



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA  
SUBSECRETARIA DE ASISTENCIA  
DIRECCION GENERAL DE REHABILITACION  
CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA  
DE REHABILITACION

"EFECTOS DEL TRATAMIENTO REHABILITATORIO EN PACIENTES  
PSIQUIATRICOS."

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA  
QUE PRESENTA EL DOCTOR  
PABLO FRANCO MEJIA  
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA  
DE REHABILITACION

MEXICO, D. F.

1975



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

A mi padre: FRANCISCO FRANCO CALVO  
y a la memoria de mi madre (q. e. p. d.)  
CATALINA MEJIA, con el cariño que les  
profeso, dedico mi Trabajo de  
Investigación Clínica.

A MI ESPOSA:  
GUILLERMINA GARCIA DE FRANCO, quien  
con paciencia me ha acompañado en esta ar  
dua labor y cuyo estímulo constante y deci  
dido, ha hecho posible esta realidad.

A MIS PEQUEÑOS HIJOS:  
Zandra, Claudia y Francisco Franco Mejía,  
quienes han estimulado mi superación profesional  
y que en lo futuro les sirva de guía este Trabajo  
de Investigación Clínica.

A MIS HERMANOS.

### CON MI AGRADECIMIENTO:

Al Doctor Germán Méndez Gallegos, Director del Hospital Psiquiátrico Campestre "Dr. Fernando Ocaranza" y al Doctor Hugo Fernández Peña, Especialista en Rehabilitación, por haber asesorado este trabajo de Investigación Clínica.

De la misma manera, al Psicólogo Luis Fernando Hernández Lezama, por su orientación en la realización del mismo.

Ante la imposibilidad de enumerar a todas las personas que en una u otra forma colaboraron conmigo en la larga tarea de la Rehabilitación del paciente psiquiátrico, y en especial a los integrantes del personal del Servicio de Rehabilitación del Hospital Psiquiátrico Campestre, por su entusiasmo y colaboración para la creación del mismo, sea patente este testimonio de agradecimiento.

## C O N T E N I D O

<u>C A P I T U L O</u>	<u>Página</u>
INTRODUCCION.	1
ANTECEDENTES HISTORICOS DEL TEMA.	3
INVESTIGACIONES PREVIAS.	5
OBJETIVO.	6
MATERIAL Y METODO.	8
REVISION DE LA PATOLOGIA PSIQUIATRICA.	9
RESULTADOS.	24
DISCUSION.	41
CONCLUSIONES.	44
RESUMEN.	46
BIBLIOGRAFIA.	47

## C O N T E N I D O

<u>C A P I T U L O</u>	<u>Página</u>
INTRODUCCION.	1
ANTECEDENTES HISTORICOS DEL TEMA.	3
INVESTIGACIONES PREVIAS.	5
OBJETIVO.	6
MATERIAL Y METODO.	8
REVISION DE LA PATOLOGIA PSIQUIATRICA.	9
RESULTADOS.	24
DISCUSION.	41
CONCLUSIONES.	44
RESUMEN.	46
BIBLIOGRAFIA.	47

## I N T R O D U C C I O N

Por lo que se refiere al problema de invalidez por enfermedad mental, representa un tema de mucha importancia dentro de las alteraciones que desintegran la personalidad del individuo y que alcanzan repercusión importante a nivel familiar y social. La tendencia de las enfermedades mentales a aumentar progresivamente, es cada día mayor, condicionado ésto en parte por la transformación de las estructuras sociales, el aumento demográfico y un mayor desarrollo industrial, factores que determinan un cambio circunstancial en el medio donde se desarrolla el individuo.

Por ENFERMEDAD MENTAL debemos entender: "Todo proceso morboso, funcional u orgánico, que afecte los mecanismos de la conciencia, la integridad de los órganos receptores o efectores, los niveles de integración (diencefálicos, límbicos y corticales) y que provoque un trastorno de las relaciones interpersonales en el hombre en que ésto se produce". Las investigaciones de la Psicología y de la Psiquiatría Social en los últimos años, ponen de manifiesto un incontable número de factores ambientales y situacionales, desde el nacimiento hasta las primeras etapas de la juventud, y hacen que el hombre no sea capaz de alcanzar una buena estructuración en el establecimiento de sus relaciones con los demás hombres. Es decir, que el hombre se integra y constituye -- más que por sí mismo, por los otros. Si todo ser vivo viene al mundo con sus estructuras de adaptación incompletas, cuyo desarrollo ulterior ha de conseguir mediante influencias de su mundo circundante, el hombre nace todavía con una

inmadurez mas acentuada de sus estructuras de adaptación.

La mayor importancia de la psicopatología de estas relaciones interpersonales, radica junto a la parte de la investigación de los factores etiopatogénicos de ellas, principalmente en su aspecto Psicodinámico y Psicosocial en el hombre anormal y enfermo psiquiátrico, y al tratar de encausar y restaurar el establecimiento de verdaderas relaciones interpersonales, consigue no sólo una resocialización de estos hombres, sino además, que sean humanamente mas autenticos.

En el presente trabajo se realiza el estudio y análisis de los problemas psiquiátricos y repercusiones familiares y sociales de un grupo de cien pacientes, internados en el Hospital Psiquiátrico Campestre "Dr. Fernando Ocaranza", dependiente de la Dirección de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

En la actualidad, el concepto de REHABILITACION INTEGRAL guía nuestra atención en este campo, con el propósito de contribuir en la medida de lo posible a la reintegración familiar y social del paciente psiquiátrico, y en el mejor de los casos, a una mejor adaptación laboral que le permita aumentar su independencia y productividad en el núcleo social a que pertenece.



## ANTECEDENTES HISTORICOS DEL TEMA

### ERA PRIMITIVA

Los conceptos de enfermedad encontrados en los pueblos primitivos, difieren de los que existen en las comunidades actuales. Para el hombre primitivo, las enfermedades se deben a la influencia de fuerzas exteriores consideradas como sobrenaturales, y son particularmente poderosas cuando tratan de dar sentido a las enfermedades que afectan la conducta. Las sociedades primitivas inventaron métodos de tratamiento que aún hoy se emplean en las prácticas mágicas y religiosas, y en ellos se puede percibir los rudimentos de lo que llegaría a ser la Técnica Psicoterápica.

El uso terapéutico de los estados de trance, es otra medida -- muy común en los pueblos primitivos, el exorcismo se efectúa por muchos medios en diferentes grupos y áreas y puede reconocerse como una forma de Psicoterapia para que la persona enferma hable de sus acciones de culpabilidad. -- Los significados y los objetivos de los ritos primitivos aunque son psicoterapéuticos, no guardan relación con los tratamientos modernos, que encuentran las -- fuentes de la enfermedad dentro de la organización biosocial y el desarrollo del hombre.

## ERA GRECORROMANA

Las referencias a las enfermedades mentales en los escritos antiguos de Egipto, India, China, Grecia y Roma, revelan el comienzo de las principales corrientes del pensamiento y acción en el desarrollo de la Psiquiatría como ciencia. La actitud humanitaria que hoy se refleja en la Psiquiatría Social, se vió en épocas tan antiguas, en que los sacerdotes contemplaban al enfermo mental con benevolencia y sugerían el empleo de actividades físicas y recreativas.

En el siglo VI A.C., Alcmeón señaló las relaciones de los órganos de los sentidos con el cerebro y dedujo que el centro de la razón y del alma se localiza en este órgano. Hipócrates clasificó las enfermedades mentales en: MANIA, MELANCOLIA Y FRENESI, ya se conocía la Epilepsia, la Histeria, la Psicosis Postparto y los Síndromes Cerebrales Agudos (estados delirantes) secundarios a infección y hemorragia. Galeno estudió la anatomía y fisiología del sistema nervioso y postuló que la existencia de síntomas no necesariamente indicaba que el órgano que los expresara, fuera la parte alterada. El problema de las enfermedades mentales, también llamó la atención de los filósofos griegos, Empédocles habló de la importancia de las emociones y señaló que eran fuentes que determinaban cambios en la conducta humana.

## ERA MODERNA

En esta etapa, esurge el interés en el cuidado humanitario del enfermo mental. Chiaruggi en Italia, Philippe Pinnel en Francia, Daniel Tuke en Inglaterra, Dorothea Dix en Estados Unidos, eliminan las cadenas de los pacientes y los alrededores de los hospitales se mejoran para su cuidado. En la actualidad, estas modificaciones continúan extendiéndose y se manifiestan en nuestros días en el movimiento de hospitales abiertos.

Al mismo tiempo que las reformas humanitarias en el tratamiento, aumentó el interés médico por las enfermedades mentales. En 1840, Johann Guggenbuhl, fundó en Suiza una institución para deficientes mentales, que fue la primera tentativa hacia el tratamiento y rehabilitación de estos enfermos. Es así como a través del tiempo y la observación amplia ha mejorado la atención del enfermo mental, la cual se ve incrementada al integrarse conjuntamente con las medidas psicoterapéuticas los beneficios de la Rehabilitación, como ciencia aplicada en estos pacientes.

## INVESTIGACIONES PREVIAS

Los estudios preliminares llevados a cabo sobre el tema, revelan la necesidad de disminuir en lo posible las alteraciones psicofuncionales de los procesos patológicos en los enfermos mentales, con el objeto de hacer menos apa

rentes sus repercusiones personales, familiares, sociales y laborales, lo que determina cambios en la dinámica familiar y origina un deficiente desarrollo social, cultural y económico.

Se ha demostrado la importancia de la Rehabilitación en estos enfermos, con lo que aumenta la posibilidad de egreso hospitalario y mayor adaptación familiar y comunal, situación que se retarda en forma importante cuando no se emplea como terapéutica en el tratamiento integral de estos pacientes.

En vista del creciente número de pacientes psiquiátricos y de muchos en vías de serlo en nuestro medio, es de capital importancia establecer un diagnóstico preciso, realizar un adecuado análisis socioeconómico y aplicar el tratamiento completo del problema principal y de los secundarios que surgen, ya que por regla general, la evolución de los mismos es crónica en la mayoría de los casos, lo que aumenta el grado de invalidez y sus repercusiones en todos los aspectos.

### OBJETIVO

El objetivo de este trabajo, es el de dar a conocer los principales cambios operativos que se producen en los pacientes psiquiátricos con el tratamiento rehabilitatorio conjuntamente al tratamiento psiquiátrico específico de cada caso, y mostrar las ventajas que tiene este proceso terapéutico en compara

ción con los casos no tratados en esta forma. El análisis que se hace de la problemática de cada uno de los pacientes, permite la aplicación específica del tratamiento y realizarlo regularmente de acuerdo a las circunstancias del paciente y del medio donde se lleva a cabo.

## MATERIAL Y METODO

En la elaboración del presente trabajo, se revisaron cien casos de pacientes psiquiátricos con diagnóstico de: Oligofrenia, Neurosis, Psiconeurosis, Psicosis, Epilepsia y Trastornos Psiquiátricos de Edad Avanzada, en el Hospital Psiquiátrico Campestre "Dr. Fernando Ocaranza", dependiente de la Dirección de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Para integrar los diferentes grupos de pacientes se tomó en cuenta: el sexo, la edad y el diagnóstico psiquiátrico. La evaluación clínica de los cien pacientes revela las alteraciones asociadas y de éstas las más frecuentes se determinó el tiempo de evolución del padecimiento, el tiempo de estancia hospitalaria y el número de ingresos previos a instituciones psiquiátricas. En relación a la esfera socioeconómica, se determinó el rol familiar del paciente, su estado civil, la estructura familiar, el nivel económico y el educacional.

Desde el punto de vista de Medicina de Rehabilitación se elaboran los diagnósticos de acuerdo a la especialidad y se establece el plan de tratamiento en Terapia Física y en Terapia Ocupacional a cada uno de los pacientes, su asistencia regular al servicio de Rehabilitación nos permite observar desde el inicio del tratamiento cambios importantes en su evolución intrahospitalaria.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA PATOLOGIA PSIQUIATRICA  
ENCONTRADAS EN 100 CASOS  
ESTUDIADOS

Los diferentes procesos patológicos de orden psiquiátrico requieren de una observación amplia, los síntomas descriptivos no son exclusivos de una entidad clínica única, sino que también se encuentran en otras. Por esta razón nos referimos brevemente a las entidades clínicas enunciadas en el presente trabajo.

I.- LAS OLIGOFRENIAS:

La oligofrenia es un síndrome orgánico que se caracteriza por una falta global de desarrollo de las funciones cerebrales superiores con predominio en la esfera intelectual y que coloca al individuo en franca desventaja para la lucha por la vida y la adaptación general de los requerimientos sociales. En algunos casos, la deficiencia intelectual es la única característica sobresaliente, y en otros casos, es simplemente una de las múltiples manifestaciones clínicas y puede quedar relegada a segundo término por otros síntomas más importantes.

El diagnóstico integral de la oligofrenia se basa en el resultado de las pruebas psicométricas y el análisis de los siguientes puntos:

- 1.- Historia familiar.
- 2.- Historia del desarrollo.
- 3.- Historia personal.
- 4.- Historia escolar.
- 5.- Conocimientos Prácticos e información general.
- 6.- Historia de las relaciones.
- 7.- Rendimiento laboral.
- 8.- Estructura de la conciencia moral.
- 9.- Examen mental.
- 10.- Diagnóstico Diferencial.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con los siguientes cuadros:

a).- PSEUDODEBILIDAD MENTAL POR INCULTURA: En todo sujeto con precaria información, es factible encontrar posibilidad de Debilidad Mental por mala clínica, dado que el interrogatorio que se hace es a un nivel por encima de los conocimientos y sin tomar en cuenta su acervo de experiencia.

b).- PSEUDODEBILIDAD MENTAL POR CONFLICTO NEUROTICO: En el neurótico, la impotencia, la inseguridad y la ambivalencia, pueden aparentar franca oligofrenia, sobre todo en los actos de su vida en los que se involucra emocionalmente, es decir actúan como débiles mentales sin serlo.



c).- ETAPAS INICIALES DE LA ESQUIZOFRENIA: En este padecimiento, las alteraciones del pensar y del juicio al interrogatorio ligero, pueden dar lugar a suponer una debilidad mental no existente y los errores de conducta un resultante de las mismas, dado que el cuadro no es florido como una psicosis franca.

En cuanto a la sedimentación social del debil mental existe in variablemente: inadaptación escolar, retraso escolar, deserción escolar, parasitismo familiar, incapacidad para adquirir técnicas nuevas de trabajo, inestabili dad en el trabajo, vida parasocial, vida antisocial, complicaciones con rasgos neuróticos, dificultades graves en el matrimonio. Estas son observaciones mexicanas, muy ligadas a nuestra organización social, lo consolida otra sociedad en la cual el estado debiera hacerse cargo del debil mental en plan de protección y rehabilitación permanente. La descripción y comprensión del debil mental siempre será: aproximativa, limitada y relativa, no obstante es para el psiquiatra - de alto valor formativo el poder valorar mejor las relaciones interpersonales directas o indirectas de este tipo de pacientes.

La convivencia con ellos y la entrevista frecuente y prolongada son los mejores caminos a seguir, y para abordar el mundo del debil mental es necesario hacerlo en los tres campos de: INTELLECTO, AFECTO Y VOLUNTAD.

## II.- LAS NEUROSIS:

Son un grupo de trastornos mentales, causados por conflictos in

ternos sin resolver, en los que no hay pérdida observable del contacto con la realidad en el pensamiento ni el juicio. Se caracterizan por estas manifestaciones:

1.- La personalidad permanece socialmente organizada, pero exhibe un carácter que obstaculiza el vivir cotidiano, hay insatisfacción básica permanente.

2.- Su conducta habitual no está alterada, pero las motivaciones fríamente observadas pueden ser aberrantes.

3.- Se conserva el juicio de realidad, pero a menudo hay limitación de campo y ceguera emocional.

4.- Existe adaptación social pero con dificultad y sufrimiento progresivo, la ansiedad en algún grado siempre se presenta.

5.- No existen trastornos en la esfera intelectual y el juicio se encuentra conservado, sin embargo, a menudo la Inteligencia funciona mal en ciertos campos por las perturbaciones emocionales.

6.- No existen alteraciones gruesas de funciones mentales como delirios, alucinaciones, incoherencias, etc.

7.- Existe conciencia parcial de la problemática personal así como del desajuste, la impotencia ante las situaciones vitales y otros complementos anormales de tipo psicológico.

8.- Los trastornos de las neurosis tienen siempre como base alteraciones caracterológicas, su origen, hasta hoy es predominantemente psicogénico, se sospecha que existe un factor biológico hasta ahora desconocido.

9.- Siempre exhiben los pacientes una conciencia clara.

Por lo general, la neurosis del adulto ha sido precedida por una neurosis prolongada o transitoria en la infancia o en la adolescencia. Las neurosis son mas frecuentes en las mujeres que en los hombres, por el hecho de que en las mujeres se requiere una represión mas rígida de las necesidades e instintos biológicos básicos, de lo cual resulta que se requiera en ellas con mayor frecuencia la presencia de defensas contra la angustia en forma de síntomas neuróticos. El período involutivo con sus implicaciones psicológicas que el individuo se resiste a aceptar, puede acompañarse de angustia, depresión o irritabilidad, que facilmente se convierten en síntomas funcionales, y con frecuencia se observa que al pasar el tiempo las neurosis se vuelven mas complejas y afectan mas aspectos de la vida.

### III.- LAS PSICONEUROSIS:

Son un grupo de alteraciones mentales, consideradas como neu-

rosis mayor, que implican también síntomas psicológicos y que en modo alguno son neurosis a secas, no por alteraciones del carácter, sino que presentan rigurosa sintomatología bien diferente: conversiones, parcelación de conciencia, obsesiones, fobias, etc. por lo que se designan con el viejo vocablo de Psiconeurosis y se caracterizan por las siguientes manifestaciones:

1.- La personalidad permanece muy relativamente organizada, en plan social, pero tiene graves limitaciones para el vivir cotidiano.

2.- La conducta siempre está alterada en diversos grados, en ocasiones gravemente pero sin las connotaciones de las psicosis o de las neurosis.

3.- Existe relativa adaptación en los casos leves, hay una inadaptación manifiesta en los casos graves, la angustia severa es muy frecuente.

4.- Los síntomas comunes son de apariencia, solo de apariencia psicológica.

5.- Hay una clara conciencia de enfermedad, a diferencia de las psicosis y las neurosis. Son los pacientes que consultan a más médicos en busca de alivio.

6.- La atención del enfermo está concentrada en su sintomatolog

gía y puede dejar o paralizar todo tipo de actividad útil.

7.- Son enfermos impermeables a todo tipo de psicoterapia, no escuchan ni atienden a las sugerencias del médico, el fracaso terapéutico es la regla.

8.- Siempre reclaman tratamiento farmacológico, a veces el cuadro mejora en plan temporal, en el fondo permanece idéntico.

9.- La conciencia del paciente es siempre clara, tienden a sentirse enfermos psicológicos, lo que dificulta enormemente su atención. Es casi seguro que su origen sea biológico y secundariamente psicológico.

Esta terminología empleada es de conceptos que han partido de la observación clínica. En base a estas características podemos concluir que son pacientes de muy difícil tratamiento.

#### IV. - LAS PSICOSIS:

Estos trastornos representan el resultado de factores simbólicos emocionales e interpersonales que actúan sobre el organismo e incluyen los factores psicógenos como responsables del mal funcionamiento de la personalidad. Se caracterizan por las siguientes manifestaciones:

1.- La personalidad está gravemente distorcionada, con muy difícil o imposible vida familiar, laboral y social.

2.- La conducta está siempre muy alterada, como consecuencia de las vivencias internas patológicas.

3.- Hay pérdida del juicio de realidad y alteración del pensamiento lógico.

4.- Siempre existen desajustes graves e imposibilidad de adaptación a las exigencias de la vida social.

5.- De rigor hay trastornos evidenciables en las esferas: intelectual, afectiva y volitiva.

6.- Con frecuencia hay ideas delirantes, alucinaciones, ilusiones patológicas, alteración de la asociación de ideas.

7.- No existe conciencia de enfermedad, o se encuentra muy distorsionada.

8.- Los trastornos de las psicosis tienen un origen en que lo biológico es predominante y lo psicológico es accesorio.

9.- Siempre exhiben los pacientes una conciencia clara.

El término Psicosis es impreciso y lo común de las psicosis es un trastorno de la conducta y de la actitud psicológica. Socialmente, significa la incapacidad para cumplir con las condiciones usuales de la vida en una comunidad determinada con sus imperativos culturales y materiales. Psicológicamente, significa la incapacidad para percibir el mundo real y comprender el sentido y las relaciones que existen entre acontecimientos como hacen las demás personas.

El aspecto social de la psicosis, despierta interés por los fenómenos y consecuencias de la enfermedad. Se ha comprobado que las exigencias y presiones de la vida en una sociedad determinada pueden originar en personas predispuestas o vulnerables en alguna otra forma, una psicosis manifiesta, el nivel de sus aspiraciones puede ir disminuyendo constantemente bajo la supervisión rígida, impersonal o excesivamente protectora y su eficacia social puede menguar de manera que resulte inadecuado para la vida en una comunidad general, no tanto por su psicosis, sino a causa de los efectos de su aislamiento. Cuanto más se tome en cuenta este peligro, más eficaces serán las medidas de Rehabilitación social y mejor la cronología de las etapas que devuelven al paciente a la vida ordinaria fuera del hospital.

## V. - LAS EPILEPSIAS:

El término Epilepsia, en la actualidad es inadecuado para la mejor comprensión, descripción y conceptualización de los fenómenos que intenta connotar, sin embargo, este vocablo se usa y se seguirá usando por su gran arraigo tradicional, es por esto que requiere un enfoque operacional que unifique hasta donde sea posible algunos aspectos esenciales siempre presentes y tender a clarificar el concepto haciéndolo mas unívoco y menos susceptible a confusión.

Durante siglos se consideró la epilepsia como una enfermedad sagrada, y desde hace relativamente poco tiempo, devino en síndrome, dado que su ya polimorfa sintomatología puede obedecer a las mas variadas causas tanto cerebrales como extracerebrales. Lo esencial que puede unificar a todos los síndromes es "una sintomatología paroxística de origen central siempre presente".

Estos fenómenos paroxísticos, deben tener como caracter fundamental el de ser repetitivos y crónicos, que tienden a repetirse bajo un mismo modelo, es decir, que las crisis son semejantes, ello depende básicamente de que parten de los mismos sitios de descarga. La fenomenología epiléptica debe investigarse desde un punto de vista clínico, único camino actual para detectarla. Si los fenómenos paroxísticos tienen siempre una causa orgánica ligada a las mas diversas localizaciones y etiologías, por ello las epilepsias en su gran variedad son siempre biológicas.



Con frecuencia se describe como personalidad epiléptica sólo - lo que exhiben algunos enfermos deteriorados, demenciados, que lentos, pegajosos y explosivos deambulan por los servicios de psiquiatría, y lo que tienen en común es el daño cerebral de expresión semejante aunque no idéntica. Otros factores que unifican a los epilépticos de manicomio es el confinamiento, el abandono, la convivencia de por vida con sus semejantes, la falta de terapia ocupacional, que conduce a deterioro y factores patoplásticos semejantes. Los factores conocidos unos y supuestos otros que conducen al deterioro o demencia son: el padecimiento orgánico cerebral progresivo que ha dado origen a las crisis, la frecuencia de las mismas y los traumatismos craneoencefálicos, el abandono y la desocupación cuando están en los manicomios, la temprana aparición de las crisis y su falta de control terapéutico, la existencia de procesos morbosos asociados y éste último debe buscarse siempre, pues es más frecuente de lo que se cree como origen de las demencias.

La posibilidad de descargar paroxísticamente es propiedad de todo cerebro, sano o enfermo, y fuera de la epilepsia estas descargas requieren de estímulos adecuados en calidad y cantidad y ser capaces de alcanzar el umbral de descarga. Los trastornos mentales en los epilépticos deben estudiarse investigarse y describirse así: "antes de la descarga, en la descarga y después de la descarga".

De hecho es posible que el deterioro mental secundario a la epilepsia, sea el resultado de una serie de causas que intervienen durante la-

crisis convulsiva y puede ser una respuesta a los problemas y situaciones que la enfermedad misma crea por su propia naturaleza.

## VI. - LAS ALTERACIONES PSIQUIATRICAS EN LA EDAD AVANZADA.

Si la filosofía y la medicina han coincidido en el pensamiento de que es bueno prolongar la vida de los seres humanos, es indudable que cada vez será mas imperativa la necesidad de enfocar y plantear adecuadamente la - problemática tanto teórica como práctica de la senectud. Si la sociedad y la - medicina colaboran activamente fraguando y acuffando viejos en serie, es patente que adquieren frente a ellos una responsabilidad y una necesaria doctrina.

Es improcedente que este conglomerado humano, progresivamente creciente, constituya una carga y un estorbo para esa misma sociedad que lo ha hecho posible.

Una sociedad para progresar y evolucionar requiere de superación y de resolver sus contradicciones internas de estructura y organización, en este - sentido, el profundo significado de los grupos que la forman, ya sea niños, adultos o ancianos, todos deben contar y actuar, siendo absurdo e incongruente que - se fomente la existencia de un grupo sin función. La legitima autonomía en geriatría permitirá a la sociedad tener mas armas para abarcar los amplios problemas que la vejez implica.

En la senectud hay que tomar tres puntos de vista básicos: 1) El status social del viejo, 2) El envejecimiento fisiológico y 3) El envejecimiento con enfermedad. Estos aspectos marcan los tres caminos mas importantes para el planteamiento y la solución de la problemática de las edades avanzadas, tanto en estado de salud como en estado de enfermedad. Entre nosotros, la actitud de la familia y la sociedad frente al viejo está en crisis y oscila en la tradición de respeto y protección, que implica cierto grado de sacrificio y la intolerancia y el despegue que conducen a sacudirse al anciano de la mejor o peor forma.

Desde el punto de vista médico-psiquiátrico, ha sido y siguiendo frecuente la confusión entre el envejecer fisiológico y el envejecer con enfermedad, lo que da lugar a graves errores de doctrina, de diagnóstico y de terapéutica. El envejecimiento por si mismo exhibe una serie de alteraciones funcionales, de rigidez y déficit que según el grado pueden situarse en zonas fronterizas de la patología de la senilidad. Es necesario enfatizar que tanto la infancia con su falta de maduración y la senectud con su regresión involutiva no son, sino procesos naturales de la curva vital humana.

En cuanto al envejecer con enfermedad, el médico y especialmente el psiquiatra, tienen el deber de evitar los dos grandes errores de apreciación que por su frecuencia han adquirido la categoría de clásicos y son: 1) Tomar por trastorno demencial senil y por tanto irreversible algo que no es, 2) Creer sin prueba, que un proceso que se presenta en un senil, es psicológico -

o neurótico, cuando en realidad no es sino un conjunto de síntomas de un estricto y riguroso proceso orgánico. Esto da lugar a psicoterapias irracionales - que se aplican a enfermos de edad avanzada.

El problema central del envejecer fisiológico radica en la dificultad de conciliar el mundo fraguado a todo lo largo de una vida, con los nuevos métodos de pensar y de vivir que muestran las generaciones más jóvenes, esto conduce a una progresiva incomprensión y a choques entre el viejo y los otros grupos de edades diferentes. Es la sociedad la que hace de sus viejos un desventurado conjunto que estorba y es inútil, son las pautas de status sociales, familiares y laborales, las que los sitúan al margen de toda posibilidad de función y productividad. Lo cierto es que cada sociedad según sean sus pautas, es la que hace de la senectud una etapa de la vida valiosa o invaliosa, digna - de consideraciones o merecedora de indiferencias.

La vejez humana en cuanto a etapa biológica, solo tiene el significado de un proceso totalmente necesario, en cambio como etapa biográfica adquiere todos los caracteres de la personalidad previa, siendo aquí donde cobran importancia y valor las funciones y trascendencias que un hombre puede tener o no tener.

El mundo del viejo gira básicamente sobre el concepto de: - "mundo existencial tranquilo y mundo existencial con aflicción", la actitud final ante la muerte está relacionada con este punto, en cambio la angustia y

la aflicción existencial hacen pensar en ella con temor o como posible escapatoria de un intolerable existir. En el viejo, el diagnóstico polidimensional o multifactorial, adquiere la mayor importancia y realidad, dado que en estas edades puede haber imbricación de factores psicológicos, orgánicos o endógenos y con mucha frecuencia no transcurren paralelos los cuadros involutivos y las alteraciones morfológicas de las neuronas cerebrales.

Conforme se envejece, el individuo debe utilizar el día y la hora, en vez de luchar con fantasías y actitudes irracionales por atajar la ancianidad, la lucha debe confundirse con el diario vivir, siendo ésta la mejor forma de evitar a tiempo el marasmo y la desesperación. La vejez es en rigor el largo tiempo destinado a morir. La angustia, cualquiera que sea su origen, siempre hace profundizar en la propia existencia, por ello adquiere papel central en el manejo del enfermo psiquiátrico y sobre todo en el tratamiento psicoterapéutico. Toda exploración a nivel del mundo existencial del enfermo tiene mayor validez cuanto mas individual sea, y menor cuando se intenta generalizar.

Esbozada en forma general y breve la patología mas frecuente que se encontró en este estudio, se presenta el análisis de cada uno de los factores que se tomaron en cuenta para la integración de los resultados obtenidos que se muestran en los siguientes cuadros.

EFFECTOS DEL TRATAMIENTO REHABILITATORIO EN PACIENTES PSIQUIATRICOS

R E S U L T A D O S :

En el presente estudio, se encontró mayor predominio del sexo - masculino que del femenino de acuerdo a la siguiente distribución:

DISTRIBUCION POR SEXO

SEXO	No. de CASOS	%
Masculino	54	54
Femenino	46	46
TOTAL	100	100

En relación con la edad se encontraron los siguientes grupos:

DISTRIBUCION POR EDADES

E D A D E S	No. de CASOS	%
De 3 años a 5 años 11/12	1	1
De 6 años a 11 años 11/12	8	8
De 12 años a 17 años 11/12	14	14
De 18 años a 24 años 11/12	32	32
De 25 años a 39 años 11/12	19	19
De 40 años a 59 años 11/12	13	13
De 60 años ó más	13	13
TOTAL	100	100

EFFECTOS DEL TRATAMIENTO REHABILITATORIO EN PACIENTES PSIQUIATRICOS

De acuerdo con el diagnóstico psiquiátrico se encontró la siguiente proporción:

DISTRIBUCION POR DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO

DIAGNOSTICO	No. de CASOS		TOTAL	%
	Masc.	Fem.		
OLIGOFRENIA	44	21	65	65
NEUROSIS	0	1	1	1
PSICONEUROSIS	1	0	1	1
PSICOSIS	1	15	16	16
EPILEPSIA	5	7	12	12
TRASTORNOS DE EDAD AVANZADA	3	2	5	5
TOTAL	54	46	100	100

Las alteraciones asociadas y las mas frecuentes se encontraron de acuerdo a la siguiente distribución, considerando para ello, la patología principal de las mismas en las áreas correspondientes:

EFFECTOS DEL TRATAMIENTO REHABILITATORIO EN PACIENTES PSIQUIATRICOS

DISTRIBUCION POR ALTERACIONES ASOCIADAS

A R E A	No. de CASOS	%
Del aparato Locomotor	57	57
De la Sensopercepción Exteroceptiva	50	50
De la Sensopercepción Propioceptiva	0	0
De la Sensopercepción Interoceptiva	2	2
De piel y faneras	5	5
De la Nutrición	3	3
Del Lenguaje	53	53
Otras	5	5

DISTRIBUCION POR ALTERACIONES ASOCIADAS MAS FRECUENTES

A R E A	No. de CASOS	%
Del Aparato Locomotor	57	57
Del Lenguaje	53	53
De la Sensopercepción Exteroceptiva	50	50



### EFFECTOS DEL TRATAMIENTO REHABILITATORIO EN PACIENTES PSIQUIATRICOS

El tiempo de evolución del padecimiento, es factor determinante en la mejoría clínica de estos problemas. En este estudio se encontró la siguiente distribución:

#### DISTRIBUCION POR TIEMPO DE EVOLUCION DEL PADECIMIENTO

Tiempo de Evolución	No. de CASOS	%
De 0 meses a 6 meses 11/12	1	1
De 7 meses a 1 año 11/12	0	0
De 2 años a 4 años 11/12	4	4
De 5 años a 9 años 11/12	8	8
De 10 años ó más 11/12	87	87

Esto determina diferente tiempo de estancia hospitalaria como se puede ver en la siguiente distribución:

#### DISTRIBUCION POR TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA

Estancia Hospitalaria	No. de CASOS	%
De 0 meses a 11 meses	31	31
De 1 año a 2 años 11/12	10	10
De 3 años a 4 años 11/12	25	25
De 5 años a 9 años 11/12	34	34
<b>T O T A L</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

### EFFECTOS DEL TRATAMIENTO REHABILITATORIO EN PACIENTES PSIQUIATRICOS

El dato precedente determinó la necesidad de evaluar el número de ingresos previos a instituciones psiquiátricas, de acuerdo a la siguiente distribución:

#### DISTRIBUCION POR INGRESOS PREVIOS A INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS

No. DE INGRESOS	No. DE CASOS	%
1 Ingreso	68	68
2 Ingresos	22	22
3 Ingresos	5	5
más de 3 ingresos	5	5
<b>T O T A L</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

De estos datos podemos deducir que la mayoría de pacientes (68) requirieron tratamiento hospitalario por lo menos en una ocasión.

Considerando el aspecto socioeconómico se determinó el rol familiar del paciente, como se ve en la siguiente distribución:

#### DISTRIBUCION POR ROL FAMILIAR DEL PACIENTE

ROL FAMILIAR	No. DE CASOS	%
Jefe de familia	1	1
Dependiente	55	55
Sin Familia	44	44
<b>T O T A L</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

### EFFECTOS DEL TRATAMIENTO REHABILITATORIO EN PACIENTES PSIQUIATRICOS

También se relacionó el estado civil del paciente con el cuadro anterior, deduciéndose el predominio de la soltería:

#### DISTRIBUCION POR ESTADO CIVIL DEL PACIENTE

ESTADO CIVIL	No. DE CASOS	%
Soltero	86	86
Casado	8	8
Unión Libre	1	1
Viudo	4	4
Divorciada	1	1
<b>T O T A L</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

De lo anterior deriva la estructura familiar que se registra de -- acuerdo a la siguiente distribución:

#### DISTRIBUCION POR ESTRUCTURA FAMILIAR DEL PACIENTE

ESTRUCTURA FAMILIAR	No. DE CASOS	%
Completa	11	11
Incompleta	37	37
Integrada	1	1
Desintegrada	6	6
Abandono	45	45
<b>T O T A L</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

EFFECTOS DEL TRATAMIENTO REHABILITATORIO EN PACIENTES PSIQUIATRICOS

En base a lo anterior se determina la situación económica familiar como sigue:

DISTRIBUCION POR SITUACION ECONOMICA FAMILIAR

INGRESO MENSUAL FAMILIAR	No. DE CASOS.	%
Menos del salario mínimo	41	41
Entre salario mínimo y 3,000.00	12	12
De 3,001.00 a 7,000.00	2	2
Mas de 7,000.00	1	1
Sin Datos	44	44
<b>T O T A L</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

De estos datos deriva el nivel educacional de cada paciente, de acuerdo a la siguiente proporción:

DISTRIBUCION POR NIVEL EDUCACIONAL

NIVEL EDUCACIONAL	No. DE CASOS	%
Analfabetismo	82	82
Instrucción Básica	15	15
Instrucción Media	2	2
Instrucción Superior	1	1
<b>T O T A L</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

EFFECTOS DEL TRATAMIENTO REHABILITATORIO EN PACIENTES PSIQUIATRICOS

La evaluación clínica, desde el punto de vista de la especialidad, nos permite elaborar el diagnóstico clínico de la patología mas frecuente-encontrada en este estudio:

DISTRIBUCION POR DIAGNOSTICO DE REHABILITACION

DIAGNOSTICO DE REHABILITACION	No. DE CASOS	%
Defectos Posturales	100	100
Hemiparesias	13	13
Parálisis Cerebral	5	5
Alteraciones de conducta	4	4
Síndrome de Hiperkinesia	3	3
Amputados	2	2
Fracturados	2	2

Posteriormente se establece el plan de tratamiento rehabilitatorio a cada paciente tanto en Terapia Física como en Terapia Ocupacional de acuerdo a la siguiente distribución:

DISTRIBUCION POR TRATAMIENTO EN TERAPIA FISICA

PROCEDIMIENTO	TIEMPO DE APLICACION	No. DE CASOS	%
Termoterapia	8 meses	85	85
Movilización pasiva	8 meses	15	15
Movilización activa	8 meses	85	85
Reeducación Muscular	8 meses	16	16
Estiramientos	8 meses	18	18
Fortalecimiento Ms.l.s.	8 meses	85	85
Reeducación de marcha	8 meses	68	68
Ayudas funcionales	3 meses	5	5

EFFECTOS DEL TRATAMIENTO REHABILITATORIO EN PACIENTES PSIQUIATRICOS

DISTRIBUCION POR TRATAMIENTO EN TERAPIA OCUPACIONAL

PROCEDIMIENTO	TIEMPO DE APLICACION	No. DE CASOS	%
T.O. Funcional	8 meses	100	100
Actividades Bimanuales	8 meses	92	92
T.O. Recreativa en grupo	8 meses	100	100
T.O. Recreativa individual	8 meses	30	30
Adiestramiento en ADVH	8 meses	62	62
Adiestramiento Laboral (Labores domésticas)	3 meses	55	55

La evaluación integral del paciente y el tratamiento conjunto de sus problemas psiquiátricos y físicos, nos permite observar después del tratamiento rehabilitatorio los siguientes resultados:

DISTRIBUCION POR RESULTADOS OBTENIDOS

PARAMETROS	RESULTADO	No. DE CASOS	%
Arcos de movilidad	completos	80	80
Aumento Destreza Motora	buenos	85	85
Fijar atención	buenos	75	75
Deambulaci3n independiente	excelentes	90	90
Cambios del caracter	buenos	85	85
Mayor Resocializaci3n	excelentes	90	90

## DESARROLLO DEL PROGRAMA TERAPEUTICO

Los ejercicios terapéuticos para las enfermedades mentales no - deben tener como fin primordial el de "entretener", sino planear cambios efectivos de conducta para abrirse paso a través de procesos psíquicos como son:

- a).- Ganándose la atención del sujeto.
- b).- Atrayéndolo a una actividad constructiva.
- c).- Sosteniéndole y reforzando su participación.
- d).- Reintegrando su actividad inicial a un plano social.
- e).- Instando elementos para la progresión dentro del interés profesional, cuando es factible.
- f).- Dirigiendo y reforzando las oportunidades de avanzar el individuo hacia la participación de los intereses de grupo.

La recreación, como un aspecto del ejercicio terapéutico, es una actitud, mas que una actividad, que puede ser beneficiosa o dañina y provee un medio modificable para la acción física, mental y social. El fin mas alto para - regular directamente la recreación en los enfermos mentales es dar:

- 1.- Una situación modificable que puede ablandarse o endurecerse, para conocer su comportamiento y sus necesidades personales.
- 2).- Una fuente rica en actividades físicas, para atraer al paciente a un planodo régimen de ejercicios.

3).- Un entendimiento de estas actividades, como un modo de expresión personal y de comunicación con otros, pues las actividades físicas se convierten en un lenguaje.

El amplio concepto de los ejercicios terapéuticos, hace necesario definir sus fines en el área de tratamiento y rehabilitación. El fin del ejercicio físico en el tratamiento, no es exclusivamente físico, sino ampliamente psicológico, y la zona que se debe entender y explorar es la sociológica.

El ejercicio es movimiento, y el movimiento se concibe como un fenómeno físico, sin embargo, en la práctica psiquiátrica debemos considerar el ejercicio como una combinación de acción física y mental, buscando alguna expresión especial, en la cual el tipo y grado de acción física son modificados para conocer estos fines. La calidad del acto físico juzgando en el contenido del ejercicio y de los tipos de juego es determinada por la enfermedad y la habilidad del terapeuta físico, el fin general es colocar el proceso de actividad dentro de la prescripción terapéutica.

Los ejercicios físicos y las actividades en forma terapéutica, tienen las siguientes potencialidades:

- a).- Ajuste de la conducta.
- b).- Corrección física para el entrenamiento.
- c).- Motivos y ayudas definidas para el ajuste vocacional.



- d).- Provisión de datos para ayudar al médico en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

El programa de ejercicios debe establecerse sobre una base sólida, de fondo fundamentalmente emocional, y en esta forma explicado al terapeuta por el médico, los ejercicios son un vehículo para llevar al paciente de un punto a otro, desarrollando niveles fisiológicos y psicológicos y proporcionan una elevación del estímulo entre la fantasía y la realidad, el principal objetivo es un ajuste y corrección psíquicos.

Los fines del ejercicio terapéutico son:

- 1).- Acondicionamiento general.
- 2).- Resocialización.
- 3).- Identificación del grupo.
- 4).- Desarrollo de la relación interpersonal.
- 5).- Reentrenamiento de los que tienen una incapacidad física.

El ejercicio en forma de juego, proporciona al individuo experiencias básicas, que se han ido estableciendo por la costumbre y son aceptadas por la sociedad, y dentro de la cultura dominante proporciona el estado de normalidad. La mentalidad enferma puede ser enseñada a asociar estos tipos de actividad como reales y el desarrollo de los niveles sensoriales como una placentera experiencia en la vida normal.

CLASIFICACION DE LAS ACTIVIDADES FISICAS Y SU APLICACION POR  
ENFERMEDAD

1.- C A U S A :

- a).- Oligofrenia.
- b).- Neurosis.
- c).- Psiconeurosis.
- d).- Psicosis.
- e).- Epilepsia.
- f).- Trastornos Psiquiátricos de edad avanzada.

2.- O B J E T I V O :

- a).- Ayudar al desarrollo de niveles sensoriales como una placentera experiencia en la vida normal.
- b).- Ayudar en la mejoría de los efectos de la tensión situacional.
- c).- Contribuir al alivio de la ansiedad.
- d).- Ayudar al paciente a retornar a la realidad.
- e).- Prevenir traumatismos, lesiones de partes blandas, alteraciones neurológicas periféricas, evitar que ésto se presente.
- f).- Cambiar al paciente de la vida de fantasía en que vive a la vida real y - mantener su mente ocupada en su trabajo constructivo.

### 3.- ACTIVIDAD :

- a).- Juegos al aire libre en forma individual o de grupo. Lo importante es desarrollar un sentimiento personal y descubrir una vía apta para relacionarse con un conjunto de cosas y de gente, sin la responsabilidad de lo real.
- b).- Actividades de amplia difusión social. Todos los tipos de ejercicios y de juegos, simples o complejos, según la severidad de los síntomas, la tensión externa desencadenante, la personalidad premórbida y las predisposiciones inherentes.
- c).- Ejercicios y actividades de juego con grandes movimientos, con especial referencia en los pacientes con tolerancia física y según los potenciales para la extroversión de la ansiedad dentro de la actividad.
- d).- Ejercicios de naturaleza simple, todo tipo de mecanismos actuantes debetenerse en cuenta.
- e).- Fuera de las crisis, estos pacientes parecen ser normales, sin embargo debe pensarse en la causa desencadenante de las mismas y desarrollar actividades ligeras y condicionadas a su capacidad física.
- f).- De acuerdo al grado de involución de estos pacientes y de su invalidez física secundaria, se realizarán actividades básicamente de tipo recreativo para disminuir las alteraciones de la personalidad que produce su propio estado orgánico.

### CLASIFICACION DE EJERCICIOS EN CUANTO A SU FORMA

#### 1.- CORRECTIVOS:

Ejercicios organizados como remedio a una

condición específica: ej.: neuropatía periférica, secuela postraumática, etc.

## 2.- DE ACONDICIONAMIENTO

### GENERAL:

En pacientes psiquiátricos de todas clases - que pueden necesitar mejor estructura física y para elevar el umbral de la fatiga.

### 3.- GIMNASIA MEDICA:

Para desarrollar habilidades motoras y estabilizar la conducta por aumento del control emocional que se obtiene por medio del dominio del cuerpo.

### 4.- ACTIVIDADES AL AIRE LIBRE:

Utilizando el juego como ejercicio y en especial para pacientes con trastornos físicos y mentales.

### 5.- PARA AUMENTAR LA

#### SOCIABILIDAD:

En algunos pacientes la tensión se sitúa en la cooperación, es decir, se juega con otros en lugar de contra otros.

### 6.- PARA CORREGIR DEFECTOS

#### POSTURALES:

Alteración muy frecuente en este tipo de pacientes, de los que sobresalen: la proyección anterior de hombros, escapula alata, xifosis dorsal, hiperlordosis lumbar, abdomen prominente, semiflexión de cadera y rodillas, pie plano con apoyo en valgo y retropie -

pronado, descenso de arco anterior, ortosis en martillo y consecuentemente alteraciones en la marcha.

El tratamiento de los defectos posturales, está en relación con la causa que los origina, la cual debe ser eliminada siempre que sea posible. En el presente estudio, nos llama la atención un alto índice de defectos posturales encontrados y que posiblemente estén en relación con el déficit neuromuscular y la mala postura mantenida durante la vida de estos pacientes, mas ostensibles en los Oligofrénicos, lo que dificulta, o pudiera ser la causa de un deficiente desarrollo psicomotor, condicionante de una menor talla.

Además de los ejercicios físicos que se pueden desarrollar, se emplea la natación, con el objeto de utilizar los efectos fisiológicos de la hidroterapia. En pacientes con negativismo, como sedante en pacientes hiperactivos, como estimulante en pacientes depresivos que requieren reactivación.

### ACTIVIDADES PARA LA SOCIALIZACION

#### 1.- ACTIVIDAD SOLITARIA

##### INDIVIDUAL:

Los pacientes que no quieren jugar en grupo, deben ser inducidos inicialmente a hacerlo en forma individual.

## 2.- ACTIVIDADES SELECCIONADAS DE PEQUEÑOS GRUPOS:

Para pacientes que encuentran transferencias psicoterapéuticas en pequeños grupos.

## 3.- ACTIVIDADES SIN CONTACTO DEL CUERPO:

Para pacientes que sufren trauma psíquico por contacto físico, ej.: tenis, gimnasia, etc.

## 4.- ACTIVIDADES CON CONTACTO DEL CUERPO:

Para pacientes cuyas habilidades previas y aficiones los impulsan a estos contactos físicos.

Debemos tener en cuenta que la actividad en sí misma, no es más que una parte intencional del trío: PACIENTE-ACTIVIDAD-MEDICO, cuando se desarrolla en una relación interpersonal que promueve fines terapéuticos específicos. El mecanismo del juego y el espíritu, tienen una propensión particular a despertar intereses de la infancia, que pueden ser redirigidos para estabilizar la conducta racional y tender al refuerzo de las barreras contra la invasión de la conducta por elementos anormales. Los pacientes psiquiátricos tienden a actuar más normalmente en sus actividades de juego que en otros aspectos.

## D I S C U S I O N

Se han analizado los principales problemas psiquiátricos de un grupo de cien pacientes internados en el Hospital Psiquiátrico Campestre "Dr. Fernando Ocaranza", haciendo notar las ventajas y beneficios que ofrece el Tratamiento Rehabilitatorio tanto a los pacientes como a la institución misma, en base a los siguientes parámetros:

- 1.- Tipo de problema psiquiátrico y principales repercusiones.
- 2.- Tiempo de evolución del padecimiento y tratamientos previos.
- 3.- Tiempo de permanencia hospitalaria actual.
- 4.- Tiempo de tratamiento rehabilitatorio.
- 5.- Intercurrencias más frecuentes que alteran una buena evolución intrahospitalaria.

Lo cual nos permite valorar en mejor forma el tipo de invalidez desarrollada y seleccionar al paciente con el objeto de formar grupos de tratamiento de principio inmediato en los diferentes cuadros clínicos de enfermedad mental.

La afectación psiquiátrica tiene a menudo un cuadro típico de inadaptación, además de la enfermedad aguda que puede requerir atención inmediata, o enviar al paciente al hospital para su tratamiento adecuado. En pacientes con alteraciones más graves, el intento de evitar el dolor psiquiátrico conduce a una notable reducción de las relaciones interpersonales significativas y puede aparecer un ciclo operacional en que el abandono conduce al fallo social,

a la disminución de la autoestima y a un mayor abandono.

La actitud pesimista hacia la enfermedad mental ha reforzado mucho la incapacidad, añadiendo un síndrome de separación social a la enfermedad preexistente. Dicho síndrome conduce a la criatura apática, desordenada, desaliñada e irresponsable que tradicionalmente asociamos con enfermos hospitalizados.

El avance de la medicación psiquiátrica, ha redescubierto la importancia de la expectación social y la forma de considerar el tratamiento para minimizar la incapacidad del enfermo mental. El advenimiento de este entusiasmo terapéutico, ha conducido al desarrollo de servicios de Rehabilitación, sin embargo, aunque la medicación y la psicoterapia son los elementos centrales del tratamiento psiquiátrico, por sí solas no bastan para tratar al incapacitado mental moderado o grave, y el psiquiatra no sólo debe determinar sus posibilidades positivas y negativas, sino también las posibilidades existentes de tratamiento en la comunidad. De esta manera se intenta poner en marcha los programas adecuados para conseguir la Rehabilitación del modo mas rápido y completo o para reducir la incapacidad a un mínimo en los procesos mas agudos.

La aplicación de programas de Rehabilitación en pacientes internados y el empleo de técnicas nuevas como el condicionamiento operativo de pacientes gravemente retrasados, además de la presión para conseguir hospitales pú



blicos, han conducidos a que reingresen en la comunidad cantidad de personas severamente incapacitadas que pueden vivir fuera del hospital, pero que no pueden desenvolverse con facilidad en ella. Este tipo de programas se han orientado en torno a equipos terapéuticos multidisciplinarios como ocurre en el campo de la Rehabilitación Psiquiátrica, y aunque las estadísticas no son extensas ni sofisticadas, hay una evidencia razonable del valor de los centros de Rehabilitación Psiquiátrica. A este respecto, los informes indican que el 40% de los pacientes -- egresados, se rehospitalizan antes de un año, lo que demuestra cuan difícil es cubrir las múltiples necesidades y limitaciones del paciente psiquiátrico.

Los avances reales en este campo, se encontrarán cuando exista mejor comprensión de los mecanismos sociales, psicológicos y químicos de la enfermedad psiquiátrica en sí misma.

## C O N C L U S I O N E S

- 1.- El incremento de las enfermedades mentales en nuestro medio, está condicionado por el aumento demográfico, un mayor desarrollo industrial y la transformación de las estructuras sociales.
- 2.- La evolución de la Psiquiatría como ciencia médica permite una mayor comprensión y tratamiento de las enfermedades mentales.
- 3.- Las enfermedades psiquiátricas por sus características son invalidantes, lo que hace necesario la creación de programas de rehabilitación enfocados a estos problemas.
- 4.- Al integrarse la rehabilitación a los programas terapéuticos psiquiátricos, se demuestra la importancia de esta rama médica por el beneficio que aporta al paciente.
- 5.- El programa desarrollado, conjuntamente al tratamiento psiquiátrico, permite que aumente la posibilidad de egreso hospitalario y una mayor adaptación familiar y comunal, con lo que disminuye la invalidez psicosocial.
- 6.- En el presente estudio, se observó como cambios importantes, una mayor resocialización de estos pacientes y favorables cambios conductuales con au

mento de su independencia personal.

7.- La patología mas frecuente, encontrada en este estudio, fue la Oligofrenia (65%), enfermedad altamente invalidante.

8.- Las enfermedades mentales predominan en uno u otro sexo, dependiendo de la naturaleza y características de la enfermedad, como se puede observar en este estudio.

9.- La integración de programas de rehabilitación en las instituciones psiquiátricas, pone de manifiesto mayores recursos terapéuticos en el manejo de estos pacientes y un mayor reacomodo funcional de los mismos dentro de la institución.

10.- Es necesaria una mayor observación clínica de estos pacientes, con el fin de establecer a cada uno de ellos el mejor tratamiento, tanto medicamentoso como rehabilitatorio, y simultáneamente educar a la familia y a la sociedad a que pertenecen, con el objeto de lograr una mayor aceptación y comprensión de sus problemas.

## R E S U M E N

Se analizan cien casos psiquiátricos con diagnóstico de Oligofrenia, Neurosis, Psiconeurosis, Psicosis, Epilepsia, Trastornos Psiquiátricos de Edad Avanzada, en el Hospital Psiquiátrico Campestre "Dr. Fernando Ocaranza", dependiente de la Dirección de Salud Mental, de la Secretaría de Salubridad y Asistencia durante el período de tiempo comprendido del mes de enero a diciembre de 1975. Se revisa brevemente la diferente patología psiquiátrica, y se observa el efecto terapéutico que se obtiene con el tratamiento medicamentoso. Como norma terapéutica mas reciente, se establece el tratamiento Rehabilitatorio, el cual se adapta de acuerdo a las condiciones del paciente y conjuntamente al tratamiento psiquiátrico se observan los cambios conductuales que se producen en los mismos, en comparación con los casos no tratados en esta forma, se insiste en el programa desarrollado, se reportan los resultados obtenidos y al final se puntualizan las conclusiones.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Baruk H.: La Psiquiatría Social, Edit. Vergara.  
Barcelona España, 1966.
- 2.- Bleuler Eugene: Tratado de Psiquiatría.  
Espasa-Calpe, 1967.
- 3.- Cabaleiro Goas Manuel: Temas Psiquiátricos.  
p 1081-1180, 1966.
- 4.- Clark T.S.: The use of recreation in the treatment on the mentally ill.  
J. Recreat., 3:3, 1959.
- 5.- Davis J. E.: Exercise in the medical rehabilitation of mental patients.  
J. Assoc. Phys. mental rehabilitation, 2:12, 1948.
- 6.- Krusen-Kottke: Tratado de Medicina Física y Rehabilitación.  
p-708-711, 1974.
- 7.- Laguna C. y Prieto F.: Simposium sobre Tratamiento Farmacológico de la  
Angustia: Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría, vol. XX,  
99:101, 1961.

- 8.- Maxwel Jones: *Psiquiatría Social*.  
1974.
- 9.- Rodríguez Delgado J.M.: *Bases Neurofisiológicas de la Afectividad*.  
Ponencia oficial del VI Congreso de Neuropsiquiatría,  
Barcelona, España. 1960.
- 10.- *Rehabilitation of the physically handicapped in Homemaking activities*.  
U.S. Department of Health, Education and Welfare Vocational Rehabilitation,  
Administration, 1963.
- 11.- *Programación de actividades científicas y docentes del Hospital Psiquiá-  
trico de la Habana: Actividades de Terapia Ocupacional y Rehabilitación*  
p-95-97, Ministerio de Salud Pública de la Habana, Cuba. 1975.
- 12.- Patiño José Luis: *26 lecciones de Psiquiatría*.  
1975.
- 13.- Sidney Licht: *Terapéutica por el Ejercicio, Ejercicios para enfermos men-  
tales*, p-544, Edit. Salvat. 1970.
- 14.- Thoen Zamudio A.: *Tratado de Medicina Física y Rehabilitación*.  
Librería Interamericana, 1970.