermo. También encontró que la familia y el trabajo son factores esenciales que tienen que ser atendidos al mismo tiempo que la enfermedad mental. Y así la rehabilitación tendrá como meta final el que el paciente recupere poco a poco la confianza y estimación de sí mismo.

Es importante reconocer la importancia que tiene el trabajo en tratamiento o rehabilitación del paciente psiquiátrico y ver los efectos que éste tiene a nivel biológico, ya que ayuda a que el enfermo se mantenga física y mentalmente ocupado, haciendo del enfermo una persona más saludable y productiva para la sociedad.

2.6 Intenciones de la Rehabilitación Psicosocial

Se ha visto que pacientes que han sido hospitalizados se rehusan a dejar el hospital por que ven el medio externo poco tolerable, y en la institución él encuentra mayor seguridad y tolerancia (Füredi, 1986).

La rehabilitación no sigue un método específico, "cada institución debe buscar sus propios modelos rehabilitatorios a través de investigaciones y de su aplicación a escala piloto" (Pucheu, 1981; Füredi, 1986).

Al pensar que cada hospital debe tener su propio programa de rehabilitación, también debemos pensar en usar todos los servicios humanos y materiales disponibles, donde todo el personal esté involucrado y se usen todos los recursos necesarios.

Gran parte de la actividad en rehabilitación es estimular al paciente a que lleve una vida tan normal como sea posible y no hacerlo dependiente del médico del terapeuta o la institución. Se han visto diferentes intentos por rehabilitar al enfermo mental, entre estos se encuentran los hospitales, el hospital diurno, las casas intermedias, los talleres protegidos, clubes para expacientes, etc. (Pucheu, 1981).

El interés principal de la Rehabilitación Psicosocial es suprimir, en lo posible, la utilización del hospital psiquiátrico, definir las intervenciones terapéuticas que hay que seguir, así como las acciones políticas, sociales y sanitarias necesarias para que el programa sea llevado a cabo (Desviat, 1997).

Algunas indicaciones en el momento de la rehabilitación incluyen pedirle al paciente que participe en actividades, en un principio evitar situaciones peligrosas como manejar, evitar bebidas alcohólicas y en general enfatizar en todo lo que implica tener una vida ordenada.

A grandes rasgos la rehabilitación tiene por objeto "Reincorporar al individuo a la comunidad, ya sea a su actividad anterior o a otra en la que puede desempeñarse lo más satisfactoriamente posible". Inicia en el hospital y debe ser continuada una vez que el paciente sale de éste, por medio de programas de supervisión preventiva o de seguimiento del estado de salud a fin de favorecer áreas vocacionales, educativas, laborales, recreativas y ocupacionales (Pucheu, 1981).

En la rehabilitación psicosocial no se trata de sobrevalorar lo social como único método, tenemos que estar consciente de la etiología de la enfermedad, de que el paciente necesita medicamentos y que la rehabilitación es un esfuerzo interdisciplinario. Que fracasa en gran medida por la falta de adherencia terapéutica.

De alguna forma la rehabilitación psicosocial procura vigilar que la terapia ocupacional se lleva a cabo en el ambiente social, y una forma de estar en contacto con los avances de la rehabilitación es por medio del seguimiento del paciente, ya sea viéndolo directamente en su ambiente laboral o vía telefónica preguntando como ha sido su funcionamiento últimamente.

Es importante reconocer que, en materia de rehabilitación, los objetivos que se intentan alcanzar se tienen que ir implementando de forma progresiva, pero debemos saber que no en todos los pacientes se van a dar logros de la misma forma, seguramente unos pacientes tardarán más que otros en llegar a un determinado nivel de rehabilitación. Debido a lo anterior es importante programar las actividades en base a cada paciente.

Dentro de la rehabilitación también se intenta vigilar como se está desarrollando el proceso de "recreación" de los pacientes, lo que implica, en un primer término, observar cuáles son las actividades que el paciente es capaz de desarrollar, y posteriormente ver en que ocupa su tiempo libre. Lo anterior nos lleva a observar de forma indirecta el estado de salud del paciente, y como se conduce en sus actividades, ya que es aquí donde se pueden observar algunos síntomas que nos indiquen desadaptación del paciente.

Es necesario subrayar la importancia de la terapia ocupacional como un método rehabilitatorio, tan importante como cualquier otro que procure el restablecimiento del estado de salud del enfermo.

Todo lo anterior representa un modelo detallado de rehabilitación, pero no hay que olvidar que lo importante es que cada institución cree su propio método de rehabilitación.

Reviste gran importancia el compromiso que la institución adquiere desde el momento en que comienza la rehabilitación y este compromiso se extiende hasta que el paciente adquiere el estatus de alta protegida, donde la institución

tiene la obligación de vigilar el estado de salud del paciente, ya sea asistiendo a casa del paciente o verificando telefónicamente su estado de salud.

Existen muchos modelos que intentan enfrentar los problemas de los pacientes psiquiátricos crónicos, también existen diferentes programas que han intentado una alternativa de tratamiento y rehabilitación del enfermo mental. En todos estos programas de rehabilitación, la intención principal es reingresar al paciente a la comunidad con todas sus habilidades, hasta que se pueda reconocer cuando se está en peligro de una recaída.

Una idea central de la Rehabilitación Psicosocial es usar el hospital psiquiátrico lo menos que sea posible y, en especial, suprimir la hospitalización psiquiátrica (Desviat, 1997).

En ocasiones, como una forma de vigilar el tratamiento, se utiliza la hospitalización, pero sólo en los casos en que esto sea inevitable, esto es, cuando está en riesgo la salud o vida del paciente o atenta la estabilidad social.

2.7 Principios de la Rehabilitación Psicosocial

Los principios de la Rehabilitación Psicosocial para Saraceno (1993) son:

- 1.- La Rehabilitación Psicosocial es una serie de procesos que ayudan a disminuir la discapacidad y el handicap producido por la enfermedad.
- 2.- Estos procesos están orientados a promover la competencia cognitiva y emocional de la gente discapacitada.
- 3.- Los procedimientos de la Rehabilitación Psicosocial están orientados a la activación de recursos humanos y materiales accesibles para la gente discapacitada.
- 4.- Para las estrategias operacionales de la rehabilitación psicosocial son determinantes los escenarios sociales de los establecimientos institucionales.
- 5.- La Rehabilitación Psicosocial no es solo un modelo técnico.

6.- La necesidad de la investigación en Rehabilitación Psicosocial nos lleva a “repara el conocimiento acerca de los determinantes de factores de riesgo y de buena evolución”.

7.- La escasez de recursos frecuentemente no impide a un servicio de salud mental obtener excelentes resultados.

8.- La prevención de la enfermedad mental y la Rehabilitación Psicosocial pueden servir como una política de promoción de salud mental.

2.8 Avances y planteamientos de la Rehabilitación Psicosocial

En un principio debemos de tratar de entender que es la rehabilitación Psicosocial. Pitta (1997) nos dice que ésta es una intervención terciaria destinada a pacientes crónicos y, a la vez es una utopía, algo que debe animar todos los tratamientos desde su inicio. Pero en forma general los programas de rehabilitación están orientados a la comunidad y al trabajo con la comunidad.

Deva (1997) dice que “el objetivo de la Rehabilitación Psicosocial es tratar de lograr el máximo nivel de mejoría posible dentro de la discapacidad, pero sin ningún prejuicio acerca del paciente”, este proceso debe involucrar a la familia, el trabajo, el clima económico, etc., pero es de suma importancia mejorar el ambiente hospitalario para mejorar la salud. Este cambio hospitalario puede incluir el utilizar los hogares protegidos, los hospitales de día, etc.

Evitar que los pacientes se vuelvan crónicos es el objetivo de los hospitales de día y con esto evitar la hospitalización. Bowen (en Deva, 1997) enfatiza el hecho de hospitalizar a familias completas para la rehabilitación, esto debe llevarse acabo en el propio hogar.

La Rehabilitación Psicosocial forma una red de salud, donde se crea un lugar de urgencia que funciona en todo momento, el cual puede dar asistencia tanto a los pacientes como a su familia. De esta forma se intenta implementar programas orientados a evitar complicaciones en el control de las crisis.

Al hablar de pacientes con alguna enfermedad mental es imposible separar lo biológico de lo psicológico, por lo que involucrar a la familia en el proceso de rehabilitación es de suma importancia, así como toda la red social, haciéndole saber qué es lo que le pasa a su enfermo.

Parte de la rehabilitación es saber escoger qué es lo que se puede rehabilitar y con qué herramientas se cuenta para tal efecto. Utilizar el diagnóstico clínico, en los programas de rehabilitación, hace más fácil la comprensión entre los especialistas y procura una mayor atención a las posibles manifestaciones que corresponden a dicho cuadro clínico.

Desviat (1997) nos dice que en general los programas de rehabilitación están destinados a dos cosas principales:

- 1.- A la desinstitutionalización del paciente. Donde se busca en primer lugar la externalización y posteriormente la reinserción social
- 2.- A la rehabilitación de pacientes crónicos, que aún viviendo en la comunidad, tienen bajo nivel de autonomía y dificultades en la comunidad.

Es obvio que la rehabilitación se hace y se debe hacer fuera del hospital, aunque hay autores que afirman que la rehabilitación comienza desde el ingreso del paciente al hospital.

Los alcances en Rehabilitación Psicosocial han hecho que se cambien 16000 camas de centros manicomiales por Centros de Atención Psicosocial (CAPS), Núcleos de Atención Psicosocial (NAPS) y Hospitales de día (Pitta, 1997).

El nivel del tratamiento en rehabilitación va a depender del nivel en el que se encuentre el paciente (Saraceno, 1997; Ordaz 1988).

La estrategia de la rehabilitación es hacer accesible la vanalización, que es la reinserción a la sociedad. De tal forma, la formalización en rehabilitación no existe, ésta varía de país en país y de momento a momento (Saraceno, 1997).

La rehabilitación se define con base a los objetivos que el grupo de rehabilitación decida, por lo que no hay un solo método de rehabilitación. El

objetivo de la rehabilitación es más ambicioso según esté evolucionada la institución que aplica el programa de rehabilitación.

Así podemos ver que la rehabilitación tiene grados diferentes de involucración técnica, política, social, etc. El personal que hace la rehabilitación también varía, por lo que la rehabilitación no tiene definición, ya que definirla limita y sesga los objetivos, técnicas, espacios, etc., definirla involucraría un sesgo epistemológico.

Finalmente tenemos que no hay una definición para la rehabilitación, hay muchas, y dependen de los objetivos que se pretendan. Lo cierto es que es más rehabilitador lo que más crea intercambio (Saraceno, 1997).

Una definición de los centros de Rehabilitación Protegidos con Albergue es: "Son residencias extrahospitalarias organizadas sobre la base de los principios de la comunidad terapéutica y vinculada a centros laborales de producción o servicios, donde los pacientes que han alcanzado el quinto nivel de rehabilitación desarrollan sus actividades sociolaborales en estrecha interacción con la población circundante y los trabajos regulares, con los que comparten similares condiciones de trabajo".

En estos centros, como en cualquier sociedad, son de gran importancia las gratificaciones morales y materiales. Esto aunado a una correcta terapéutica ocupacional, psicofarmacológica y psicológica va a arrojar resultados positivos en la rehabilitación.

Dentro de algunos programas de rehabilitación se observan intentos por evitar las recaídas de los pacientes, pero, en muchos casos, estas son prácticamente imposibles de evitar, por lo que es mejor intervenir oportunamente para disminuir la cantidad de días de hospitalización. Dando con esto una alternativa más para la pronta recuperación del paciente psiquiátrico.

Valencia (1988), apoyado en autores como Wing y Brown (1970); Wallace (1980); Gunderson (1980); Schwartz Myers y cols. (1973); Grinspoon, Ewalt Y Shader (1972); y May (1968); afirma que los neurolepticos son esenciales en pacientes psicóticos. Los casos de los pacientes que no los utilizan son prácticamente inexistentes en el sistema de salud mental, también encontró una relación directa entre tratamiento y rehabilitación, disminución de sintomatología y la estabilidad del funcionamiento global, lo cual atribuye al programa de tratamiento integral y rehabilitación Psicosocial.

En los hospitales se pueden usar un gran número de tratamientos, y es un lugar idóneo para comenzar la rehabilitación psicosocial.

Wink (en Valencia, 1988) ha llamado al "institucionalismo" como "síndrome de pobreza clínica" y ha identificado algunos síntomas para esta conducta, como son: Aislamiento social, lentitud, bajo nivel de actividad, pobreza en el lenguaje, aplanamiento afectivo, falta de motivación, apatía, indiferencia, retracción de manifestaciones emocionales, falta de cooperación en su tratamiento, aislamiento, resignación, y sometimiento al ambiente institucional.

Los anteriores síntomas puede llevar al paciente desde un estado de letargo severo a una evitación pasiva de interacción social, ya que la falta de contacto con el mundo exterior, la inactividad forzosa, el personal autoritario de los hospitales, el no estar en contacto con las pertenencias personales, el exceso de psicofármacos, la total ausencia de perspectivas futuras, y todo aquello que ha rodeado al ambiente institucional esta provocando que la reinserción a la comunidad sea más difícil, sin embargo, es en los hospitales donde se puede usar un gran número de tratamientos con los que se puede iniciar la Rehabilitación Psicosocial.

Finalmente podemos ver que al hablar de rehabilitación es común ver esfuerzos guiados, principalmente a actividades que tienden a mantener al paciente ocupado en actividades lúdicas. En pocas ocasiones vemos el trabajo

remunerado como parte esencial de la rehabilitación. Éste, entre muchos aspectos más, puede ser uno de los siguientes pasos a implementar en el proceso rehabilitatorio integral de los pacientes psiquiátricos, desde el momento en que ingresan al hospital, hasta su correcto funcionamiento en la sociedad.

3. Adherencia Terapéutica

3.1 ¿Qué es la Adherencia Terapéutica?

Los estudios sobre Adherencia Terapéutica han tenido mayor impulso en los últimos años, pero este problema se conoce hace mucho tiempo. Sousa (1987) afirma que el primer estudio que se conoce sobre Adherencia Terapéutica apareció en el año de 1943.

Alrededor de la Adherencia Terapéutica son muchos los problemas que están relacionados, en un principio podemos pensar que los problemas de adherencia son causados únicamente por dos factores, en primer lugar estarían los problemas originados directamente por el paciente, y en segundo lugar los problemas relacionados con el médico y/o terapeuta, pero no hay que olvidar que "existen componentes psicológicos que producen el no-cumplimiento o incumplimiento (noncompliance) de un tratamiento" (Puente, 1984; Sousa, 1987).

También es común pensar que el dar una receta y algunas indicaciones al paciente van a provocar el restablecimiento del estado de salud. Pero se ha visto que esto no es suficiente y los pacientes continúan recayendo por diferentes factores. Es importante reconocer que los acuerdos terapéuticos o médicos tampoco son suficientes, y que no basta con darle las indicaciones al paciente para creer que con esto se van a obtener buenos resultados.

Así, la falta de Adherencia Terapéutica se convierte en un asunto complicado, y es aún más complicado cuando se trata de pacientes que, debido a la cronicidad de su padecimiento, son incapaces de atender indicaciones, como es el caso de los pacientes psiquiátricos. Se ha visto que los problemas de Adherencia Terapéutica son más comunes en la mayoría de los casos en que el paciente requiere un tratamiento prolongado (Puente, 1984), donde muchas veces el paciente ve que su estado de salud se ha repuesto, y esto hace que el paciente abandone el tratamiento y como consecuencia recaer.

En la mayoría de los casos la adherencia terapéutica va a incluir principalmente:

- a) no tomar sus medicamentos
- b) no asistir a las citas que tiene programadas
- c) no seguir una vida ordenada en cuanto a hábitos de descanso y actividades
- d) dejar de acudir definitivamente a cita.

También es común ver que los pacientes vayan de clínica en clínica, de hospital en hospital o de doctor en doctor sin haber encontrado solución o control a sus padecimientos, lo cual va en detrimento de la salud del paciente y de la economía de él mismo y la sociedad. Sousa (1987) afirma que el 13% de todos los pacientes que no cumplen con el tratamiento cuestan tanto como el otro 87% que si terminan su tratamiento.

Es común que los pacientes no cumplan con las prescripciones que se les indica y quieran tomar la iniciativa de como tomar sus medicamentos. También podemos ver que olvidan la fecha de su cita, que no siguen una dieta indicada o desertan de un tratamiento.

Intentar ver las fallas en la adherencia terapéutica no es una labor fácil y reconocer cuándo ésta se está presentando no lo es menos, ya que los problemas pueden ocurrir al inicio de un tratamiento, al intentar continuar con el tratamiento o en el hecho de llevar a cabo completamente un tratamiento (Blackwell, 1976; en Puente, 1984).

Un primer problema al que nos enfrentamos al hablar de Adherencia terapéutica es tratar de identificar lo que esto significa. Puente (1984) afirma que la Adherencia Terapéutica es el "proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del terapeuta, es decir, cuando cumple con las prescripciones recibidas". La falta de adherencia terapéutica nos habla de "aquella situación en la que el paciente no sigue el programa terapéutico establecido por su médico o terapeuta para el manejo de una enfermedad o padecimiento";

Dominguez (1984) se refiere a la Adherencia Terapéutica como la "implementación completa de las instrucciones terapéuticas"; Ulmer (en Sousa, 1987) nos dice que la adherencia terapéutica es "el cumplimiento del paciente a las órdenes del médico"; y finalmente Ruiz de Chavez (1984), nos dice que es "el grado en el que el paciente cumple con la totalidad el esquema prescrito"

Actualmente no se tienen datos que nos muestren cuantas personas abandonan un tratamiento, pero se conocen algunas variables que intervienen, como son el apoyo familiar o sencillamente el que el paciente empiece a sentir mejoría y por este motivo creer que ya no necesita el medicamento.

Diferentes investigaciones (Puente, 1984; Maciel y Romero, 1995) nos muestran que los intentos por encontrar un perfil del paciente desertor han fracasado, y no parece haber un sólo tipo de persona que abandone el tratamiento. Se ha pensado que los médicos y/o terapeutas también contribuyen a que los pacientes no se adhieran al tratamiento

Brandy (1965; en Puente, 1984) menciona que el inicio del tratamiento es un periodo importante para saber si el paciente es capaz de llevar a cabo el tratamiento o va a abandonarlo en poco tiempo.

Leventhal (1982; en Sousa, 1987) menciona la incapacidad del paciente para confrontar sus teorías con las del médico como una explicación de por qué el paciente no sigue las ordenes del médico, lo cual hace mención, en cierta forma, a la resistencia que puede presentar el paciente como un mecanismo de autorregulación ante una situación de emergencia, o una especie de negación a su padecimiento.

Puente (1984) considera que no es posible predecir la conducta de una persona en base a su pasado o en modelos relacionales, ya que en ocasiones existen otros factores que, como menciona Braybooke y Lindblom (1983; en Puente, 1984), intervienen en la toma de decisiones, como es el cumplimiento terapéutico. Entre estos factores encontramos las experiencias de socialización del pasado, las expectativas y observaciones presentes, las restricciones biológicas, económicas, sociales y las normas culturales.

Con lo anterior podemos ver que el gran número de posibilidades de adherencia que tenemos se reduce significativamente.

Debido a esto es preciso implementar alternativas que contribuyan a una mejor y más rápida recuperación de los pacientes, donde se intervenga tanto en los factores sociológicos, psicológicos y fisiológicos.

Al lograr la adherencia terapéutica de un paciente se puede conseguir que éste, al ir observando que sus molestias disminuyen y que tiene un soporte ambiental adecuado, se autocontrole, pueda actuar libremente y elegir lo que quiere hacer, lo cual trae como consecuencia sentimientos gratificantes.

Al parecer, otro tipo de problema que afecta la Adherencia Terapéutica se presenta en el ámbito institucional, donde no se cuenta con el personal necesario para atender las fallas relacionadas con la Adherencia Terapéutica, o al no promover nuevas alternativas que hagan que los pacientes no abandonen los tratamientos, asistan a sus consultas o tengan fácil acceso a los servicios de urgencia. Es claro suponer que más atención en este problema implica tener que aportan una mayor cantidad de recursos económicos y humanos.

3.2 Factores que contribuyen a la adherencia terapéutica

En la Adherencia Terapéutica, Puente (1984) identifica tres factores que contribuyen a la Adherencia terapéutica:

a) Factores Sociológicos

Dentro de los factores sociológicos que van a influir en la adherencia terapéutica están las expectativas de salud y atención que se tienen de los diferentes servicios de salud, es decir, el saber que al llegar a un instituto, hospital o clínica uno va a ser atendido rápidamente o le van a dar una cita a la que tiene que acudir es dos, cuatro o seis meses.

Otro aspecto que contribuye a la adherencia terapéutica es la influencia que tienen las figuras significativas del paciente y de que forma estas reaccionan ante

la enfermedad. También hay que ver si la enfermedad hace que el paciente este incapacitado y cual es la actitud que toma el paciente ante su incapacidad, si la ve como un obstáculo a superar o se vale de ella para obtener todo lo que quiere.

No hay que olvidar que también la edad, el sexo, el nivel de educación, el nivel social y cultural afectan a los factores sociológicos que promueven la adherencia terapéutica.

b) Factores Psicológicos

Al empezar a sentir molestias el paciente de algún tipo comenzará a buscar alternativas para mejorar su estado de salud. Entre estas alternativas podemos ver que el paciente puede dejar de tomar su medicamento o abandonar el tratamiento. En casos como éste, donde se observa que el paciente no es muy asertivo en sus decisiones es necesario orientarlo en favor del mantenimiento de su salud.

c) Factores Fisiológicos

Para el enfermo mental éste viene a ser una de los puntos más importantes para la adherencia terapéutica, ya que depende de que tan severos son los síntomas, la duración de ellos, que tanto lo incapacitan, que tan grave considera su enfermedad, etc. Todos estos van a contribuir a que el paciente acepte o niegue su enfermedad, a que cuide su estado de salud y por consiguiente tenga una buena o mala adherencia al tratamiento.

3.3 Factores que favorecen la Adherencia Terapéutica

Autores como Maynes y Sackett (1976, en Puente, 1984) identifican como factores que incrementan la adherencia terapéutica "el que el paciente reconozca su enfermedad, que esté consciente de las consecuencias que tiene el no atenderse (labor ya difícil en pacientes que, en ocasiones, llegan a perder el contacto con la realidad) también intervienen los hábitos que tenga la persona

para cumplir con sus obligaciones en cualquier área de su vida, esto es, van a tener mayor adherencia terapéutica las personas que tengan mejores hábitos de disciplina y planeación; influyen también el grado de satisfacción que el paciente haya alcanzado con el tratamiento, si ha visto resultados claros; la disposición del médico o terapeuta, lo cual significa ver con mayor frecuencia al paciente, por lo menos durante los primeros días de tratamiento. Obvia decir que la calidad de la relación terapeuta-paciente es de suma importancia”.

3.4 Factores que impiden la adherencia Terapéutica

Factores contrarios a los anteriores nos van a dar como resultado una disminución en la Adherencia Terapéutica, pero también encontramos:

- a) La multifarmacia o tratamientos muy difíciles de seguir, con muchos medicamentos.
- b) Si el tratamiento involucra grandes cambios de conducta, como en el caso de los adultos, cuando debido a su enfermedad se ven limitados para hacer las actividades que anteriormente solían hacer.
- c) Citas muy alejadas una de otra, o cancelar citas por parte del médico.

Otros autores como Puente y Domínguez (1984), por mencionar estudios realizados en México, han identificado algunos elementos que dificultan el cumplimiento de un tratamiento o la adherencia a un tratamiento. Entre estos podemos encontrar:

- a) las ideas del paciente respecto a su enfermedad
- b) su relación con el médico
- c) las reacciones emocionales
- d) los hábitos del paciente como causantes de que se abandone un tratamiento
- e) mecanismos de defensa.

Para Domínguez (1984) las manifestaciones de falla en la adherencia terapéutica se muestran como "fallas para iniciar o continuar un tratamiento, para acudir a las citas de seguimiento o supervisión, para tomar los medicamentos o para modificar, restringir o cambiar actividades en la persona".

Con lo anterior, podemos decir que la falta de adherencia terapéutica va a comprender todos aquellos casos en donde hay una "terminación prematura por parte del paciente de la terapia".

Este autor desecha que factores demográficos o algunos de personalidad tengan que ver con la adherencia terapéutica, e identifica como factores que van a promover la adherencia terapéutica a:

- a) La larga duración de los tratamientos.
- b) La eficacia de la terapia.

3.5 Adherencia Terapeuta-Paciente

Stunkard (en Domínguez, 1984) comenta que " se crea una mejor adherencia cuando los clínicos (*médicos, terapeutas, etc.*) se muestran cálidos, empáticos y se involucran en una conversación social y en intercambios específicos, proporcionando instrucciones individualizadas y específicas", con estas actitudes podemos reconocer que la actividad y conducta del terapeuta pueden dar como resultado una mayor adherencia terapéutica.

Es difícil identificar cuándo una relación terapeuta paciente va a dar un resultado satisfactorio en los programas de tratamiento. A este respecto Domínguez (1984) identifica tres factores no verbales que son importantes e intervienen en la adherencia terapéutica:

- a) Uno es el "atractivo personal" del terapeuta y /o médico al paciente, lo cual depende en gran parte de lo que haga el terapeuta.
- b) El reforzamiento social, que consistirá en reforzarle al paciente las conductas que lo llevarán a alcanzar la mejoría.
- c) La actitud que tiene el terapeuta, la disposición y el interés para con sus pacientes.

También se ha visto que poner mucho interés en un paciente al principio del tratamiento y tiempo después no ser así, trae como resultado disminución de la adherencia terapéutica.

En cierta forma, esto se puede ver reflejado en el número de citas del paciente, el trato que el terapeuta le da, cómo se dirige a ellos, que tanto se involucra con sus pacientes, etcétera.

Una técnica muy importante para la adherencia del paciente a su terapia son las dinámicas de grupo, donde se despiertan motivaciones e identidad con otras personas que padecen lo mismo y que tratan de mantener un buen estado de salud. Desafortunadamente no existen muchos lugares que cuenten con los recursos humanos y materiales para dar éste tipo de servicio.

Tabla 1.- Como influye la relación terapeuta-paciente. (Puente, 1984)

- a) A mayor satisfacción, mayor porcentaje de cumplimiento terapéutico.
- b) A mayor satisfacción, menor deserción
- c) A mayor duración (continuidad), mejor cumplimiento.
- d) La actitud del terapeuta es una variable importante en el cumplimiento terapéutico.
- e) Algunos autores consideran que la causa principal de incumplimiento, es la comunicación deficiente entre el terapeuta y el paciente.

3.6 Adherencia a medicamentos

Los adelantos científicos han dado como resultado que algunos medicamentos tengan escasos o ningún efecto colateral, también somos capaces de conocer el tiempo de acción de los medicamentos, las dosis adecuadas para cada paciente según la edad, peso, tipo de padecimiento, etc., pero aún sabiendo esto, no ha sido posible lograr una buena adherencia a los medicamentos.

Puente (1984) encontró que dentro de la falta de adherencia a la terapia con medicamentos se encontraban las siguientes causas:

a) Errores de omisión: Aquí el paciente no se toma los medicamentos prescritos pero no existe razón alguna para que no lo haga. Entre las causas que se pueden encontrar están el olvido, la falta de disciplina, el negar que está enfermo, los efectos colaterales del medicamento, etc.

b) Errores de dosis: Esto es, el paciente no se toma la dosis adecuada ya sea por falta de información respecto a la cantidad de medicamento que debe tomar, o por que cree que necesita una mayor o menor dosis

c) Errores de tiempo: El paciente no se toma el medicamento a sus horas y puede tomarlo en una sola ocasión varias dosis juntas.

d) Errores de propósito: El paciente desconoce para que se toma los medicamentos, ya sea por confusión propia o por mala información recibida por parte del médico.

e) Automedicación. Donde el paciente se administra medicamentos no prescritos (Shwartz, D. y cols. 1962; en Puente, 1984).

Tabla 2.- Factores de Riesgo que afectan la Adherencia al Medicamento (Puente, 1984).

AUMENTA	DISMINUYE
1.- Consideración del paciente de la gravedad del padecimiento.	1.- Complejidad del tratamiento.
2.- Estabilidad familiar.	2.- Grado requerido de cambio de conducta.
3.- Cumplimiento en otras áreas.	3.- Tiempo de espera para la consulta.
4.- Satisfacción del paciente.	
5.- Supervisión cercana del médico	

Kasi (1975, en Domínguez, 1984) asegura que "es más fácil seguir indicaciones del médico cuando el medicamento proporciona algún alivio a los síntomas". Esto nos habla de la importancia que tiene el que no se presentes efectos colaterales o que estos sean lo más leves posible. Este mismo autor se inclina a pensar que no basta que el paciente sepa de su padecimiento para que se presente una mayor adherencia terapéutica. Esto llega a ser cierto hasta cierto punto, pero no parece haber tomado en cuenta que lo importante no es que el

paciente sepa que tiene, sino qué puede hacer para evitar una recaída o sentir esas molestias.

Lo anterior nos habla principalmente de la necesidad de conocer la enfermedad pero con una intención predictiva y de manejo del padecimiento. Características como la complejidad, duración del tratamiento y la confianza del paciente sobre el tratamiento son más importantes que los factores demográficos de personalidad para la adherencia a un tratamiento (Dominguez, 1984).

3.7 Expectativas del paciente y la adherencia

Dentro de los problemas que influyen sobre la adherencia terapéutica son de gran importancia las expectativas que el paciente tiene respecto a su futuro estado de salud, así como la forma en la que se le da a conocer su pronóstico, de forma realista. Esto sitúa y da al paciente una estimación real del tiempo en el que verá los resultados del tratamiento.

Generalmente el paciente sigue un tratamiento teniendo una idea de lo que debe de hacer, y se le pueden pedir algunos otros cambios en su rutina habitual a los cuales también puede acceder, pero si el paciente ve que los cambios no son congruentes con el tratamiento, o siente menor interés por parte del médico o terapeuta, se corre el riesgo de que la adherencia terapéutica disminuya.

El plantear al paciente expectativas irreales como es el augurar pronta mejoría, así como el no explicarle claramente en qué consiste el tratamiento que va a tener también disminuyen la adherencia terapéutica. Esto puede hacer que el paciente se cree ideas que de no llevarse a cabo lo angustien y desesperen, dando como resultado el abandono del tratamiento.

3.8 Acciones para el manejo de la Adherencia Terapéutica

Dentro de los enfoques que se han utilizado para la Adherencia Terapéutica, han cobrado importancia las aproximaciones cognitivo-conductual, psicodinámica y educativa (Souza, 1987)

a) Aproximación Cognitivo-Conductual.

Esta aproximación se centra en la conducta desadaptativa mas que en las supuestas causas subyacentes, afirma que la conducta desadaptativa es adquirida a través del aprendizaje, tiene objetivos claros y definidos.

Para ésta aproximación existe un amplio número de técnicas que se emplean, por ejemplo, la terapia de relajación, de desensibilización sistémica, racional emotiva, de autocontrol, etcétera.

De gran ayuda han sido los "autorregistros", los cuales sirven para reunir la información necesaria y decidir la mejor estrategia, valorar los efectos de la intervención y facilitar el cambio de conducta.

En cuanto a la adherencia terapéutica esta aproximación propone el automonitoreo de corta duración como método para que la adherencia se mantenga.

El uso de estrategias conductuales para impulsar la adherencia terapéutica ha sido ampliamente comprobada, como lo muestra Epstein y Mosek, 1978; Zeisat, 1978; Morisky, 1986 (en Sousa, 1987).

b) Aproximación Psicodinámica.

Esta aproximación nos habla de lo común que es en los pacientes crónicos las racionalizaciones, de esta forma tratan de justificar el abandono del tratamiento.

El temor que causa el aceptar que el cambio provenga del medio externo, por medio de medicamentos o terapia, hace que el paciente no acepte su conducta anormal. De acuerdo con Domínguez (1984) vemos que la "resistencia", las ganancias secundarias, la dependencia del paciente hacia los que proporcionan el servicio de salud, son factores que causan que el paciente no se adhiera al tratamiento.

También encontramos duelo por la pérdida del estado de salud y ganancias secundarias debido a la enfermedad. Se pueden apreciar regresiones al ver que el paciente usa conductas infantiles como una forma de sentirse seguro. En términos generales podemos observar gran desajuste emocional causado por el padecimiento, lo que puede ocasionar que el paciente no se adhiera al tratamiento (López, 1985, en Sousa, 1987).

c) Aproximación Educativa.

Sin lugar a duda, gran parte del problema de la adherencia terapéutica es la falta de información que el paciente tiene respecto a su padecimiento y el tratamiento que va a recibir. En ocasiones encontramos que la persona no es capaz de entender lo que le pasa, pero esto se debe a que nunca ha sido informado de la etiología de su padecimiento. Por tal motivo se hace necesario dedicar tiempo para que el paciente conozca a qué se debe su enfermedad. Esto se puede llevar a cabo de forma individual o en grupo, formando grupos de apoyo para los familiares y los pacientes. En donde se trate de forma clara cuáles son los cuidados que se deben de tener con personas que presentan padecimientos crónicos.

Tabla 3.- Cinco acciones que contribuyen al manejo de la adherencia terapéutica (Puente, 1984).

- a) Reconocimiento de la falta de adherencia.
- b) Monitoreo de la falta de adherencia.
- c) Motivar y educar al paciente, familiares y terapeutas.
- d) Desarrollo de estrategias y habilidades.
- e) Régimen terapéutico o medicamentoso adecuado.

3.9 Consecuencias de la falta de Adherencia Terapéutica

La gran demanda de servicios médicos y terapéuticos nos han llevado a pensar en alternativas para que los tratamientos sean más eficaces. Es muy conocido el incumplimiento de los tratamientos por parte de los pacientes y las consecuencias indeseables a nivel familiar, institucional y social que esto conlleva. Lo que entre muchas cosas incluye la dificultad en la recuperación.

Ahora bien, el abandonar o no seguir un tratamiento trae diferentes consecuencias:

- Recaídas del padecimiento por parte del paciente.
- Problemas en la dinámica familiar, aunque es muy probable que estos problemas ya existían anteriormente, pero se agudizan al agregarse un problema más a los ya existentes.
- No solo en el paciente y su entorno trae repercusiones, a nivel social también hay repercusiones, ya que las instituciones de salud pública invierten recursos humanos y económicos en un problema que se puede evitar.

3.10 El papel de la psicología en la Adherencia Terapéutica

La labor psicológica, en lo que a la adherencia se refiere, demuestra gran importancia en aspectos como: educación para la salud, al proporcionar información en temas sobre alcoholismo, tabaquismo, SIDA, etc.; también ha intervenido en el tratamiento de las fobias o miedos que surgen a raíz de un evento, de padecer una enfermedad, de tomar medicamentos, de saberse enfermo, etc.; ayudando como orientador o terapeuta en estos casos; bajando niveles de ansiedad en momentos de desesperación por sentirse enfermo; promoviendo técnicas de autocontrol, manejando grupos, etc. (Puente, 1984).

Dentro de la labor psicológica también está el hacer que el paciente vea de diferente forma su enfermedad, dándole una connotación de superación tanto para con su enfermedad como en otros aspectos de su vida, despertando sentimientos

de placer y gusto por las cosas que hace y por mantener su estado de salud. Esto es, dándole la oportunidad que vea su enfermedad como un medio de superación.

En ocasiones el paciente tiene temor a salir de casa, a regresar a su trabajo, a hacer su vida normalmente, debido a que cree que sus anteriores hábitos son los causantes de su enfermedad. Es en estos casos donde la orientación es indispensable, en otros casos esta orientación tiene que ser manejada en terapia individual y no solo con medicamentos.

De gran utilidad para la Adherencia Terapéutica han sido los programas educativos, ya que una parte importante del abandono del tratamiento es por la falta de información que se tiene sobre el padecimiento.

Es común que minutos después de haber dado la información a un auditorio, se olviden la mayoría de las cosas que se hablaron, por lo que en ocasiones es necesario repetir la información hasta que ésta sea asimilada.

En la Adherencia Terapéutica, la relación del especialista con el paciente implica, al menos, tres niveles.

- 1.- La relación inicial, como el saludo y el encuadre en general.
- 2.- El cumplimiento de las indicaciones, donde se obtiene un conocimiento más amplio del paciente y se elabora un diagnóstico.
- 3.- El nivel de Adherencia Terapéutica, que es establecido siempre y cuando se aplique un tratamiento bien definido (Dominguez, Balzarette; en Rodríguez y Montiel, 1986).

Dentro de los programas empleados en la Adherencia Terapéutica encontramos procedimientos conductuales, psicoanalíticos, humanistas y en general cualquier tipo de corriente o aproximación terapéutica. (Rodríguez y Montiel, 1986). Finalmente se ha observado poca relación entre la edad, estado civil, sexo, y cualquier dato demográfico, con la Adherencia Terapéutica (Macial y Romero, 1996).

4. Seguimiento Telefónico

4.1 Historia del Uso telefónico para la solución de problemas

Los antecedentes del seguimiento telefónico como una forma de apoyo a la comunidad, se han observado desde los años 50's y han ido evolucionando con el tiempo (Bustos, 1989).

Actualmente el teléfono es un aparato de uso común, existe en casi todos los hogares o es relativamente fácil tener acceso a él por medio de un vecino, amigo o familiar. En muchas ocasiones hemos tenido que recurrir al teléfono para saber cómo se encuentra un familiar o amigo que hace mucho tiempo no vemos. En estos casos, el teléfono viene a ser ese vínculo por medio del cual uno sigue en contacto con la gente, ya sea a larga distancia o, aún siendo vecinos. En muchas formas el teléfono ha venido a sustituir a la "antigua" visita domiciliaria, dando esto como resultado una especie de despersonalización, lo cual viene a ser un producto de nuestra evolución, y en muchas ocasiones el único medio de estar en contacto con la sociedad.

En cuanto a las entrevistas telefónicas se ha visto también una evolución, se ha llegado a cambiar ésta por entrevistas en computadora, donde se les explica el caso a un "especialista", el cual manda la respuesta por el mismo medio. A simple vista esto parece fácil de realizar, pero no hay que olvidar que gran parte del diagnóstico y del conocimiento claro del paciente, se da poniendo mucha atención en el discurso, al tono del mismo y la entonación en algunas palabras.

En el caso del uso telefónico se han identificado un gran número de estos servicios, aunque muchos autores discrepan en la cantidad de estos.

En el ámbito mundial son ampliamente conocidos los servicios telefónicos que son dirigidos por psicólogos, grupos de religiosos o cualquier ciudadano. Estos existen en casi todos los países, para casi todos los problemas personales y sociales. Actualmente existen servicios internacionales de emergencia telefónica (International Federation of Telephonic Emergency Services, IFOTES).

En México han existido servicios psicológicos por medio del teléfono desde 1967 (Bustos, 1989), la mayoría de estos servicios tienen o han tenido limitaciones de personal, económicos, difusión, infraestructura, falta de capacitación, etc., actualmente existen diferentes servicios telefónicos de asistencia a la comunidad, ejemplos de esto es el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL), LOCATEL, TELSIDA, etcétera, todos estos coadyuvan en la prevención, tratamiento, canalización e información de enfermedades y padecimientos tanto físicos como emocionales que afectan a nuestra sociedad.

Actualmente el teléfono ha funcionado como un medio de enlace entre la comunidad, y en una ciudad como la nuestra el teléfono ha llegado a ser una necesidad. Se ha resaltado la necesidad del teléfono en casos de urgencia psicológica, como lo fue en el temblor de septiembre de 1985.

Si bien podemos verificar que muchos servicios telefónicos han desaparecido, los que actualmente funcionan han ido adquiriendo mayor importancia y mayor campo de trabajo, así como el número de usuarios va aumentando diariamente.

La diversidad de los servicios telefónicos incluye la atención a problemas de orientación a jóvenes, a víctimas de violación, asalto, suicidio, abuso sexual, apoyo a problemas familiares o personales y cualquier situación de crisis o emergencia. También existen servicios que ofrecen información de centros especializados donde se les puede dar el servicio que ellos requieren. El uso telefónico para todos los problemas antes mencionados nos muestra el amplio rango de acción que tiene el servicio telefónico.

El teléfono se ha utilizado también en tratamientos cortos, en casos de suicidio, apoyo psicológico, terapia breve y de emergencia, consejo, etc. En diferentes países se ha mostrado lo útil que es la ayuda telefónica en servicios de salud mental (Bustos, 1989).

Es común ver que estos servicios telefónicos son llevados a cabo por psicólogos, ya que generalmente se atienden problemas familiares o crisis psicológicas, se da información sobre problemas o se canaliza a las personas a instituciones.

Gran parte de la información que se tiene es de servicios que son dados en momentos de crisis, pero se ha recomendado también este servicio para el trabajo en instituciones

No es difícil ver el uso que tiene el teléfono es servicios especializados de psiquiatría, psicología o salud en general, para control de pacientes (Lester, D., 1974, en Bustos 1989). donde el conocer la historia clínica del paciente facilita el manejo de éste.

El uso del teléfono para servicios de salud mental puede parecer una forma de distanciamiento social al que nos estamos acostumbrando, pero con ésta medida se consigue que cada persona pueda ser más independiente y, por lo tanto, más alejado de las instituciones de salud. De la misma forma se fortalece la relación con su entorno familiar y social, haciendo a estos más responsables del mantenimiento del estado de salud de su familiar o miembro de la comunidad.

De tal forma el uso telefónico para el seguimiento de pacientes cae dentro del área de seguimiento y prevención de recaídas, no es solo una forma de tener monitoreado al paciente para que éste se sienta custodiado o cuidado, sino también puede proporcionar apoyo familiar, resolviendo dudas que estos puedan tener con relación al padecimiento de su familiar.

4.2 El seguimiento de pacientes psiquiátricos

En diferentes investigaciones se ha visto la importancia que tiene el seguimiento de pacientes, el cual se ha dado por medio de la asistencia de los pacientes a consulta, o asistiendo a casa de los mismos en caso de que el paciente falte a su cita (Ordaz, 1988). Sin embargo lo más sobresaliente es la diferencia existente entre los pacientes que ingresan a un programa de seguimiento y los que no lo hacen (Valencia, 1986).

Este autor plantea el seguimiento de pacientes psiquiátricos por medio de la asistencia al hogar de los mismos, en caso de que el paciente falte a su consulta, o la búsqueda de los pacientes vía telefónica. Si bien, por una parte no define un

modelo de seguimiento específico, si obtiene resultados que nos muestran una notable mejoría en los pacientes que ingresan a los programas de seguimiento.

El modelo descrito por Valencia procura: autocuidado de los pacientes, control de síntomas y medicamentos, orientación ocupacional, habilidades sociales, orientación familiar, actividades recreativas y deportivas, canalización y seguimiento.

Todos estos puntos se pueden valorar en el hogar del paciente, y pueden contribuir al mantenimiento del estado de salud del paciente.

De la misma forma el seguimiento telefónico va a apoyar el cuidado del paciente en las áreas más importantes para un mejor funcionamiento, como son:

Area laboral

Area familiar

Area social

Area psicosocial

Sintomatología

Toma de medicamentos

Fairweather (en Ryan, 1983) observó que después del seguimiento de pacientes durante seis meses, estos habían obtenido un funcionamiento superior en el grupo experimental que en el grupo control, pero después de dos años las diferencias habían desaparecido. Esto hace necesario que el seguimiento sea llevado por más tiempo, y que durante éste se le enseñe a los pacientes y a los familiares, cuáles son los primeros síntomas que están indicando deterioro. También puede ser útil que el seguimiento vaya decreciendo su frecuencia paulatinamente, con el fin de evitar la dependencia institucional.

Dentro del seguimiento es importante reconocer qué factores van a intervenir en la mejor adaptación de los pacientes a la comunidad y, también, como la comunidad está interviniendo.

En España se ha utilizado en pacientes crónicos una forma de seguimiento, donde cada paciente se le asigna un tutor que vigila al paciente utilizando los servicios que tiene en su comunidad, pero en un país como el nuestro una labor de estas resulta prácticamente incosteable.

4.3 El uso del seguimiento telefónico en enfermedades psiquiátricas

Como todos sabemos, en los estados psicóticos crónicos incipientes, es importante evitar que los síntomas empeoren, ya que estos pueden llevar al paciente a un deterioro mayor o de mayor duración. Bellack (1970) afirma que los estados psicóticos "tienen que controlarse lo más rápido posible, sino la experiencia desorganizada provoca un trauma mayor, facilitando una disociación futura, además induce una dolorosa pérdida en la autoestima, e infunde un aterradorante temor a la pérdida de control". En estos casos es necesario el uso de medicamentos para mejorar el estado del paciente. Cabe hacer notar que sin el uso de medicamentos, en un estado psicótico, ningún tipo de psicoterapia surtiría el efecto deseado.

Por otro lado, todos conocemos los altos costos de los grupos de apoyo, terapias individuales y a la vez conocemos la necesidad de la población de ayuda psicológica. El seguimiento telefónico da oportunidad a que un número mayor de personas puedan tener acceso a algún tipo de asistencia psicológica.

A su vez la necesidad de un servicio multidisciplinario en programas de salud mental y la falta de recursos, ha dado lugar a pensar en el apoyo psicológico por teléfono como una herramienta importante, donde se les ofrezca a las personas apoyo a nivel personal y/o familiar, siempre y cuando la persona no amerite hospitalización, como es el caso de una un brote psicótico.

El teléfono ha llegado a ocupar en la práctica clínica un espacio importante, en donde es posible ver, desde el momento mismo de la llamada, el estado de salud del paciente (Mackinnon y Picheles, 1973). En el seguimiento telefónico es posible conocer los principales síntomas que ha presentado el paciente, y al momento de llegar a la consulta se puede saber cuáles son, además de los síntomas mencionados en la llamada, las principales molestias u otras que se hayan presentado. Con esto podemos saber si los síntomas pertenecen a la enfermedad psiquiátrica o forman parte de los problemas normales de la vida, que quizá no está sabiendo manejar el paciente.

En algunas enfermedades psiquiátricas es difícil identificar cuando se está presentando una recaída, y es precisamente en estos casos donde el seguimiento telefónico viene a ser una herramienta importante en el mantenimiento del estado de salud del paciente. Es común que los pacientes se presenten a consulta sólo cuando haya un grave deterioro, pero en muchas ocasiones el paciente tiene meses enfermo, y solo cuando empieza a tener problemas de agresión o lesiones graves es cuando regresa a consulta.

La principal ayuda telefónica a los pacientes psiquiátricos consiste en tres pasos:

- a) Lo primero es la evaluación del funcionamiento global, el cual es un reflejo del estado de salud del paciente;
- b) La canalización del paciente a la institución en caso que éste así lo requiera y;
- c) Proporcionar apoyo psicológico y/o de orientación a la familia cuando surjan problemas debido a la enfermedad del paciente.

Con el seguimiento también se pueden reforzar las conductas que deben cuidarse del paciente, ya que se hace énfasis en las áreas que deben mantenerse en buen estado para saber como se encuentra el paciente y pone en alerta a los familiares para que vigilen esas áreas.

El seguimiento telefónico cubre ese espacio asistencial que requieren los pacientes psiquiátricos y puede ayudar en casi todos los servicios de salud mental, con excepción de aquellos en donde es necesaria la presencia del paciente.

Es importante hacer notar que la gran demanda de servicios de salud, hace del teléfono un medio importante que vincula a la institución con los pacientes.

Tenemos que estar atentos a que el paciente no use el seguimiento como sustituto de sus medicamentos o en vez de la asistencia a sus citas. Es importante señalar que el servicio telefónico sólo evalúa el estado del paciente y puede servir, en casos urgentes, para proporcionar apoyo psicológico a quien así lo requiera, pero de ninguna forma sustituye la terapia persona a persona. Hay que tener en cuenta esto para que nuestras entrevistas sean orientadas, básicamente, a evitar recaídas y buscar un mejor sostén en la familia.

Es común que la persona que ha sufrido un brote psicótico, tenga dudas respecto a reanudar las actividades que tenía antes de su padecimiento, puede pensar que las actividades que realizaba antes del padecimiento son las causantes del padecimiento y por lo tanto no sentir ganas o interés por reanudar sus actividades.

Se debe tener cuidado en las recomendaciones que se hacen a los pacientes. Estas recomendaciones deben de ir orientadas a un mejor funcionamiento y no propiciar o exponer a los pacientes a ambientes hostiles o que puedan precipitar una recaída.

Es aconsejable, al principio, recomendar actividades que no expongan al paciente, también es conveniente estimular actividades que aumenten la autoestima, como pueden ser actividades físicas que no impliquen mucho reto, tales como caminar, correr, clases de baile, o cualquier ejercicio aeróbico. Se le pueden recomendar actividades que distraigan la atención del paciente, como son la música, la pintura o la cerámica. También son recomendables las labores sociales voluntarias, los viajes y las vacaciones (Bellack y Small, 1970).

El seguimiento telefónico de pacientes psiquiátricos puede incluir algún tipo de terapia breve, y debe estar acompañada de medicamentos. Esta intervención puede llamar la atención del paciente hacia una terapia persona a persona.

Es importante hacer énfasis, principalmente, en los síntomas que el paciente está presentando antes de ocuparse de alguna intervención terapéutica. A la vez es importante manejar el conflicto familiar que debido a la enfermedad del paciente surge en el entorno familiar.

El seguimiento telefónico de pacientes psiquiátricos tiene dos ventajas principales, una de tipo económico, al reducir por un lado el costo del internamiento al presentarse reincidencia de la patología; y por otro lado se tiene una relación más estrecha con el paciente, al poder evitar que el paciente se aleje del médico y/o la institución (Lara, 1995).

4.4 El seguimiento telefónico y la terapia breve

"La psicoterapia es una interacción verbal o de alguna otra manera simbólica de un terapeuta con un paciente, guiada por una serie de conceptos integrados ordenadamente y dirigidos hacia un cambio beneficioso en el paciente" (Bellack y Siegel, 1986).

Como meta principal la psicoterapia tendrá que modificar la conducta del paciente, intentando que éste reaprenda y vuelva a adquirir confianza en su persona, evitando que su enfermedad lo incapacite y haciendo que él no se sienta disfuncional.

Estos autores comentan la posibilidad de implementar el seguimiento telefónico a personas que van a tener una intervención quirúrgica, esto con el objeto de dar un tipo de psicoterapia breve, para disminuir la ansiedad que causa la intervención. Llevando a cabo un tipo de terapia breve, podemos saber, en 6 ó 7 sesiones si el paciente tiene el apoyo necesario para continuar con el tratamiento o va a necesitar una constante vigilancia por parte del cuerpo médico hasta su alta definitiva o por mas tiempo.

Garner (1965; en Small, 1978) definía a la psicoterapia breve como el "tratamiento en el que la extensión y la frecuencia de las entrevistas, así como la duración total de la interacción se ajustan al mínimo necesario para obtener las metas más viables para el paciente." Bellack y Small (1970) agregan a lo anterior el que se tiene que cubrir tres puntos principales:

1. Metas.- Esto es, la psicoterapia breve trata de "eliminar o aliviar síntomas específicos, pero no intenta la reconstrucción de la personalidad". Así, básicamente la psicoterapia breve se orienta al alivio de los síntomas. Sin embargo un gran número de psicoterapias breve se han realizado con diferentes metas, trabajos como los de Malamud (1945), Lewin (1965), Coleman (1960), Kris (1960), etcétera, nos muestran la gran utilidad de estos tratamientos (en Small, 1978).

Dentro de las metas de la psicoterapia breve, en relación con el seguimiento telefónico encontramos:

- a) Quitar o reducir un síntoma determinado, esto es, conseguir por medios farmacológicos (pidiendo al paciente que tome sus medicamentos) aumentar el autoapoyo;
- b) Hacerle saber al paciente qué hacer en caso de que los primeros síntomas aparezcan (buscar un familiar, acudir al centro de salud, reiniciar el tratamiento, etc.);
- c) Mejorar el funcionamiento global del paciente.

2. Tiempo.- La falta de duración en la sesión, así como el número de sesiones es el rasgo característico de la psicoterapia breve. Se han encontrado tratamientos de entre 1 y 6 sesiones, de alrededor de 10 sesiones y otros de 12 a 25 sesiones.

3. Diferencia metodológicas.- Se hace mayor énfasis en la relación que guarda la psicoterapia breve con el psicoanálisis o la psicoterapia dinámica, pero Wolberg (1965) señala la falta de una metodología adecuada, y afirma que se usan las mismas herramientas útiles que en los tratamientos prolongados.

Una diferencia importante que se señala es el grado de actividad del terapeuta, ya que en la psicoterapia breve, éste no puede ser tan pasivo como es en los tratamientos prolongados.

La psicoterapia breve suele acudir a un gran número de tipos de intervenciones, habilidades y recursos, y no utiliza un tipo único terapéutico. En este tipo de tratamiento, como en cualquier otro, las expectativas y esperanzas del paciente, así como el impulso autónomo hacia la salud son factores que contribuyen favorablemente en la psicoterapia breve.

En los pacientes psicóticos, Bellack (1986) hace referencia a 10 condiciones que permiten la psicoterapia breve:

- 1.- Si es un paciente razonable y cooperador.
- 2.- Si tiene una relación estable.
- 3.- El que tenga una relación estrecha con un hospital o institución.
- 4.- Si hay al menos una persona a la que el terapeuta pueda acudir en caso necesario.
- 5.- El poder tener un terapeuta regular y otro al cual acudir en caso de urgencia.
- 6.- Si tiene conciencia de los recursos familiares y sociales.
- 7.- Que cuente con centros y líneas telefónicas de urgencia.
- 8.- En caso de que el paciente se encuentre perturbado y peligroso, contar con acceso al servicio de urgencia.
- 9.- Ver si la situación de vivienda favorece el estado de salud del paciente.
- 10.-Que use correctamente sus medicamentos.

En muchas ocasiones este tipo de terapia es más útil debido al costo de la terapia individual, o a que el paciente, en muchas ocasiones, por problemas económicos o de distancia, no puede acudir a sus citas, o sencillamente no tiene quien lo acompañe. En ocasiones la terapia breve está por demás y es necesario únicamente observar los síntomas que se presentan. Esto puede pasar, por ejemplo, en paciente con retraso mental, demencia, pacientes con algún trastorno mental de difícil control o personas con un coeficiente mental bajo. En este caso puede ser necesario hablar principalmente con los familiares para verificar el funcionamiento del paciente.

4.5 Principios de la terapia breve.

Bellack (1986) plantea 10 principios para lo que él llama la Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia (PBIU). este tipo de intervención trata de ser un resumen de la psicoterapia a largo plazo:

- 1.- La PBIU se relaciona con la terapia tradicional.
- 2.- Trata de ser un concepto aproximado a la terapia tradicional.
- 3.- No se seleccionan a pacientes, sino objetivos y problemas.
- 4.- se utiliza una historia exhaustiva, clara y con una comunicación adecuada, tanto de aspectos sociales como médicos.
- 5.- La PBIU se puede enseñar con relativa facilidad a personas con escasos conocimientos psicodinámicos.
- 6.- Debe de haber una guía esquemática, que en este caso es el concepto de medicina de urgencia, que hace referencia al conocimiento de anatomía, fisiología, patología, cirugía y medicina.
- 7.- Dentro de los aspectos administrativos e indicaciones en la PBIU, se recomienda como el procedimiento de entrada a elegir en las clínicas y agencias sociales. En instituciones de salud mental evita que se desarrolle la cronicidad y resistencia a la terapia
- 8.- Es importante reconocer el papel del terapeuta al igual que en la terapia tradicional.
- 9.- La PBIU no se limita únicamente a quitar síntomas, puede dar oportunidad para reconstruir al paciente a un nivel superior al premórbido.
- 10 - Provee eficacia para la intervención primaria, secundaria y terciaria.

Con lo anterior podemos ver que la terapia breve permite una rápida intervención y provee recursos para la prevención de la cronicidad. Como medida preventiva Bellack (1986) afirma que la psicoterapia de emergencia puede servir como prevención primaria, para evitar que problemas menores puedan transformarse en incapacidades mayores; como prevención secundaria para atenuar y/o reducir al mínimo desordenes ya desarrollados; como prevención terciaria limita las consecuencias de la incapacidad crónica ya presente.

4.6 Intenciones de la terapia breve con relación al seguimiento telefónico.

- a) "Regular la vida del paciente", fortaleciendo las defensas fisiológicas. Esto se logra investigando sobre los hábitos de alimentación, sueño, fatiga, etc.
- b) Vigilar que el consumo del medicamento sea el indicado por los médicos y que éste sea apropiado para las actividades que él realiza.
- c) Hablar con los familiares del paciente para ver si los síntomas que el paciente manifiesta corresponde con lo que su familia observa.
- d) Proporcionar apoyo, en cuanto a las necesidades familiares y las del paciente, esto es, haciendo que la familia ponga mayor atención a los síntomas que el paciente puede presentar al inicio de una recaída, y haciéndoles ver que, en ocasiones, pueden ser esos síntomas los causantes de los problemas entre el paciente y la familia. Por otro lado dar apoyo al paciente y hacerle saber que entiende sus molestias y que él identifique cuándo se está presentando una recaída.
- e) Proponer a los familiares una rehospitalización, en caso que el paciente lo requiera o se sospechen signos de recaída. Esto también proporciona ayuda para la correcta administración de los medicamentos (Bellack, 1986).
- f) Recomendar a los servicios de urgencia de la institución para que el paciente conozca otras instancias a las que puede acudir en caso necesario. Esto proporciona apoyo y da seguridad tanto a los pacientes como a los familiares.

4.7 La entrevista telefónica.

En la entrevista telefónica se presentan algunos aspectos importantes:

- a) En primer lugar no se cuenta con las expresiones no verbales del paciente.
- b) Este puede comenzar y terminar la consulta cuando desee.
- c) Se desconoce físicamente a la persona y por lo tanto se mantiene en el anonimato. Al ser anónimo tanto el paciente como el terapeuta, es más fácil

que se dé la transferencia positiva.

d) El paciente puede crear dependencia a la consulta telefónica.

e) Es accesible el costo, y se puede disponer del servicio los 365 días del año (Slaikeu, 1984).

Es importante cuidar algunos aspectos técnicos como el tono de voz del terapeuta, la velocidad, el manejo del silencio para que aliente al paciente a hablar ya que se desconocen sus actitudes no verbales, entender sus sentimientos, lo que pasa a su alrededor, tratar de empatizar, exponer reflexivamente, explorar las dimensiones del problema y las posibles soluciones, etcétera.

Un gran número de investigaciones se han realizado acerca de la consejería telefónica, se ha hablado de diferentes tipos de intervención terapéutica para casos de crisis psicológica, mismos que son posibles utilizar telefónicamente (Slaikeu, 1984). En el seguimiento telefónico es importante observar y conocer las investigaciones, teorías y cualquier orientación que aporte conocimiento sobre el origen, manifestación y tratamiento de las enfermedades mentales, para que aporten ayuda en el manejo de las diferentes psicopatologías (Mackinnon, 1973). Wolberg (en Cerón, 1989) menciona algunas terapias aplicables en el seguimiento de pacientes, entre éstas encontramos:

4.7.1 Psicoterapia de Apoyo.

Esta intenta devolver el equilibrio emocional al paciente lo más rápido, disminuyendo los síntomas hasta que la persona pueda funcionar normalmente.

Aquí el terapeuta puede funcionar de guía, manipulando el ambiente, haciendo que el paciente externalice sus intereses, o haciendo que el paciente se sienta seguro (esto proporciona sentimientos de aceptación y gratitud), sugestionando al paciente y motivándolo a seguir en la conducta que le favorezca para no recaer.

También sirve la presión y la coerción para que realice algunos actos, o la persuasión para hacerle saber al paciente que cuenta con las herramientas para

modificar sus procesos emocionales, cuando estos no corresponden con su padecimiento, o sencillamente los está inventando. Con esto se crea un sentimiento de autoconfianza y se provoca la catarsis para liberar sentimientos y emociones.

Los individuos que responden a esta terapia tienen una buena fuerza yoica, pero también está indicada para persona con un yo débil, con poca capacidad de cambio e incapacidad para tolerar la ansiedad.

4.7.2 Terapia de Relajación.

Esta sirve para entrenar a los sujetos para que desarrollen condiciones fisiológicas de relajación, y así controlen el estrés. Para alcanzar estos objetivos se utilizan ejercicios respiratorios y musculares.

4.7.3 Técnica de Desensibilización.

Aquí se le van presentando al paciente estímulos. Al principio estos producen una respuesta débil, pero cada vez se van aplicando estímulos más potentes en condiciones de relajación para aumentar el umbral de respuesta.

4.7.4 Terapia Educativa.

Los fines de la terapia educativa son más extensos que en la terapia de apoyo. Aquí se guía al paciente a través de sus procesos internos, para así lograr un insight. Con esto el individuo logra un entendimiento de su problema. Este método incluye: Terapia de relación, de actitud, directiva, de caso, recondicionamiento (donde se sustituyen patrones viejos por nuevos), métodos semánticos de terapia (intenta que el paciente externalice, haga diferencias y saque conclusiones de los hechos), entrevista psicoterapéutica (se enfoca la entrevista a los problemas del paciente).

4.7.5 Técnica de Automonitoreo.

Consiste en hacer que el propio paciente observe su comportamiento. Aquí se utilizan registros personales.

4.7.6 Ejercicio Físico.

Se pretende que el organismo se haga más resistente a la fatiga, y se obtengan todos los beneficios circulatorios, pulmonares, musculares, etc., que el ejercicio provee.

4.7.7 Ensayo Cognoscitivo.

Este ofrece una técnica efectiva para cubrir las falsas percepciones y decepciones que tiene de él mismo.

Estas técnicas son adecuadas para las personas que tienen la capacidad de introspección. Existen otras técnicas donde se pretende que el paciente haga la diferencia entre lo real y lo imaginario, para lograr este objetivo existen diferentes tareas: representaciones imaginarias, ensayos de conducta, tareas en vivo, imitación de modelos, etc.

También se ha hecho énfasis en la modificación de hábitos como símbolo de prevención, lo que puede concordar con algunas de las técnicas antes descritas.

Small (1978) señala que las psicoterapias breves responden a una gran cantidad de problemas, como son:

- 1.- El aumento en la demanda de servicios psicoterapéuticos.
- 2.- Desempeñan un papel preventivo tanto para situaciones de menor dificultad, como para las agudas crónicas.
- 3.- Responden rápida y efectivamente a los problemas que la gente manifiesta, producto de las crisis y tensiones de la vida diaria.
- 4.- El estar expuesto constantemente a catástrofes —como pueden ser los temblores— exige contar con medios de intervención rápida.
- 5.- Algunos profesionales consideran a la psicoterapia breve como único tratamiento efectivo.
- 6.- La falta de oportunidad para tratamientos prolongados en algunas instituciones, hace que la psicoterapia breve sea una buena solución.

7.- Muchas personas - y también instituciones- solo son capaces de aceptar tratamientos breves y de emergencia.

4.8 Necesidades para el seguimiento de pacientes vía telefónica.

En el seguimiento telefónico es importante contar con las herramientas teóricas y técnicas para intervenir en casos de urgencia, como pueden ser los intentos suicidas que llegan a tener los pacientes deprimidos, o cuando el paciente esta presentando pérdida de contacto con la realidad, etc. Algunos requisitos en el seguimiento de pacientes son:

a) Tener un conocimiento clínico amplio en cuanto a las principales manifestaciones del padecimiento que se le ha diagnosticado al paciente, así se puede tener un mayor control del verdadero estado de salud del paciente.

Es común pensar que las personas que cursan con un TAB en fase de manía se encuentren indiferentes o con un estado de hipomanía, pero que de seguir éste se caiga en uno de franca manía, donde se encuentre pérdida de contacto con la realidad. En estos casos es frecuente pensar que por no presentar molestias el paciente esta con un buen estado de salud. Pero como sabemos, esto no es así. Se tiene que distinguir entre un estado de salud normal y uno de hipomanía o de franca depresión, el cual puede aparecer enmascarado como pereza emocional.

b) Las personas que hacen el seguimiento deben tener conocimiento del tiempo que tarda un medicamento en hacer el efecto deseado en el paciente, para no canalizar indiscriminadamente. También estar conscientes de la posibilidad de que los pacientes que toman hipnóticos tengan problemas de memoria.

c) Algunos autores piensan que el diagnóstico y tratamiento del paciente se da principalmente gracias al discurso del paciente (Rodríguez, 1984), por lo que es necesario estar atento a los indicadores de deterioro que aparezcan en el discurso. También muchos terapeutas concuerdan en que el medio por excelencia en la psicoterapia es la palabra (Bellack, y Small, 1970), y tratándose de identificar posibles síntomas es posible utilizar estos principios para ver, por medio de la palabra, cuál es el estado de salud del paciente con el que se está hablando.

d) Es importante estar alerta durante la llamada telefónica a todas las señales, o posibles signos de recaída, que se muestran en el examen mental, como son:

- discurso espontáneo
- alteraciones en el discurso
- alteraciones en el contenido del pensamiento
- contenido afectivo
- alteraciones en la sensopercepción
- alteraciones en la memoria
- trastornos en la orientación
- trastornos en la atención
- trastornos la concentración
- ritmo del discurso

e) Encontrar dificultades en alguno de los siguientes síntomas específicos o en el examen mental nos habla de problemas que requieren tratamiento, estos síntomas pueden ser de diferentes tipos:

- somáticos
- aumento en la atención de las funciones corporales
- alteraciones en dormir
- ideas obsesivas
- compulsiones
- disminución de la concentración

- despersonalización
- fatiga
- si esta tomando hipnóticos (medicamentos)
- irritabilidad
- ánimo depresivo
- ansiedad
- fobias

La comunicación de las molestias que puede presentar el paciente se facilita cuando el terapeuta hace preguntas directas acerca de las molestias del paciente, las cuales van dirigidas a conocer las principales manifestaciones de los síntomas que se pueden presentar según el diagnóstico del paciente, esto es, relacionando síntomas con el diagnóstico y el funcionamiento global del paciente.

f) Reconocer cuando una situación puede desencadenar una reacción psicótica, como puede ser un pleito, la pérdida de algún familiar, etc. Sabiendo el diagnóstico con el que cursa el paciente, es esperable una reacción poco adaptativa ante diferentes situaciones como puede ser tensión, estrés, pérdida de algún familiar, etcétera. Por lo que se tiene que enfatizar el no exponer al paciente a este tipo de situaciones hasta que no se observe mejoría en sus síntomas.

g) A los pacientes psiquiátricos es común encontrarlos en estado de crisis. Comúnmente el paciente deprimido suele tener ideas suicidas o de daño. Por tal motivo es necesario que la persona que presta el servicio de seguimiento tenga las herramientas necesarias para la intervención en crisis. En momentos de crisis el objetivo principal de la ayuda psicológica será que el sujeto recupere el nivel de funcionamiento que tenía antes de la crisis, y en estas situaciones hay que ser más directivo (Slaikeu, 1984). La intervención en crisis va a tener como prioridad la supervivencia física, posteriormente la expresión de sentimientos, dominio cognoscitivo y finalmente las adaptaciones conductuales interpersonales.

h) En el seguimiento telefónico se debe de conocer las características de

personalidad que conlleva la enfermedad, y estar pendiente de que no se presenten estos problemas.

i) La mayoría de las enfermedades mentales están acompañadas de problemas con el sueño, y su desaparición es un buen indicador de recaída, por lo que es importante verificar esto en el seguimiento telefónico.

4.9 Ventajas y desventajas.

En el seguimiento telefónico que se realiza a pacientes psiquiátricos, se encuentran como factores que contribuyen al cuidado del paciente, el que ya se cuenta con el diagnóstico, examen clínico e historia del paciente, por lo que se excluyen los errores en esos aspectos. Aún así, es importante tener un familiar o persona que aporte datos sobre el estado de salud actual del paciente. Esto aumenta la probabilidad de acertar en la evaluación del funcionamiento global, ya que una medida objetiva sería la del familiar y otra la que el terapeuta hace al hablar con el paciente. Con esto cubrimos las áreas de información más importantes para el diagnóstico actual (Capillo y cols., 1981; en Buenrostro, Gomez, Martínez, 1994), entre las que se encuentran:

- 1- El cuidado que el paciente tiene de su enfermedad.
- 2- La importancia que la familia le da a la enfermedad del paciente.
- 3- La observación clínica que aporta una evaluación actual y un pronóstico del funcionamiento del paciente

Otra de las ventajas de utilizar el teléfono en el seguimiento de pacientes es que es posible utilizar un tipo de terapia breve y de emergencia, en caso que el paciente presente serios problemas de falta de apego a la realidad, esto es, se puede ver por medio de un examen mental si el paciente puede seguir en su casa o es mejor que éste reingrese al hospital, al servicio de urgencias para observar al paciente y ver como se encuentra.

De esta forma, por medio del seguimiento telefónico es posible ver y

distinguir en poco tiempo cuál es el funcionamiento global del paciente y como a éste le está afectando en sus relaciones sociales, familiares y laborales.

Este tipo de intervención no solo sirve para ver el estado de salud del paciente, también es un recurso que ayuda en la economía familiar e institucional, ya que por un lado evita que el paciente sea reinternado y por consiguiente tenga que enfrentar los gastos de hospitalización que, aunque pueden no ser excesivos, si se pueden evitar. En el ámbito institucional proporciona una mejor atención y una atención precoz para los pacientes, dejando lugar a otras personas que necesitan el servicio y cubriendo así una mayor cantidad de la población.

Un punto en contra del seguimiento telefónico es que puede crear dependencia por parte del paciente. Hay pacientes manipuladores que utilizan el servicio como un paliativo, y lo que realmente necesitan es acudir al hospital para ser revisado físicamente y ajustar el tratamiento o implementar otras técnicas y no solo las farmacológicas para que su salud tienda a la mejoría.

Investigaciones recientes nos muestran que gran parte de los padecimientos se debe a las citas tan alejadas (Lara, 1995). Esto causa menor control de los pacientes y un mayor número de recaídas. En estos casos el seguimiento telefónico cubre ese espacio asistencial y crea un vínculo más fuerte entre el paciente y la institución.

Gran número de personas que no regresan a su cita es debido a la gran distancia que hay de los centros de salud a su lugar de residencia, por temor a dejar sus hogares, por ignorar que están enfermos, por que trabajan o por que no tienen quien los acompañe. En estos casos el seguimiento telefónico proporciona el apoyo necesario al paciente y es capaz de llamar la atención de los familiares para que asistan al paciente llevándolo al hospital, o proporcionándole nuevamente sus medicamentos en caso de haber dejado de tomarlos.

En el ámbito institucional el seguimiento nos puede dar una idea de como ha ido evolucionando el paciente, ya sea que la tendencia sea hacia los síntomas negativos, que indicarían franco deterioro, o hacia los síntomas positivos que indicarían mejoría.

5. Escala de Funcionamiento Global

La Escala de Funcionamiento Global (GAF, por sus siglas en inglés) es una escala simple que evalúa el funcionamiento completo de los sujetos en un continuo, para enfermedades de la salud de tipo psicológico y/o psiquiátrico.

Se ha visto que la escala GAF ha sido sensible a cambiar en una variedad de situaciones clínicas.

Su aplicación es para la población adulta. Se utiliza antes y/o después del tratamiento para su valoración.

La estimación del tiempo de duración de la valoración, comprende la última semana.

El rango de valores de la escala abarca desde 01, que es una representación hipotética de la enfermedad de un individuo, hasta 100, que es el hipotético estado de salud del sujeto. La escala está dividida en diez intervalos iguales: 01-10, 11-20, y así hasta 91-100. Las definiciones de las características de cada 10 puntos del intervalo comprenden la escala. Los dos intervalos más altos, 81-90 y 91-100, es para aquellos individuos quienes no solo están sin una patología significativa, sino también se exhiben una positiva salud mental, tal como el funcionamiento superior, un amplio rango de intereses, eficiencia social, cordialidad e integridad. El siguiente intervalo, 71-80, es para individuos que no tienen o tienen una psicopatología mínima, pero no tienen una salud mental positiva que caracteriza las puntuaciones anteriores. Sin embargo, para algunos individuos con un porcentaje por arriba de 70 pueden buscar alguna forma de asistencia para problemas psicológicos, la gran mayoría de individuos en tratamiento serán valorados entre 01-70.

Muchos pacientes ambulatorios tendrán una valoración entre 31 a 70, y muchos pacientes hospitalizados entre 1 a 40.

Haciendo una evaluación primero se selecciona el intervalo mas bajo el cual describe el funcionamiento del sujeto durante la semana precedente. Por

ejemplo, un sujeto donde "la conducta es influenciada considerablemente por ideas delirantes" (rango 21-30) se le debe de dar una evaluación en este rango aún cuando se ha marcado un deterioro en muchas áreas (rango 31-40).

Con el objeto de determinar el puntaje de la escala dentro de los diez intervalos, las características definidas de los dos intervalos adyacentes son examinadas para determinar si el sujeto está más cerca de uno o de otro intervalo. Por ejemplo, un sujeto en el rango 21-30 que está más cerca al rango 11-20 que del rango 31-40 le será dada una evaluación específica de 21,22 ó 23. Un sujeto que parece ser equidistante desde los dos rangos adyacentes se le da una evaluación de 24, 25, 26 ó 27.

Dado que las evaluaciones son para el funcionamiento total durante un periodo de tiempo específico, es importante que la evaluación este basada en funcionamiento y sintomatología durante éste periodo de tiempo y que no sea influenciada por consideraciones de pronóstico, diagnóstico previo o la suposición natural de un desorden encubierto.

La información necesaria para hacer la evaluación puede provenir de cualquier fuente: entrevista directa con el paciente, un informante confiable, o un caso grabado. Poca información puede necesitarse para hacer una evaluación en el puntaje inferior de la escala. Por ejemplo, conocer que el individuo ha tenido repetidos intentos suicidas y esto requiere suficiente supervisión constante, por él mismo, para garantizar una evaluación del paciente en el rango de 1-10. De otra forma, antes un individuo puede estar dando una evaluación muy alta esto no determina la ausencia de psicopatología o daño serio en el funcionamiento, pero puede acertar en la presencia de signos de "salud mental positiva".

Por que la escala cubre el rango entero de severidad esto puede ser usado en cualquier situación o estudio donde un valor total de severidad de la enfermedad o grado de salud es necesario. En muchos estudios solo una porción de la escala podrá ser usada actualmente. Por ejemplo, estudios comunitarios

rara vez tendrán individuos con rangos bajos, pero considerando estudios que involucran pacientes psiquiátricos de reciente ingreso rara vez tendrán individuos con intervalos altos. De cualquier forma, muchos individuos quienes han estado teniendo una valoración en rangos muy bajos en el momento de la admisión pueden recuperarse suficientemente hasta continuar y garantizar una evaluación en uno de los intervalos altos.

Documentación:

- a. Impresión de la escala cruda
- b. Media y desviación estándar
- c. Análisis de varianza

6. ANTECEDENTES

Dentro de las investigaciones realizadas a cerca de las características de evolución de pacientes psiquiátricos problema con frecuentes recaídas u hospitalizaciones, que se llevan a cabo dentro del Programa de Rehabilitación Psicosocial de la División de Psiquiatría del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez" (Torres, 1995), se encuentran involucrados como factores causales los siguientes.

1) El tiempo transcurrido entre cada una de las citas programadas para su control en la consulta externa después de haber sido hospitalizado. Que llega a ser hasta seis meses debido a la excesiva carga de trabajo asistencial. En promedio, los pacientes tienen una consulta por cada año de evolución (Lara, 1994, 1995):

2) La dinámica familiar conflictiva con el paciente, en vista de su cronicidad y su conducta agresiva, que presenta características estructurales conflictivas (Pacheco, 1995), además de la patología de los otros miembros de la familia (Morfin, 1995);

3) La falta de adherencia terapéutica, secundaria a lo anterior, y la ignorancia de la familia respecto de las características de la enfermedad mental del paciente y de la manera de participar en su atención (Ocampo y Cardoso, 1994; Velázquez, 1995).

Como solución a estos problemas se ha estructurado un programa de intervención por parte del equipo multidisciplinario, dentro del cual destaca el seguimiento continuo de los pacientes, la educación para la salud con los familiares, la terapia familiar, etcétera.

Este proyecto consiste en el seguimiento de paciente ambulatorios, -que han sido hospitalizados- mediante por lo menos una consulta telefónica al mes durante los meses anteriores a su consulta como paciente ambulatorio, siguiendo los lineamientos establecidos para este tipo de intervención psicológica y la experiencia obtenida en ellos en el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL), en la Cruz Roja Mexicana.

Para evaluar la conducta del paciente se ha integrado al seguimiento la Escala de Funcionamiento Global (GAF, por sus siglas en Ingles) propuesta por la O.M.S., misma que se aplica en cada entrevista personal y posteriormente por teléfono. Experiencias en México con esta escala las ha proporcionado Valencia (1986, 1988) para apoyar la intervención clínica hospitalaria.

El objetivo de este proyecto es la evolución y el seguimiento del paciente, para facilitar la interacción institucional en la comunidad y canalizar al paciente a los servicios asistenciales, cuando éste así lo requiera, independientemente de la programación de sus citas. Con ellos se pretende optimizar su atención y evitar recaídas, o bien hacer que la severidad de éstas se reduzca y facilitar su control en el estado agudo.

La utilidad de esta ayuda asistencial se ha mostrado parcialmente en una reducción de los tiempos de estancia hospitalaria hasta del 30% del promedio habitual anterior en casos de rehospitализación (Revuelta, 1996) y un menor conflicto familiar, lo que permite un mayor interés y participación de la familia en la atención de los pacientes psiquiátricos.

7. METODOLOGIA

1.- Planteamiento Y Justificación

En el INNyN “Manuel Velasco Suárez” se lleva a cabo un programa de rehabilitación Psicosocial para pacientes psiquiátricos, en el que intervienen el equipo médico, de enfermería, trabajo social y psicología. Este grupo interdisciplinario realiza diferentes actividades orientadas al logro de una rápida evolución de los pacientes y mantener el estado de salud de éstos.

Esta investigación implica una extensión de la asistencia del 3er. nivel de atención llevada a la comunidad, meta fundamental de los programas de Rehabilitación Psicosocial. Los datos obtenidos retroalimentarán el programa asistencial integral y facilitarán la capacitación del personal médico y paramédico con base en datos objetivos, que pueden ser comprendidos dentro de los lineamientos de la Psicología de la Salud y la Educación para la Salud.

De esta forma, esta investigación pretende contestar a la pregunta: ¿cómo influye el seguimiento telefónico en la rehabilitación de los pacientes psiquiátricos?

2.- Objetivo

El principal objetivo de esta investigación es evaluar la efectividad del seguimiento por teléfono a los pacientes psiquiátricos para mejorar su adherencia terapéutica y tener un control mas adecuado del paciente.

3.- Variables.

Variable Independiente: Ser paciente psiquiátrico.

Variable Dependiente: Adherencia Terapéutica, Rehabilitación Psicosocial, Seguimiento telefónico y Consulta Intermedia.

4.- Definición conceptual de variables.

Variable independiente:

- Paciente Psiquiátrico: Persona que padece un trastorno mental.

Variable dependiente:

- Programa de Rehabilitación Psicosocial: "Es un programa integrativo, en el que se conjuntan todas las actividades tendientes a ofrecer al individuo un mayor número de oportunidades posibles para su recuperación y minimizar los efectos discapacitantes de la cronicidad" (Saraceno, 1994).
- Seguimiento telefónico de pacientes: es el reporte mensual del estado global del paciente, en el cual hace constar sobre la actividad psicológica, social y laboral del sujeto por medio de la Escala de Funcionamiento Global (GAF).
- Consulta intermedia: es la consulta que tienen los pacientes una vez que han salido del hospital, la cual se lleva a cabo una semana después de su egreso.
- Adherencia terapéutica: "Es el proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del terapeuta, es decir cuando cumple con las prescripciones recibidas" (Puente, 1984).

5.- Definición operacional de variables

Se describieron las variables sociodemográficas de la muestra.

Durante el seguimiento telefónico se obtuvo, en cada llamada, la puntuación de la escala GAF propuesta por la O.M.S. para saber el funcionamiento global de los pacientes en el momento de la llamada telefónica.

Las principales características de la adherencia terapéutica fueron la asistencia a sus citas programadas en consulta externa, tomar correctamente sus medicamentos y en general seguir una vida ordenada en cuanto a hábitos de descanso y de actividad.

Los pacientes psiquiátricos son aquellas personas que han sido hospitalizadas en el piso de psiquiatría del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

6.- Sujetos

La muestra comprendió 40 pacientes psiquiátricos, de ambos sexos, con edades comprendidas entre 18 y 65 años, con diversos diagnósticos y que vivían en la Cd. de México o área metropolitana.

Criterios de exclusión: Pacientes internados con retraso mental o demencia.

7.- Tipo de estudio

Exploratorio ya que intenta descubrir variables significativas en escenarios de campo, ver la relación entre variables y poder establecer la base para una prueba de hipótesis. Longitudinal y Retrospectivo.

8.- Diseño

Ex post facto ya que son necesarios sujetos que ya sean pacientes psiquiátricos.

No experimental ya que no hay un control directo sobre la variable independiente y la dependiente.

De campo al realizarse dentro de una situación real.

9.- Instrumento(s) y material(s)

Se utilizó el teléfono como medio de enlace entre la institución y el paciente.

Para saber el estado de salud-enfermedad del paciente se utilizó la escala GAF, la cual nos dio a conocer el nivel de funcionamiento del paciente en el momento de la llamada telefónica y durante la última semana, así como la sintomatología que el paciente presenta. Los rangos bajos de la escala, representan el estado hipotético de enfermedad, y los rangos más altos el estado hipotético de salud.

Lápiz y hojas en blanco para anotar el valor en la escala que alcanzó el paciente y los datos relevantes de la llamada telefónica.

10.- Procedimiento

Durante el primer mes se asistió a la Consulta Intermedia con el objeto de obtener el grupo de personas que formaron la muestra, conocer a los pacientes personalmente y tener mayor conocimiento de su padecimiento.

Una vez compuesto el grupo, se entrevistó, vía telefónica a cada paciente y, en caso de ser necesario, con el objeto de confirmar los datos de la entrevista, a un familiar. También se respondieron las dudas que el paciente y la familia tenían sobre la enfermedad, se dio apoyo psicológico, y en caso de observar problemas en el funcionamiento del paciente, se remitió a éste al servicio de urgencia del INN y N o, de ser posible, a la consulta intermedia.

Las entrevistas telefónicas se hicieron mensualmente durante un período de seis meses, utilizando la Escala de Funcionamiento Global (GAF) para evaluar el funcionamiento de los pacientes.

Fue necesaria la asistencia semanal a la Consulta Intermedia y a la Consulta Externa, ya que ahí se conoció el número de consultas recibidas en estos servicios y, a su vez, se pudo evaluar el funcionamiento global del paciente en cada una de estas consultas en forma independiente a la evaluación telefónica, utilizando también la escala GAF.

Al finalizar los seis meses se realizó el análisis estadístico, obteniendo los promedios mensuales de la muestra. Los datos se concentraron de acuerdo con variables clínicas, como son: diagnóstico, tiempo de evolución total, número de internamientos, número de consultas, si siguió las indicaciones del tratamiento o lo abandonó y variable demográficas (edad, sexo, estado civil y ocupación).

11.- Análisis estadístico

El estado de salud fue calificado de acuerdo con la escala GAF. Los datos se procesaron estadísticamente por medio de Estadística Descriptiva, medidas de tendencia central y frecuencias de la evolución de los pacientes durante los seis meses de seguimiento. También se obtuvo el promedio en los días y el tiempo de evolución de los pacientes que fueron reinternados.

Para la descripción de los datos sociodemográficos de la muestra se utilizó una distribución de frecuencias.

8. RESULTADOS

- Descripción de la muestra

El grupo estudiado comprendió 40 sujetos que han estado hospitalizados en el servicio de Psiquiatría del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez". De esta muestra 3 sujetos abandonaron el seguimiento por diferentes razones. La Tabla 1 nos muestra los aspectos sociodemográficos de la muestra estudiada.

Tabla 1. Datos sociodemográficos.

Edad: (años)	Rango	18-63
	Media	36
	Desv. Estándar	13.9

Sexo:	Femenino	28
	Masculino	9

Nivel Socioeconómico	Frecc.	%
Bajo	15	40.5
Medio bajo	4	10.8
Medio	17	45.9
Medio alto	1	2.7

Lugar de Origen	Frecc.	%
D.F.	28	75.7
Edo. De México	1	2.7
Interior de la República	8	21.6

Estado Civil	Frecuencia	%
Soltero	20	54.1
Casado	12	32.4
Separado	0	0
Divorciado	3	8.1
Viudo	1	2.7
Unión libre	1	2.7

Escolaridad	Frecc.	%
Analfabeta	0	0
Primaria completa	5	13.5
Primaria incompleta	3	8.1
Secundaria incompleta o equivalente	1	2.7
Secundaria completa o equivalente	8	21.6
Prep. Voc. o carrera tec. Incompleta	5	13.5
Prep. Voc. o carrera tec. Completa	2	5.4
Estudios profesionales incompletos	6	16.2
Nivel profesional	7	18.9

Ocupación	Frecuencia	%
Empresario o iniciativa privada	0	0
Comerciante	2	5.4
Profesionista	3	8.1
Trabajador técnico especializado	0	0
Vendedor u otro empleo independiente	0	0
Burocracia y empleado de empresa privada	1	2.7
Oficio o equivalente	2	5.4
Asistente de oficio o equivalente	0	0
Subempleado	1	2.7
Desempleado	9	24.3
Ama de casa	14	37.8
Estudiante	5	13.5
Campesino	0	0

Los diagnósticos de los pacientes estudiados se muestran en la tabla 2, donde encontramos una mayor incidencia de pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar.

Tabla 2. Diagnósticos y frecuencia de la muestra observada.

Diagnóstico	Frecuencia	%
Esquizofrenia	5	13.5
Trastorno Afectivo Bipolar	20	54.1
Trastorno Mental Orgánico Epiléptico	2	5.4
Trastorno Mental Orgánico no Epiléptico	5	13.5
Trastorno de Personalidad	3	8.1
Trastorno Neurótico	2	5.4

Al ver los antecedentes clínicos de la muestra encontramos que el promedio del tiempo de evolución es de 6.2 años (74 meses), con una media de días de hospitalización total de 53 días, y 2 ingresos en promedio (ver tabla 3).

Tabla 3. Antecedentes Clínicos.

	Media	Mediana	Moda
Tiempo de evolución	6.2 años (74 meses)	2.10 años	2 años
Días de hospitalización	53 días	33 días	31 días
Ingresos	2 ingresos	1 ingreso	1 ingreso
Consulta externa *	1 por año		

* Tomado de Lara (1994, 1995).

Los datos en el último Ingreso nos muestran un tiempo de evolución promedio de 2.3 meses y 33 días de hospitalización (tabla 4).

Tabla 4. Último Ingreso.

	Media	Mediana	Moda
Tiempo de Evolución	2.3 meses	1 mes	1 semana
Días de Hospitalización	33 días	28 días	24 días

De los pacientes que integraron el grupo en seguimiento telefónico, se observaron 4 reingresos, de los cuales, una persona tuvo que ser hospitalizada en dos ocasiones por falta de adherencia al medicamento. Así, el número de días de hospitalización durante los reingresos fue de 114 días (ver tabla 5). También se presentó un promedio de tres consultas a cada paciente durante los seis meses de seguimiento para mantener el funcionamiento global de los pacientes.

Tabla 5. Pacientes en seguimiento telefónico.

No. de ingresos totales	4	114 días
Paciente	1º	20 días
	2º	33 días
	3º y 4º	61 días (2 ingresos)
Tiempo de Evolución	x=2 días	Rango 2-5 días
Citas Consulta Externa	x=3 consultas	Rango 1-8 consultas

Durante el seguimiento sólo se presentó una persona al servicio de urgencias del grupo en seguimiento telefónico, misma que fue reingresada al piso de psiquiatría.

Solo dos personas abandonaron el tratamiento farmacológico, una de ellas reinició el tratamiento y otro pertenece al grupo de pacientes reinternados.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

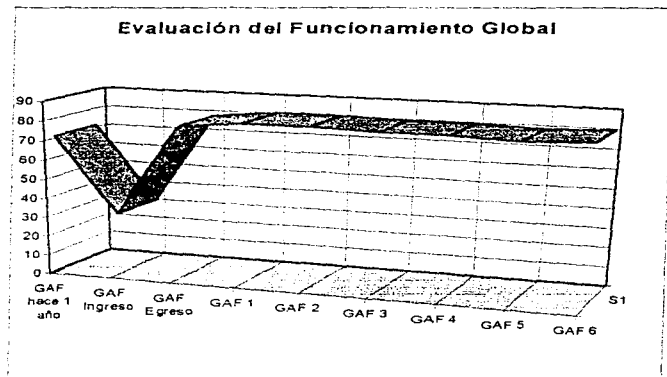
Tabla 6.- Calificaciones de la escala GAF durante el seguimiento.

Paciente	1er. mes	2do. mes	3er. Mes	4o. mes	5o. mes	6o. mes
01	50	55	75	70	75	70
02	90	85	80	85	80	85
03	90	80	90	75	55	65
04	75	80	80	80	75	78
05	90	90	90	90	90	90
06	90	85	80	70	80	80
07	90	90	90	90	80	80
08	90	75	80	80	80	80
09	90	80	85	90	80	90
10	80	80	76	80	80	90
11	90	90	75	90	90	90
12	80	75	70	55	56	61
13	90	90	85	75	80	80
14	35	60	20	65	75	75
15	85	85	90	80	80	80
16	80	90	90	90	90	90
17	90	90	90	90	90	90
18	80	80	75	80	80	80
19	90	75	81	90	80	90
20	80	90	90	90	90	90
21	85	80	76	75	75	75
22	90	90	90	90	90	90
23	90	90	90	90	80	70
24	80	80	70	85	80	80
25	80	80	80	80	68	70
26	88	85	80	85	85	85
27	90	90	90	90	90	90
28	90	90	90	90	90	90
29	80	80	80	80	80	80
30	80	90	75	75	75	80
31	65	76	80	80	85	85
32	80	90	90	90	90	90
33	80	80	80	75	80	80
34	80	80	80	70	75	70
35	90	90	90	90	90	90
36	80	80	80	80	80	80
37	90	90	90	90	90	90

La evaluación de los pacientes por medio de la Escala de Funcionamiento Global, antes y durante el seguimiento telefónico fue de la siguiente forma (ver tabla 7).

Tabla 7. Evaluación del Funcionamiento Global

Escala GAF	Media	Desv. Estándar
GAF un año antes	71	8.7
GAF Ingreso	32	10.7
GAF Egreso	79	7.2
GAF 1	82	11.4
GAF 2	82	8.1
GAF 3	81	12.1
GAF 4	81	8.6
GAF 5	80	8.5
GAF 6	81	8.1



9. DISCUSION Y CONCLUSIONES

De los 40 pacientes que integraron la muestra 3 abandonaron el seguimiento, en estos casos, el abandono se debió a problemas relacionados con la línea telefónica de los pacientes. A dos de ellos les suspendieron el servicio telefónico y en el otro caso, la persona cambió de número telefónico y no fue posible saber su nueva clave.

Los datos sociodemográficos de los pacientes nos muestran una edad promedio de 36 años, principalmente de sexo femenino, soltero, originario del D.F., con un nivel socioeconómico medio y bajo, con escolaridad a nivel de secundaria y estudios profesionales principalmente y con ocupación de ama de casa o desempleado en el 62% de la muestra.

En la mayoría de los casos fueron pacientes que cursan con un diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar, tanto en fase de manía como de depresión. Los antecedentes clínicos de estos pacientes muestran, en promedio, un tiempo de evolución de 6.2 años, aunque la mayor parte de la muestra cuenta con 2 años de evolución y 33 días de hospitalización en 1 ingreso, lo que confirma los datos de Lara (1994,1995).

En el último ingreso, previo al seguimiento telefónico, se observó que el tiempo de evolución fue de 2.3 meses y los días de hospitalización fueron 33 en promedio.

De 37 pacientes que quedaron de la muestra inicial solo 3 presentan recaídas. Uno de estos pacientes presenta franco deterioro debido a difícil manejo de la enfermedad, aunque cuenta con buena adherencia terapéutica. Otro

paciente presenta recaída en dos ocasiones por mala adherencia terapéutica, ya que en estas dos ocasiones el paciente abandonó el tratamiento por supuesta mejoría. Finalmente el tercer paciente, aunque no presentaba deterioro importante, fue necesario su reingreso para evitar que su funcionamiento global afectara tanto al paciente –al hacerle más difícil su restablecimiento- como al entorno familiar y social, causando desadaptación en estas esferas.

Como podemos ver, en los casos de recaída se observaron dos factores principales: la falta de adherencia terapéutica (al medicamento) y el difícil manejo de la enfermedad. En los demás casos se observa buena adherencia terapéutica.

El promedio en el tiempo de evolución de los pacientes que recayeron durante el seguimiento - esto es, el tiempo que tardó el paciente en presentar los primeros síntomas y posteriormente ser reinternado -, fue de 2 días. Anteriormente se había observado que los pacientes tenían un promedio en el tiempo de evolución de 2.3 meses. Estas diferencias nos habla de una intervención más precoz en caso de recaídas de los pacientes que conformaban la muestra.

A nivel individual, el seguimiento telefónico ayudó en la evaluación de la evolución mensual del Funcionamiento Global de los pacientes, y se observó como éste se mantuvo en la mayor parte de la muestra durante los seis meses. En algunos casos el funcionamiento global varía a lo largo del tiempo. Las fluctuaciones en el funcionamiento global fueron más notorias en los pacientes que presentan recaídas, pero en otros pacientes se pudo observar fluctuaciones leves, éstas pueden no ser debido a la enfermedad, sino a los problemas propios de la vida diaria.

En algunos casos, se observó que el difícil manejo farmacológico, hace que el funcionamiento global de los pacientes varíe de un mes a otro, ya sea que su funcionamiento tienda a la mejoría o no, pero estos pacientes nunca llegan a un

deterioro importante de su funcionamiento global, y en caso de ser así, su evolución es más rápida.

Importante fue reconocer cuando el bajo funcionamiento del paciente se debió a alguno de los siguientes problemas:

- 1.- El difícil manejo de su padecimiento.
- 2.- La falta de adherencia terapéutica.
- 3.- El poco o nulo apoyo familiar y social que tienen los pacientes.
- 4.- A los problemas propios de la vida

Al observar que el paciente está teniendo una recaída, lo más recomendable fue ver en cual de los cuatro puntos anteriores tiene más apoyo y en base a esto hacer la intervención. En algunos casos se pudo hablar con un familiar que ayudó al paciente a trasladarse al hospital para su mejor atención, en otra ocasión el paciente accedió a asistir al hospital y pidió a su familia que lo acompañara. El seguimiento telefónico en estos casos ayudó a que el deterioro no fuera mayor y que la recuperación fuera más rápida, a la vez proporcionó conocimiento a los familiares sobre las principales manifestaciones de recaída.

Observar la asistencia más frecuente de los pacientes a sus consultas, los pocos días de evolución de los pacientes que recayeron y el buen funcionamiento observado en la mayor parte de la muestra nos hace poder afirmar que:

La utilización del Seguimiento Telefónico contribuye a una mejor Adherencia Terapéutica, al recordarle al paciente el objetivo de tomar sus medicamentos, así como la frecuencia con la que los debe de tomar; también sirve para dar orientación acerca de los principales problemas que presenta su padecimiento y de esta forma procurar que el paciente se vaya acercando a la institución al ver que ésta se preocupa por su salud; ayuda a la prevención de recaídas, al hacer que tanto el paciente como la familia de éste conozca y ponga más atención en los síntomas que indican deterioro y una posible recaída; permite mejor control de los pacientes, al saber cual ha sido el funcionamiento del paciente

en los meses anteriores a su cita en la consulta externa, a la vez que previene recaídas; y da como resultado menor severidad gracias a una atención médica más precoz, ya que puede remitir oportunamente a los pacientes al servicio de urgencias o a la consulta externa, antes de que los síntomas de deterioro sean irreversibles.

A la vez podemos decir que el Seguimiento Telefónico es una herramienta que ayuda a la Rehabilitación Psicosocial del paciente Psiquiátrico, y esto nos debe permitir hacer una labor integral para el manejo de la enfermedad psiquiátrica, ya que: ayuda al conocimiento de los principales síntomas que nos indican una recaída; puede proporcionar apoyo psicológico en casos necesario; mantiene un vínculo más cercano entre el paciente y la institución; mantiene en auto-observación al paciente y la familia respecto a los síntomas de la enfermedad; y le proporciona al médico un panorama general de la evolución del paciente en los días anteriores a su cita.

Sin lugar a dudas, los servicios telefónicos para problemas de salud conforman un importante servicio de asistencia social que, entre muchos otros beneficios, apoya la salud mental de la población, y crea “soportes ambientales” que van a cooperar en bien de la población.

En cuanto a la población psiquiátrica podemos ver que por medio del Seguimiento Telefónico y la Escala de Funcionamiento Global (GAF) es posible evaluar de manera objetiva el funcionamiento global del paciente, y que tanto los síntomas de la enfermedad le han afectado en su vida social, familiar y laboral, ya que la escala toma en cuenta síntomas como los cambios en el estado de ánimo, problemas en el sueño y en sus relaciones sociales para su calificación. También se logra reforzar algunas conductas y síntomas que deben ser observadas, tanto por parte del paciente como de sus familiares.

A pesar de las consecuencias positivas que se observan en el seguimiento telefónico, no podemos saber si esta mejoría se mantendrá por mucho tiempo, de hecho, Ryan (1981), descubrió que después de dos años los pacientes que se habían sometido al seguimiento habían descendido su funcionamiento al mismo nivel de las personas que no habían participado en el seguimiento. Por tal motivo es recomendable que el seguimiento telefónico sea por un periodo más largo, el cual debe ser igual al tiempo que el paciente ha padecido su enfermedad. Esto es, si un paciente tiene seis años de evolución, lo aconsejable sería permanecer en seguimiento por otros seis años. También se recomienda que el seguimiento se vaya espaciando, quizá en un principio es importante que sea mensualmente o semanalmente, pero después de observar mejoría por seis meses, el seguimiento puede ser más esporádico y no forzosamente mensual. Esto con el objeto de que el paciente no presente dependencia a la institución y en especial al seguimiento telefónico.

El enfoque que le hemos dado a la enfermedad mental nos ha llevado a ponernos barreras ideológicas que, en muchos casos, son más difíciles de pasar que la enfermedad misma.

Es importante no ver únicamente los datos clínicos (alucinaciones, delirios, manías, depresión, etcétera), como indicadores de la complejidad del padecimiento, sino ver cómo afectan estos a la "calidad de vida" de los pacientes. De esta forma podemos replantear la enfermedad y verla como un medio de superación.

El modelo aquí presentado es un intento por innovar en los servicios de salud a la comunidad, apoyando en el cuidado de los pacientes y el mantenimiento del estado de salud de su población.

Por otra parte es necesario un rigor metodológico institucional que formalice el proceso de rehabilitación, tomando en cuenta que en cada institución será diferente, de acuerdo a sus recursos humanos, materiales y de disposición de los mismos, ya que en materia de rehabilitación no se trata de proponer solamente modelos, sino crear verdaderos métodos en los que se observe el proceso por el que sigue el paciente para llegar al completo restablecimiento del estado de salud.

Es un signo de poco interés y/o ignorancia, tanto por parte de la comunidad, como por parte de la institución el observar que los pacientes recaiga y no realizar esfuerzos por evitar esto. Si bien, en muchos casos es inevitable la recaída, por la naturaleza misma de la enfermedad, los casos en los que se debe a descuido, negligencia, o falta de interés es obvio suponer que debemos hacer algo.

Sabemos la importancia que tiene el disminuir el número de recaídas, disminuir los efectos secundarios debido a los medicamentos y la importancia que tiene la familia y la sociedad para el mejor funcionamiento de los pacientes. Pero hace falta hacerle saber a los pacientes esto, ya que de nada sirve que las personas que no padecemos alguna de estas enfermedades tengamos conocimiento de qué hacer en caso de presentar molestias.

El hacer saber al paciente y a los familiares qué hacer en casos de emergencia trae como consecuencia mayor entendimiento de la enfermedad y mejor disposición por parte de la familia para con "su" paciente.

Al hablar de rehabilitación podemos pensar en modelos interminables, donde se les enseñan actividades manuales, artísticas y cualquier tipo de terapia ocupacional, pero, ¿De qué forma ayuda esto a su realidad social?, ¿Cómo contribuye a que los pacientes consigan empleo?, ¿Realmente creemos que los pacientes solo deben de recuperar sus destrezas manuales?, ¿Qué pasa con sus miedos a nuevas recaídas?...

Los intentos rehabilitatorios en nuestro país son buenos, pero insuficientes. Aún no contamos con la cultura necesaria, y mucho menos con la voluntad, para abrir espacios donde personas con algún padecimiento se desarrollen o puedan tener una correcta rehabilitación, que, entre otras cosas, los capacite para competir con los que se dicen mentalmente sanos.

Como podemos darnos cuenta, los modelos de salud de nuestro país no están adaptados a nuestra cultura. Al parecer, el reto al que nos enfrentamos es aprender a trabajar juntos, haciendo un trabajo interdisciplinario, que deje a un lado las diferencias profesionales y toda la estupidez que, hasta ahora, no ha permitido que diferentes disciplinas convivan y aprendan unas de otras.

Los beneficios de esta investigación nos aporta conocimientos y alternativas de tratamiento rehabilitatorio, a bajo costo y evitando, en gran medida, las recaídas.

Como sabemos la Rehabilitación Psicosocial es más una labor dirigida por las disposiciones políticas y los recursos que algunas personas estén dispuestos a aportar, que una labor de carácter profesional y social con autonomía e independencia, pero esto no impide que intentemos mejorar nuestra realidad social.

No es necesario hacer un análisis costo-beneficio para saber qué es más costeable para las instituciones, si invertir en programas de prevención y/o rehabilitación, o utilizar recursos para intentar restablecer, por segunda o tercera ocasión, el estado de salud de los pacientes, ya que lo importante es evitar el deterioro de los pacientes.

El compromiso institucional debe estar orientado a identificar los problemas, promover posibles soluciones, aplicar éstas en diferentes programas, evaluar resultados y finalmente implementar estos programas para toda la comunidad.

La adaptación de los programas de Rehabilitación Psicosocial va a depender de las necesidades del instituto, hospital o centro médico. Estos programas deben de estar más orientados a resolver los problemas familiares, a la rehabilitación de los pacientes, a la integración del mismo a la comunidad y la recuperación de habilidades físicas y/o manuales por parte del paciente, etc.

Finalmente, y de acuerdo con Pita (1997), parece que la Rehabilitación Psicosocial es más parecida a una utopía, pero que debe permanecer entre nosotros, ya que esto, aunque parece no existir o existir en forma limitada, nos permite poder hacer una labor profesional y social de grandes alcances.

De acuerdo con lo anterior podemos ver que la labor profesional del psicólogo, en la rehabilitación del paciente psiquiátrico, va a ser de suma importancia en tres amplios aspectos:

- 1) En lo social.

Da apoyo a las instituciones de salud en lo que se refiere al tratamiento, restablecimiento y cuidado de sus pacientes, evalúa el tratamiento farmacológico con métodos conductuales, así como retroalimenta al cuerpo de médicos, enfermeras y trabajo social en cuanto a actitudes hacia los pacientes que pueden favorecer la adherencia terapéutica.

Proporciona apoyo psicológico a las familias de pacientes psiquiátricos en todo lo relacionado al padecimiento de su enfermo, a la vez que da información acerca de las principales manifestaciones de la enfermedad.

A nivel personal interviene evaluando el funcionamiento de los pacientes en ambientes naturales, refuerza o rechaza el diagnóstico de los mismos y proporciona apoyo psicológico a los pacientes para hacer más fácil la reinserción a la sociedad.

2) En lo Psicológico

Evalúa los perfiles psicopatológicos y cognitivos de los pacientes, aplica terapias propias del psicólogo en los casos necesarios e interviene en la atención primaria y terciaria del paciente, al proveerle rehabilitación psicológica y prevención de posibles recaídas.

3) En lo Biológico

Observa y evalúa el efecto de los medicamentos, y como estos intervienen en favor de la salud mental. Previene factores de estrés que pueden desencadenar o favorecer la aparición de padecimientos.

10.- Sugerencias y Limitaciones

Se debe de tener cuidado en la intervención psicológica por teléfono, ya que se pierde mucha información no verbal al no tener al paciente frente a nosotros, pero un oído bien entrenado puede ayudar en gran medida. También contar con un lugar tranquilo y silencioso facilitará la atención hacia el paciente.

Es necesario contar con todos los materiales necesarios antes de realizar la llamada. El conocer el diagnóstico y la historia clínica del paciente va a facilitar la atención del entrevistador en los puntos de mayor cuidado, pero no implica que se dejen de explorar otras áreas que están involucradas en el funcionamiento global del paciente.

Se deben entender claramente los diferentes valores de la Escala de Funcionamiento Global (GAF), es conveniente aplicar la escala en un principio bajo supervisión.

Es importante conocer el tiempo relativo de duración e inicio de acción de los medicamentos, para no crear en el paciente falsas expectativas de mejoría.

Finalmente tenemos que recordar que este estudio es parte de un programa integral de Rehabilitación Psicosocial, donde se ha visto la necesidad de capacitar a los familiares (Mendizábal, 1997), ver la actitud que la familia tiene hacia su paciente (Berber, 1997), además de la necesidad de capacitar al cuerpo de enfermería en cuanto a las técnicas de rehabilitación que emplean (Cózatl, 1997), etcétera.

Así, este trabajo es solo un intento por crear nuevos métodos de rehabilitación para pacientes psiquiátricos, pero hace falta más investigación para saber hasta qué punto puede influir esta intervención en el restablecimiento de los pacientes, para qué diagnóstico es más recomendable o si influye a todos los pacientes de igual forma.

Bibliografía.

- Ayala, H., Quiroga, H., Mata, A., Chism, K.(1981). La familia enseñante. Salud Mental 4 (1), 11-15.
- Ayala, H., Chism, S., Cárdenas, G., Rodríguez, M., Cervantes, L., Caballero, P. (1982). Una Alternativa al Tratamiento y Rehabilitación de Enfermos Mentales Crónicos. Salud Mental 5(1). 1-9
- Bachrach, L. (1992). Psychosocial Rehabilitation and Psychiatry in the Care of the long-term Patients. Am. J. Psychiatry 149 11, Nov. 1992.
- Bellack, L. y Small, L. (1970). Psicoterapia breve y de emergencia. (2ª. Ed.). Ed. Pax, México. pp.1-35
- Bellack, L y Siegel, H. (1986). Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. Ed. Manual Moderno, México. pp. 1-15
- Berber, I. (1997). Actitudes de la familia hacia su paciente psiquiátrico hospitalizado. Tesis recepcional inédita. Facultad de Psicología. UNAM
- Bustos, L. (1989). Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono. Motivo de consulta. Tesis recepcional. Facultad de Psicología. UNAM.
- Buenrostro, M., Gómez, J., y Martínez, M. (1994). Implementación de la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada al Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono Tesis recepcional. Facultad de Psicología. UNAM.
- Capillo-Serrano, C., Caraveo, J., et. al. (1981). Confiabilidad entre clínicos utilizando la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada de Goldberg, en una versión Mexicana. Acta Psiquiat Amer Lat 27, 44-53.
- Cózati, M.A. (1997). Evaluación conductual de las técnicas de rehabilitación psicosocial en enfermos psiquiátricos hospitalizados. Tesis recepcional inédita. Facultad de Psicología. UNAM
- Desviat, M. (1997, Febrero). De la atención en crisis a la reinserción social, De la Exclusión a la Rehabilitación Psicosocial”, Encuentro de las Américas, Simposium efectuado en la Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

Dominguez, B. (1984). Contribuciones de la investigación en psicología a la adherencia terapéutica. En Puente, F. (Ed.), Adherencia Terapéutica. Acapulco, Gro. México.

Fraser, N., Douglas, H. (1990) Rehabilitación psiquiátrica, Teoría y práctica. Ed. Limusa, México.

Füredi, J. (1986). Un Punto de Vista Sobre la Rehabilitación del Paciente Psiquiátrico en Hungría. Salud Mental 9 (2), 28-29.

Gaitán, A. (1993). Guía de Capacitación y Manual de Procedimientos del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono, SAPTEL. México. Universidad Iberoamericana, Departamento de Psicología.

Lara Tapia, H. (1997). Características clínicas de evolución de pacientes psiquiátricos hospitalizados en el INNyN "MVS". Archivo de Neurociencias 2(1). 7-12.

Lara Tapia, H., Morfín, A., Pacheco, L. (1996). Family Dynamics and Psychopathology in Psychiatric Patients. Proc. Xth World Congress of Psychiatry. Excerpta Medica. Madrid, 1996.

Lewis, A., en: Córdova, A., Duarte, D., Rodríguez, M., Puertas, G. (1976). Rehabilitación de Esquizofrénicos Crónicos Sometidos a un triple Empuje: Psicofármacos, Psicoterapia de Grupo y Ergoterapia. Teoría y Práctica de la Psiquiatría Social. Científica-Técnica 9, 89-99. La Habana.

Maciel, M., y Romero, A. (1995) Características de bebedores problema que abandonan un tratamiento. Tesis recepcional. Facultad de Psicología, UNAM.

Mackinnon, R., y Michaels, R. (1973). El papel del teléfono en la entrevista psiquiátrica. En Psiquiatría Clínica Aplicada. (pp. 395-412). México, Nueva Editorial Interamericana.

Mendizábal, L.M. (1997). Evaluación de un programa de salud mental para familiares de pacientes psiquiátricos. Tesis recepcional inédita. Facultad de Psicología. UNAM

Monteverde, A. (1967). Rehabilitación de los Inválidos por Epilepsia. Revista del Instituto Nacional de Neurología 1 (2), 15-17.

- Morfin, A. (1995). Psicopatología en Familiares de Pacientes Psiquiátricos hospitalizados en el INNyN "MVS". Revista del Instituto Nacional de Neurología, 10: 149.
- Ocampo, T., Cardoso, A. (1995). Variables psicosociales en pacientes psiquiátricos crónicos. Revista del Instituto Nacional de Neurología, 10: 148.
- OMS. (1969). Comité de Expertos de la OMS sobre Rehabilitación Médica. Segundo Informe. Ginebra. Serie de Informes Técnicos No. 419.
- Ordaz, E. (1988). La Rehabilitación Psiquiátrica Teoría y Práctica. Ministerio de Salud Pública de Salud Mental, República de Cuba.
- Pacheco, L. (1995). Dinámica Familiar y Conflicto en Familias de Pacientes Psiquiátricos Crónicos hospitalizados en el INNyN MVS. Memorias del XIV Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana. Puerto Vallarta, Jal.
- Parameshvara, D. (1997). "De la Exclusión a la Rehabilitación Psicosocial", Encuentro de las Américas. Simposium efectuado en la Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.
- Pitta, A. "De la Exclusión a la Rehabilitación psicosocial", Encuentro de las Américas. Simposium efectuado en la Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.
- Pucheu, R. (1981). Conceptos y Alternativas para la Rehabilitación del Enfermo Mental. Salud Mental, 4 (3), 4-12.
- Puente, F. (1984). ¿Qué es la Adherencia Terapéutica? Adherencia Terapéutica. Simposium sobre Adherencia terapéutica. Implicaciones para México; XXIII Congreso Internacional de Psicología, Acapulco, Gro. México.
- Quiroga, H., Rodríguez, M., Cárdenas, G., y cols. (1984). Programas de Tratamiento Psicosocial para la Rehabilitación del Paciente Mental Crónico Hospitalizado en México: Descripción, Resultados y Perspectivas. Revista Mexicana de Psicología, 3(1), 44-51.
- Revuelta, R. (1986). Informe Anual de la Subdirección General Médica del INNyN "MVS". México.
- Rodríguez, J. (1984). Los servicios telefónicos para crisis El servicio de Orientación e Información de los "Centros de Integración Juvenil". Tesis recepcional. Facultad de Psicología. UNAM.

Rodríguez, M., y Montiel, M. (1986). El autoregistro como factor determinante en el incremento de la Adherencia Terapéutica dentro de los Programas de Salud implementados en el Hospital General de la Secretaría de Salud de México. D.F. Tesis recepcional. Facultad de Psicología, UNAM.

Ruiz de Chavez, M. Y Cuevas, S. (1984). Adherencia Terapéutica. La falta de cumplimiento Terapéutico. Implicaciones para el sector salud. Simposium sobre Adherencia terapéutica; Implicaciones para México; XXIII Congreso Internacional de Psicología. Acapulco, Gro. México.

Ryan, P. (1983). Un Programa Experimental Psicosocial para Pacientes Agudos Hospitalizados. Rev. Salud Mental, 6(2), 74-79.

Saraceno, B. (1992). La Rehabilitación entre Modelos y Practicas. Anales de Salud Mental, 8, 235-243

Saraceno, B. (1993). Looking at the future. Bull. WARP, 5(4); 1-2

Serra, C. (1989). Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono. Implementación de Técnicas de Intervención Psicológica. Tesis recepcional. Facultad de Psicología, UNAM.

Slaikeu, K.A. (1984) Intervención en Crisis. Ed. Manual Moderno. México, D.F.

Small, L. (1978). Psicoterapias Breves. Granica Editor, S.A. Barcelona.

Souza, A. (1987). Aproximaciones psicológicas para la promoción de la adherencia terapéutica. Tesis recepcional. Facultad e Psicología, UNAM.

Spitzer, L., Gibbon, M., Enducott, J. (1976). The global assessment scale . A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbances. Arch. Gen. Psychiat, 33, 766-771.

Torres, A. (1995). La línea de investigación para la Rehabilitación Psicosocial de la división de psiquiatría del INNyN "MVS". Revista del Instituto Nacional de Neurología, 10, 147.

Velázquez, A. (1995). Características Psicosociales de Pacientes Psiquiátricos Crónicos hospitalizados en el INNyN MVS. Memorias del XIV Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana. Puerto Vallarta, Jal. México.

Valencia, CM., Otero, MBR., Rascón, GMI., y Gonzáles, DN. (1986). Programa de Intervención Clínica en un Hospital Mental. Salud Pública de México 28(5), 480-487.

Valencia, M., (1988). Un Programa de Tratamiento Psicosocial para Pacientes Psicóticos Agudos Hospitalizados. Salud Pública de México 4(1), 71-96.

William, A. (1993). Understanding and Advocating for Psychosocial Rehabilitation, The Use of Methaphor. WAPR BULL. 5(4):5-6.

William, G., (1976). Assesment Manual for Psychopharmacology. Biometric Laboratory, The George Washington University, Kensington, Maryland, U.S. Department of Health, Education and Welfare. Public Health Service, 583-585.

Escala de evaluación de la actividad global (EEAG)

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético *continuum* de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales).

Código (Nota: Utilizar los códigos intermedios cuando resulte apropiado, p. ej., 45, 68, 72)

- 04 | Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.
- 90 | Síntomas ausentes o mínimos (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen, buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin sus preocupaciones o problemas que los ciudadanos (p. ej., una situación ocasional con miembros de la familia).
- 80 | Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicológicos (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar), solo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
- 70 | Algunos síntomas leves (p. ej., humor deprimido o optimismo ligero o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o faltar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
- 60 | Síntomas moderados (p. ej., afecto optimado y temporal circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).
- 50 | Síntomas graves (p. ej., alteración suicida, rasgos obsesivos graves, rasos en demandas o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
- 40 | Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje es a veces débil, ocurren o sobrevienen o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre deprimido evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
- 30 | La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente, habla de manera claramente inapropiada, preocupación, ansiedad o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día, sin trabajar, evitando a amigos).
- 20 | Algun peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intentos de suicidio sin una intención a matar, riesgo de muerte, frecuentemente a otros, es mucho o manipula o ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con olor a las de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej., muy incoherente o mudo).
- 10 | Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
- 0 | Información inadecuada.

La evaluación de la actividad psicológica, social y laboral en esta escala de EEAG fue desarrollada por Spitznagel, en la Health Status Rating Scale (HRS), L. C. Spitznagel, en Mental Health: Archives of General Psychiatry 21:407-417, 1962; Spitznagel, John, Jeanne B. y Spitznagel, John, Health Status Rating Scale: International Clinical Assessment Scale (ICAS) (College P. Spitzer R. L., First, R. C., Gibbon, J., The Global Assessment Scale: A procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance, Archives of General Psychiatry 43:586-587, 1987). Una versión modificada del ICAS fue incluida en el DSM-III-R con el nombre de Global Assessment of Functioning (GAF) Scale.