

# Evaluación del efecto de terapia moral con pacientes psiquiátricos agudos en incidencias y recaídas

## *Effects of moral therapy on temporal psychiatric patients in violent episodes and relapses*

**María Fernanda Morales-Abaroa\***, **Everardo Camacho Gutiérrez\* 1** y **Daniel Martínez Tafolla\*\***

Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente\*

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey\*\*

1 Autor para correspondencia: Everardo Camacho Gutiérrez, Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente. Periférico Sur Manuel Gómez Morín 8585. Tlaquepaque, Jalisco, México. CP 45604. Teléfono (33) 36693442 ext. 3832. Correo electrónico: [ecamacho@iteso.mx](mailto:ecamacho@iteso.mx). María Fernanda Morales y Daniel Martínez Tafolla trabajaron en el diseño, implementación del programa y redacción del artículo. Everardo Camacho asesoró el diseño y la implementación del programa y trabajó en la redacción del artículo. Agradecemos la colaboración del Mtro. Agustín Rodríguez Ake en el análisis estadístico de los datos.

Recibido: 24 de septiembre 2021; Aceptado: 11 de abril 2022

---

### Resumen

El objetivo del estudio fue evaluar la recuperación de pacientes psiquiátricos agudos a partir de días de internamiento, número de incidencias (interacciones violentas), y recaídas, mediante un programa de rehabilitación psicosocial en comparación con tratamiento con medicamentos y confinamiento. La presente investigación-intervención se realizó en un Hospital Psiquiátrico Público. El diseño fue cuasiexperimental con dos grupos de 11 participantes asignados al azar a un grupo control y experimental, entre 18-45 años y diagnosticados con trastorno psicótico. A partir de la Terapia Moral de Gisbert (2003), se desarrolló un programa de rehabilitación psicosocial. El programa constó de 60 sesiones, dos sesiones a la semana. Cada sesión duró de 10:00 a 13:00 horas. Se trabajaron sesiones de musicoterapia, arteterapia, deportivas y recreativas con 15 sesiones cada una. Se aplicó la prueba U de Mann Withney no paramétrica para comparar los grupos. Se encontraron mayores incidencias y reingresos en el grupo control, pero no hubo diferencias significativas. Se analizaron las incidencias para ambos grupos los días de intervención comparadas con los de no intervención mediante una regresión lineal, encontrando diferencias significativas. Se discuten las implicaciones de los resultados obtenidos.

*Palabras clave: terapia ocupacional, rehabilitación psicosocial, musicoterapia, paciente psiquiátrico, incidencias, recaídas.*

### Abstract

The objective of the study was to evaluate the recovery of acute psychiatric patients from days of hospitalization, number of incidences (violent interactions), and relapses, through a psychosocial rehabilitation program compared to treatment with medication and confinement.

The present research-intervention was carried out in a Public Psychiatric Hospital. The design was quasi-experimental with two groups of 11 male participants randomly assigned to a control and experimental group, aged 18-45 years and diagnosed with psychotic disorder. From Gisbert's Moral Therapy (2003), a psychosocial rehabilitation program was developed. The program consisted of 60 sessions, two sessions a week. Each session lasted from 10:00 a.m. to 1:00 p.m. Music therapy, art therapy, sports and recreational sessions were worked on with 15 sessions each. The nonparametric Mann Withney U was applied to compare the groups. Higher incidences and readmissions were found in the control group. but there were no significant differences. The incidences for both groups were analyzed on the days of intervention compared to those of non-intervention by means of a linear regression, finding significant differences. The implications of the results obtained are discussed.

*Key words: Occupational Therapy, psychosocial recovery, music therapy, psychiatric patient, incidents, relapses*

A una buena cantidad de personas diagnosticadas como enfermos mentales se les interna para recibir atención psiquiátrica hospitalaria, en condiciones de crisis (OMS, 2011; Rodríguez, 2013). El internamiento restringe su estimulación cognoscitiva y limita necesidades importantes en su recuperación, como actividades recreativas y estimulación en general. Los pacientes en internamiento psiquiátrico experimentan restricciones físicas y momentos prolongados de reclusión, sin ninguna actividad programada. Además, la capacidad limitada de atención hospitalaria, los bajos recursos económicos y la asignación reducida del personal médico dentro de las instituciones de salud, obstaculizan la capacidad de atención para estimular a un gran número de internos.

Algunas de las creencias aún presentes sobre las personas que están diagnosticadas con enfermedad mental es que su trastorno-enfermedad no es tratable, que las personas no son lo suficientemente inteligentes, que en realidad son difíciles y que no pueden tomar decisiones adecuadas (Michaels, López, Rush & Corrigan, 2012), creando un problema doble: el de enfrentarse con la enfermedad y lidiar con el estigma social (De Simón, 2016). Dicha estigmatización fomenta, “malos tratos, rechazo y asilamiento” (OMS, 2011, p. 15). Además de una pobre atención médica, por las razones arriba expuestas y la falta de apoyo de su familia y amistades, entre otras.

Gisbert (2003) propone un modelo terapéutico de rehabilitación psicosocial llamado Terapia Moral en la que se le dan ocupaciones al paciente con el propósito de fomentar su autonomía e independencia, en el contexto de una convivencia asistida. Se concibe a la persona de forma integral (un ente con dimensiones biológicas, psicológicas y sociales) y no solamente como el individuo que tiene un diagnóstico de trastorno mental severo, de forma que se presentan oportunidades para estimular y trabajar aspectos psicosociales en el medio en el que se desenvuelve orientados al desarrollo de habilidades sociales mediante técnicas que involucran actividades diversas con componentes lúdicos, orientado a la mejora del funcionamiento personal y social mediante una realidad compartida en busca de una mejora sustancial en su calidad de vida (Gisbert, 2002). Asimismo, menciona que el tipo de trabajo con los pacientes debe ser orientado a la recuperación de las habilidades que se han afectado por el trastorno y por el tiempo de estancia en que han estado inmersos (efecto institucional). Con objeto de sacarlos del Hospital e insertarlos en la Comunidad.

Ahora bien, el concepto de rehabilitación psicosocial se define como:

Un conjunto de estrategias de intervención psicosocial y social que complementan a las intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y de manejo de los síntomas, se orientan fundamentalmente a la mejora del funcionamiento personal y social, de la calidad de vida y al apoyo a la integración comunitaria de las personas afectadas de esquizofrenia, así como de otras enfermedades mentales graves y crónicas (Gisbert, 2003, p. 38). Adolph Meyer, (en

Blessedell, 2005), agregó la idea de que puede conceptualizarse a la enfermedad mental desde una perspectiva de deterioro de los hábitos y de un adecuado equilibrio entre descanso y trabajo, por lo que de ahí se deriva un programa en adquisición de hábitos y la habilitación de prácticas que pudieran ser educativas y al mismo tiempo creativas y placenteras para los participantes.

Una aplicación de estos planteamientos fuera del contexto español, lo reporta también Sandoval-Chacón, (2008) en Costa Rica y sigue siendo un referente más recientemente (Hernández, 2017). En el tratamiento tradicional, se observa como una constante que los pacientes psiquiátricos son principalmente tratados con medicamentos antipsicóticos solamente, y suelen tener un alto índice de recaídas. Es decir, hay un efecto de institucionalización, en el que los internos se adaptan al medio del hospital y ya no pueden vivir fuera de este medio que es lo que han conocido por mucho tiempo, Fenómeno descrito como *síndrome de la puerta giratoria* (Elizur & Minuchin, 2006) y que consiste en el patrón repetitivo en el cual un paciente entra y sale de la institución mental en varias ocasiones: Se le da de alta cuando se estabiliza su crisis y se le regresa al medio ambiente que propició y generó originalmente dicha crisis, para que posteriormente se genere otra crisis y se le reinterne nuevamente.

Si la enfermedad mental tiene relación con el deterioro de habilidades sociales, uno podría suponer que la enfermedad mental es realmente un fenómeno de desadaptación social. Recuperar estas habilidades sociales significaría entonces un acercamiento importante para la reinserción social.

Cuando la persona-paciente no puede hacer sola este ajuste a las demandas que le impone el medio social, porque no tiene las habilidades que se requieren, hay una sobredemanda psicológica para dicha persona-paciente, generadora de estrés y una reducción en sus técnicas de afrontamiento. Sin embargo, la falta de privacidad, de estimulación y de flexibilidad en el escenario hospitalario, obstaculiza el grado en el que la persona pueda manipular el ambiente para reducir su estrés. La falta de control y la incertidumbre respecto de su condición para ser dado de alta en el hospital son factores inductores de estrés (Vega-Michel, et al, 2010), aunados a un ambiente agresivo dentro del patio de internos, que se experimenta como una constante amenaza (Whiting, et al, 2021).

Para Sacaceno (2003) la integración del paciente a su medio (familia, amigos, ciudad, etc.) también involucra la autonomía e independencia en la que la atención se centra en la recuperación de estas capacidades que se han perdido debido a su estancia prolongada. Como por ejemplo el uso del tiempo libre, actividades de higiene, relaciones sociales/familiares, autocuidado, y poner a disposición formas de vida que se acerquen lo más posible a un estilo de esquema laboral y social vigente. La posibilidad de tomar decisiones cotidianas, como con que ropa vestirse, ilustran aspectos que no se promueven en el hospital psiquiátrico en absoluto.

Para poder llegar a cumplir con el programa de rehabilitación psicosocial se necesita claridad en los objetivos

y la determinación de los medios para lograrlos. Gisbert (2003) propone que el plan deberá de ser estructurado, pero a la vez también flexible debido a que en algunas ocasiones tendrá que modificarse para adaptarse a las necesidades de los pacientes.

Dentro de los objetivos que se tienen con los pacientes es la adherencia al tratamiento y la prevención de recaídas. Entendemos como adherencia el apego al tratamiento prescrito por los psiquiatras al dar de alta al paciente y por recaída toda fase recientemente estabilizada, o sea, un paciente en remisión vuelve a desarrollar síntomas que entran de nuevo en el cuadro patológico. En esta situación es necesaria la cooperación del paciente y de la familia (Cartón, Iglesias, Sánchez y Vázquez, 2013) para poder cortar con este círculo vicioso de recaídas recurrentes.

En este contexto de potenciales recaídas recurrentes, el individuo institucionalizado se ve envuelto en un fenómeno acuñado por Proshansky, Schulmann y Kaminoff (en Gómez, 2005), llamado ajuste ambiente-persona. Este concepto, se refiere al grado máximo en el que una persona o un grupo de personas pueden ajustarse para lograr sus metas con la mínima obstrucción del ambiente físico desfavorable. Es la manera en la que la persona busca adaptarse a un nuevo ambiente para lograr sus objetivos, en un ambiente en el que normalmente no hay nada que hacer y las personas no son estimuladas y tampoco exigidas mediante alguna actividad. El lograr dichas metas fortalece la autoeficacia del individuo.

Tanto el deporte, la música, la terapia de arte, el ocio como recreación y la terapia grupal son actividades que ayudan a combatir la monotonía en la que viven los pacientes, generando beneficios en la salud de los internos (Carless & Douglas, 2008; Salas, 2004; Berrocal, 2011; Sabatella, 2007; Troice & Sosa, 2003; Ruddy & Milnes, 2008; Cuadra, Veloso, Ibergaray y Rocha, 2010; Caballo, 1993, Guerra Santiesteban, et al. 2017; Brehm, et al., 2020). Cada una de estas áreas ha sido sujeta a investigación y se han caracterizado como positivas en la recuperación de individuos en un contexto psiquiátrico. La musicoterapia no solo trae beneficios individuales, sino que también otorga beneficios al grupo (Witusik & Pietras, 2019).

Sabatella (2007) por ejemplo, menciona que, en el trabajo grupal, el uso de diferentes técnicas terapéuticas involucrando la música, ayuda a fomentar la cohesión y acercamiento de los pacientes entre sí y con su propia identidad. Algunos aspectos que se promueven son: la autoexpresión mediante los sonidos y el movimiento, posibilita el identificar música por ellos mismos y al mismo tiempo tener la posibilidad de que ésta, la compartan con otros (promueve habilidades sociales y de interacción), posibilita la expresión de emociones para motivar al paciente a un proceso terapéutico, incrementa el sentido de sí mismo, y da sentido de pertenencia a un grupo. Asimismo, se ha comprobado que el uso de elementos musicales en el tratamiento psiquiátrico tiene un efecto positivo en pacientes con depresión entre otros diagnósticos (Martínez, Gutiérrez y Laguna, 2014).

Con respecto a la arteterapia (pintura o escultura) Ruddy y Milnes (2008) y Río Dieguez y Sanz-Aranguez, (2017), afirman que los síntomas negativos de los pacientes mejoran, así como se incrementa la autoestima y mejora la manera en la que se relacionan con los demás. También es una forma para aliviar los conflictos entre los pacientes (L'Abate y Milan, 1985). Los programas de rehabilitación estimulan los mecanismos neurales y la plasticidad cerebral significativos en el cambio comportamental (Martínez y Urrego, 2019). La expresión artística promueve esta plasticidad que puede compensar, el daño causado por enfermedades mentales crónico degenerativas (Mirabella, 2015).

Con respecto del ocio, el uso del tiempo libre es algo gratificante, y se promueve la relación con otros y la formación de grupos a través de los cuales se pueden construir redes de apoyo entre los participantes (Nápoles y Fernández, 2017), ya que se requiere de habilidades sociales para interactuar con el grupo y otras habilidades de comunicación (Caballo, 1993; Sánchez y Valeo, 2017).

Mediante una intervención diseñada bajo el modelo de terapia moral de Gisbert, (2003) se buscó disminuir el número de incidencias de eventos violentos y el tiempo de internamiento de los pacientes seleccionados para la investigación, como un indicador de mejoría. La terapia moral, también llamada *recovery therapy*, se basa en el planteamiento de que los pacientes psiquiátricos al estar participando en actividades o trabajos (aunque sean poco laboriosos) aumentan las posibilidades de reinserción social, puesto que se entrena poco a poco al participante a mantenerse en comunidad, sin problemas y con una mayor autonomía y mejor calidad de vida. Al respecto, Baldor-Tubet, Ortiz y Jerez-Álvarez (2014) afirman que fortalecer las habilidades sociales en los pacientes con enfermedad mental contribuye al desplazamiento de síntomas psicóticos.

La presente investigación integra estas actividades (arteterapia, deporte, recreación y musicoterapia) en un programa de intervención para lograr mejorar las habilidades psicosociales de los participantes agudos con el propósito de responder la siguiente pregunta: ¿Qué tan efectivo es un programa de terapia ocupacional basado en la terapia moral de Gisbert en disminuir los días de internamiento, el índice de recaídas, y número de incidencias (hechos de violencia) en los pacientes psiquiátricos en estado agudo, en comparación con un grupo de pacientes con tratamiento exclusivamente farmacológico y confinamiento?

## Método

### Escenario del estudio

La institución en la que se desarrolló la investigación funge como hospital público para diferentes municipios y estados circundantes por lo que suele haber sobredemanda para las capacidades de espacio, de personal médico y abastecimiento de materiales para proveer servicios.

El pabellón de estancia temporal tiene un patio de cemento de aproximadamente treinta por cuarenta metros y de paredes altas de aproximadamente ocho metros de altura y un área de dormitorios y baños. En el patio hay un promedio de 42 internos, teniendo normalmente un sobrecupo de un 10%. En cuantos a sus condiciones físicas hay poca sombra para los pacientes y únicamente cuenta con dos baños al aire libre a la vista de las demás personas en el área. Las habitaciones se encuentran en un angosto pasillo con poca ventilación e iluminación. Cada habitación tiene algunos colchones en el suelo en donde duermen los pacientes. Aproximadamente duermen seis pacientes por habitación.

Dentro del pabellón se encuentra establecido que los pacientes ingresados en el área (a excepción de los crónicos) deben ser dados de alta cumplidos 40 días desde su llegada, pero la gran mayoría de los pacientes no son dados de alta hasta mucho tiempo después. Los integrantes del personal médico de la institución describen que algunos de estos participantes han sido abandonados en la institución y no ha sido posible rastrear a la familia por lo que se ha hecho de la institución, su hogar. Específicamente en el grupo experimental participan cinco participantes en esta condición, por lo que estos no fueron considerados en los datos reportados de días de internamiento y recaídas, porque residen permanentemente ahí. Por otro lado, en ocasiones la institución no tiene abastecimiento suficiente de medicamento para los pacientes por lo que el proceso de recuperación es más tardío.

## Participantes

Robles, Medina, Páez y Becerra, (2010) describen a la población de los internos en la institución como: con baja escolaridad, con poco o nulo apoyo familiar, sin pareja y con problemas de salud física importantes.

Los participantes fueron 22 pacientes de sexo masculino, diagnosticados con trastorno psicótico e internados en el hospital psiquiátrico, pertenecientes al área de estancia temporal y con un rango de 18 a 45 años. En este estudio nos referimos a trastorno psicótico como aquellos pacientes que durante su enfermedad mental tienen alteraciones graves respecto a su conexión con la realidad durante períodos amplios, por lo cual deben ser internados (Mingote, et al, 2007).

En el caso de algunos participantes, los trastornos fueron inducidos por el consumo de inhalantes y metanfetaminas. No se conoce con precisión la edad de los participantes al ser diagnosticados debido a su condición. El personal médico afirma que con frecuencia los pacientes son internados en un estado deteriorado y con enfermedad avanzada, en donde incluso la farmacología es ineficiente para tratar la enfermedad a partir de daños irreversibles que ha sufrido la estructura cerebral. Cuando los pacientes son internados informan haber tenido múltiples brotes psicóticos durante años, pero no fueron atendidos a tiempo ni de forma adecuada. Los médicos calculan que la mayoría de los participantes comenzó

con sintomatología activa en la adolescencia. Esto ha dificultado la redacción precisa de los expedientes.

Entre los criterios de inclusión se consideró que fueran personas pertenecientes al área de estancia temporal para hombres del hospital psiquiátrico y que pudieran seguir instrucciones. Para los criterios de exclusión se contempló que los participantes pertenecieran a otro pabellón de la institución puesto que, en ocasiones por falta de espacio o logística, pacientes considerados como crónicos visitaban temporalmente el área hasta que hubiera una liberación en el espacio al que correspondían. De la misma forma, otros criterios fueron el que no estuvieran sedados por el consumo de fármacos que les impidiera interactuar con otros y también que el alta de la institución hubiera sido anunciada.

## Instrumentos y materiales

Los materiales de apoyo utilizados fueron adecuados y clasificados según el tipo de intervención:

a) En las sesiones de musicoterapia se requirieron instrumentos musicales como guitarra, maracas, pandereta, pandero, tambor y flautas. Así mismo, se utilizaron apoyos electrónicos para reproducir música que todos los participantes pudieran escuchar. Para esto se utilizó un amplificador y un reproductor mp3.

b) En las sesiones de arteterapia se utilizaron cartulinas, pinceles, pintura acrílica de diferentes colores.

c) Las sesiones deportivas se llevaron a cabo dentro del patio, en el espacio de recreación donde había ya existente una canasta para baloncesto. En las sesiones deportivas se utilizó balón de fútbol soccer, así como uno de basquetbol.

d) En las sesiones de recreación se utilizaron diferentes materiales como el juego de lotería, el periódico, cuentos u otro material de lectura.

## Procedimiento

Se utilizó inicialmente un diseño de grupos, con grupo experimental y grupo de control, con distribución aleatoria, mediante un procedimiento de distribución binomial (Hernández Sampieri, Fernández y Baptista, 2006), que consistió en ir alternando uno a uno la asignación al grupo experimental o al control, conforme se iba seleccionando el nombre de alguno de los internos que estaban internados en el pabellón de agudos, después de que este grupo cumplió con los criterios de inclusión.

Se considera un diseño cuasi-experimental porque aun cuando los participantes fueron asignados aleatoriamente a ambos grupos, no hubo un adecuado control de diversas variables extrañas como el cambio en el tratamiento farmacológico, las visitas familiares, u otro tipo de eventos o sucesos en el espacio del pabellón (Hernández Sampieri, et al., 2006).

Al final se hizo un análisis de incidencias para ambos grupos integrados para comparar la frecuencia de incidencias los días de intervención (martes y jueves) compara-

dos con la frecuencia de incidencias en el pabellón los días de no intervención.

En este estudio las variables independientes se refieren a los tipos de intervención que se desarrollaron con música, arte, deporte (u otra actividad física) y ocio y recreación.

Las variables dependientes fueron los días de internamiento, la puntuación de incidencias y las recaídas. Mientras los días de internamiento se refieren al número total de días de internamiento antes de que el paciente sea dado de alta, la puntuación de incidencias corresponde al número total de situaciones violentas en el área del pabellón medida mediante el reporte diario del registro de los enfermeros a cargo del área del pabellón de internos agudos. Por último, las recaídas son el reingreso de uno de los internos bajo estudio, después de haber sido dado de alta previamente. Posteriormente se comparó el promedio de estas medidas entre los dos grupos estudiado.

Las sesiones de intervención fueron divididas en categorías: musicoterapia, arteterapia, deportivas y recreación. Cada uno de los diferentes tipos de intervenciones tuvo 15 sesiones alternadas secuencialmente. Es decir, una sesión de musicoterapia, luego de arteterapia, posteriormente una sesión deportiva y finalmente una de recreación y así consecutivamente.

Las intervenciones se dividieron en tres momentos: introducción, aplicación y cierre.

Introducción: Con una duración aproximada de 30 minutos para tomar registro de asistencia de los participantes, explicar el contenido y propósito de la sesión, así como la forma de trabajo.

Aplicación: En el segundo momento se desarrolló la actividad correspondiente (sesión de musicoterapia, arte, deportiva u ocio). Se registró la interacción entre los participantes del grupo experimental en el desarrollo de las actividades debido a que los participantes tanto del grupo control como el experimental permanecen en el mismo patio y por lo tanto el grupo control, observaba las intervenciones. Sin embargo, no interactuaban directamente con los investigadores ni participaban en las actividades del programa. Se registraron los comportamientos, e incidencias de ambos grupos de estudio. Estos registros se llevaron a cabo en bitácoras de la institución donde el personal debe registrar cada suceso. Asimismo, se llevó una copia con la información por participante.

Cierre: Al final de la sesión grupal los participantes verbalizaron sus experiencias respecto a la intervención y se recuperaron testimonios de ellos mismos, así como comentarios del equipo de enfermería y salud mental. Se utilizó este lineamiento con base en la Terapia Moral de Gisbert, (2003) quien refiere la importancia de estructurar las sesiones con una secuencia.

El programa de intervención fue impartido en 60 sesiones, dos veces por semana en martes y jueves. Cada sesión duró tres horas (de 10:00 hrs. a 13:00 hrs.). Se determinó este horario y espacio por parte de la institución. El área de trabajo designada fue en el pabellón psiquiátrico, específicamente en el patio del área de estancia temporal descrito anteriormente. En la Tabla 1 se puede observar una síntesis de los aspectos del procedimiento del estudio:

**Tabla 1** Diseño y Procedimiento del estudio.

Grupos	N	Edad	Sesiones	Fases sesión	Duración y frecuencia	Variables dependientes
<b>Experimental</b>	11 asignados al azar	18-45	60 en total alternadas secuencialmente 15 actividad física (futbol y basquetbol) 15 arte terapia 15 música 15 recreación (cuentos, periódico y juegos de mesa)	Introducción Desarrollo y Cierre	Tres horas de 10 a.m. a 1 p.m. Martes y jueves De cada semana Durante 30 semanas.	Frecuencia de Incidencias (actos de violencia).  Recaídas  Duración de internamiento
<b>Control</b>	11 asignados al azar	18-45	Observadores de las sesiones en patio			Frecuencia de Incidencias (actos de violencia).  Recaídas  Duración de internamiento

En el segmento de musicoterapia los participantes preparaban canciones que después eran presentadas ante los enfermeros. Asimismo, aquellos que quisieran podían preparar de forma individual y presentarla. Durante las sesiones de intervención los participantes elegían sus instrumentos y se dedicaban a tocar y preparar el material.

En las sesiones de terapia con arte las actividades consistían en el uso libre de pintura. Se les repartía a los participantes el material para que pudieran expresarse por medio de la pintura. Los participantes tenían opción de pintar de manera individual o en pareja y tenían libertad de hacerlo creativamente, no hubo alguna imposición respecto a contenido.

Las actividades de ocio y recreación implementadas consistieron en participar en juegos de mesa, lectura (principalmente de periódico), cartas, dados, etc.

### Acerca Del Comportamiento

Además de las intervenciones se elaboró un registro en formato de tabla y bitácora para cada participante en donde

se documentaron los sucesos en pabellón registrados por los enfermeros de guardia durante la noche o el día. El registro incluía los incidentes (hechos de violencia entre internos), ocurridos durante la semana en ambos grupos. Dichos datos fueron contabilizados como frecuencias.

### Resultados

En la Figura 1 se muestra en el panel A, como en los días de intervención, los participantes del grupo experimental tienen un promedio de frecuencias de incidencias menor comparados con el grupo control. Sin embargo, los días de no intervención aumentan las incidencias en ambos grupos, e inclusive con mayor magnitud en el grupo experimental.

En la misma Figura en el panel B se ilustra como el promedio de estancia en el Hospital fue mayor para el grupo control (un promedio de 55 días) con respecto al experimental (25 días en promedio), al eliminar los participantes que recibieron la intervención del programa pero que tienen estancia permanente y que por lo tanto nunca los darán de alta.

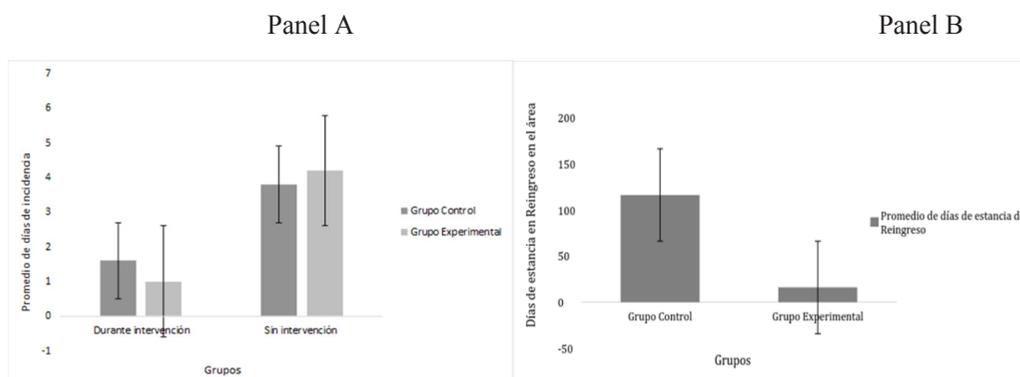


Figura 1.-

Panel A: Promedio de días de incidencia (actos de violencia) durante los días de intervención comparados con los días en los que no hubo intervención en Grupo Experimental y Control. Las barras de error corresponden a la desviación estándar.

Panel B: Promedio de días de estancia en reingreso de participantes del Grupo Experimental y Grupo Control. Las barras de error corresponden a la desviación estándar.

Posteriormente, se cuantificaron las incidencias para ambos grupos globalmente, los días de intervención (martes y jueves), comparados con los días en que no hubo intervención. Esto se hizo con base en el reconocimiento de que la división entre grupo experimental y control fue totalmente arbitraria porque la implementación de la intervención se realizó en el mismo espacio del patio donde se encontraban ambos grupos, unos interactuando con el grupo de facilitadores (grupo experimental) y otros observando la interacción (grupo control). Los días de intervención la cantidad de incidencias o episodios violentos fueron 28 en 60 sesiones que se tuvieron contra 80 incidencias en los días sin intervención.

Se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann Withney de diferencia de medianas. En todas las comparaciones no se encontrando diferencias significativas entre el grupo

experimental y el grupo control (Siegal & Castellan, 2009). Con respecto a días de estancia el grupo control (Mdn=48) y el grupo experimental (Mdn=28) fueron estadísticamente semejantes ( $U = 24.5$ ,  $Z = -1.107$ ,  $p = .277$ ). De forma similar, el grupo control (Mdn=4) y el grupo experimental (Mdn=0) fueron estadísticamente iguales en cuanto a la violencia con otros ( $U = 36.5$ ,  $Z = -1.187$ ,  $p = .267$ ). Finalmente, el grupo control (Mdn=0) y en el grupo experimental (Mdn=0) fueron estadísticamente iguales en cuanto al número de recaídas ( $U = 64.5$ ,  $Z = .344$ ,  $p = .771$ ).

Con el objetivo de identificar si la presencia de tratamiento tiene una relación con el número de incidencias, se realizó un análisis de regresión lineal utilizando el número de incidencias como variable de respuesta, a la primera como variable predictora, y controlando por el grupo de

pertenencia y la cantidad de meses acumulados de intervención en el hospital. El modelo resultó ser significativo ( $F_{3,36} = 3.69, p < .05$ ) y explicó el 17.2% de la varianza. Las variables significativas en el modelo fueron la cantidad de meses acumulados de intervención ( $t = -2.36, p < .05$ ) y la presencia de intervención ( $t = -2.34, p < .05$ ). Por cada mes en intervención, se puede esperar el decremento de .345 desviaciones estándares en las incidencias. De forma similar, al moverse de un día sin intervención a un día con intervención, se puede esperar una disminución de .341 desviaciones estándares de incidencias. Estos resultados sugieren que independientemente del grupo de intervención, la presencia de la intervención y la cantidad de meses acumulados son variables que predicen de forma negativa el número de incidencias en el hospital.

Además, es importante mencionar que los supuestos del modelo se cumplieron. Los residuos se distribuyeron normalmente. No se encontró evidencia en contra de la independencia, el estadístico de Durbin Watson se encontró dentro de los valores de tolerancia. Adicionalmente, el gráfico de los residuos contra los predichos no mostró ninguna tendencia, y la matriz de correlaciones tampoco sugirió una posible multicolinealidad.

## Discusión

En el presente estudio se ha hecho hincapié en la evaluación de un potencial beneficio de un programa de terapia ocupacional en la rehabilitación de pacientes psiquiátricos en fase aguda. El objetivo inicial de la investigación fue evaluar si el tiempo de estancia de los pacientes tratados con un programa de rehabilitación psicosocial y terapia ocupacional era más corto con respecto a aquellos pacientes que no participaron en el programa de rehabilitación o si bien, podían reducirse el número de incidencias y reingresos en aquellos pacientes participando en actividades de ocio, recreación, deporte, música y arte.

De acuerdo con los resultados de este estudio el análisis estadístico nos indica que no hay diferencias significativas entre los grupos, con respecto a días de estancia y recaídas aun cuando numéricamente el grupo experimental tuvo menos días de estancia y menos recaídas. Sin embargo, si se encuentra diferencia en los niveles de incidencia de eventos violentos como efecto global del tratamiento en el patio, independientemente del grupo, como un efecto acumulado de la intervención. La aplicación del programa aun cuando no arrojó resultados positivos con respecto a días de estancia y recaídas se considera que puede ser relevante su aplicación para poder mejorar la calidad de vida de los pacientes dentro de este espacio de confinamiento, disminuyendo la frecuencia de interacciones violentas, para poder regresar sentido de pertenencia a los pacientes, motivarlos a una apropiación de hábitos de recuperación e impactar el estado emocional, disminuyendo el comportamiento violento tanto dentro como fuera del hospital psiquiátrico.

En este sentido, esto sugiere que el tratamiento si coadyuva a disminuir los episodios de violencia en los internos. Un elemento común a todas estas formas de intervención es la atención brindada por los investigadores, mediante un trato horizontal (los investigadores se referían a los internos por su nombre, por ejemplo), en un clima de confianza, dado que no había potenciales amenazas, como cuando son llamados a consulta y pueden recibir tratos molestos para ellos, como cambio de medicamento que genere efectos colaterales desagradables o órdenes de sujeción o terapia de electrochoques. Y todo esto, en un medio constante de privación de estimulación diversa, pues solamente está la convivencia con los mismos enfermeros y compañeros internos, con quienes, por la misma condición, es difícil interactuar "normalmente". Esto pudiera explicar parcialmente la disminución de incidencias en el grupo experimental, los días de intervención e inclusive parcialmente también, la disminución en el grupo control, quienes a pesar de que no interactuaban directamente con los investigadores, podían observar en el patio, la aplicación de las diferentes actividades.

Estos resultados coinciden con un estudio realizado por Hoshi, Yotsumoto, Tatsumi, Tanaka, Mori y Hashimoto, (2013) quienes encontraron que después de seis meses de terapia ocupacional el nivel de hostilidad en pacientes psiquiátricos disminuyó significativamente. A partir de esta investigación surgen nuevas preguntas: ¿podría la monotonía, la falta continua de estimulación y el hacinamiento en espacios restringidos ser posibles factores detonadores de agresión entre los internos? Osorio, Lopera y Ríos (2012), establecen que la sobrepoblación o saturación de personas en espacios de internamiento como en las prisiones, tienen efectos psico-sociales importantes restringiendo la movilidad y los procesos de interacción, generando pautas de agresión.

Si la enfermedad mental es considerada como una alteración en las habilidades sociales y una serie de pensamientos y comportamientos que no van de acuerdo con lo que se conoce como lo normal, aceptable o recurrente en un contexto social, se supondría que entonces la salud mental tiene que ver con todo aquello que es adecuado y que permite la adaptación del ser humano en el mismo contexto social. Bajo este planteamiento, se podría deducir que aquella persona capaz de funcionar en sociedad tiene las habilidades sociales adecuadas para ser funcional y autónomo independientemente del diagnóstico de trastorno mental. Para Meyer (en Blessedell, 2005), la enfermedad mental tiene que ver con el deterioro de dichos hábitos.

En relación con este estudio, se encontró que durante los días de intervención hubo menos agresiones entre los participantes lo que podría indicar una pequeña ventana de recuperación en las habilidades sociales y el funcionamiento de una persona en sociedad. Esto quiere decir que, a pesar de que no se encontraron diferencias significativas en la comparación con el grupo control, probablemente entre otras cosas, por la cantidad tan pequeña de participantes, el programa implementado si pudo reinstalar momentáneamente,

en momentos específicos (los días de intervención) algunas competencias sociales en los participantes.

Se considera que no hay diferencias significativas entre los grupos también debido a que los participantes del grupo control también fueron afectados al observar la intervención que se desarrollaba con sus compañeros en el patio común y esto pudo haber sido suficiente distractor para generar comportamientos incompatibles con agredir a los compañeros.

El número de recaídas y de estancia es menor en el grupo experimental como tendencia aun cuando no se alcanzan los criterios de significancia, y ello sugiere cómo un programa de intervención de este tipo puede ser prometedor para romper el Síndrome de la puerta giratoria, y ayudar a resolver en cierta medida los internamientos prolongados y las recaídas constantes que viven los pacientes psiquiátricos institucionalizados, aun cuando queda pendiente demostrar que el tamaño del impacto es suficiente para justificar la decisión de implementar un programa institucional de este tipo.

Los resultados sugieren que la implementación de un programa de rehabilitación psicosocial solo puede ser efectivo para reducir el número de días de internamiento de los pacientes, mientras exista mayor control sobre las variables, mayor constancia y número de días a la semana de intervención, una capacitación adecuada a los servidores de la institución para que puedan continuar con el programa, tratamiento farmacológico consistente y conocimiento sobre las necesidades de cada participante.

Una consideración práctica a partir de la experiencia de implementación de este programa es que para que una intervención de este tipo sea positiva primero, se debe conocer en qué nivel se ubica cada participante. Es decir, poder conocer sus fortalezas y las áreas que han sido deterioradas, para poder desarrollar un programa adecuado que resulte efectivo para las necesidades individuales, utilizar los recursos que tiene cada uno para empoderar y trabajar con aquellas, que al estar deterioradas terminan impactando negativamente la vida de la persona. Generar un ambiente de grupo que atienda estas dimensiones detectadas como déficits o excesos de comportamiento que toca controlar, como lo sugiere Gisbert (2003).

Sabatella (2007), Salas (2004) y Troice y Sosa (2003) describen los beneficios que tiene la música sobre el estado anímico de la persona, así como el impacto cognoscitivo en aquellas personas que son tratadas con terapia musical. En esta investigación podemos afirmar que, aunque los resultados totales no fueron significativos en la disminución de días de internamiento, los participantes del grupo experimental refirieron cambio en su humor y sentido de encierro o preocupación, describiendo la sensación como aquella de alguna persona que se eleva o cuyos problemas desaparecen. En este aspecto podemos estar de acuerdo con dichos autores respecto al impacto que tiene la música en el estado de ánimo de pacientes con trastorno psicótico. Además, a partir de los comentarios reflejados por el personal de enfermería y de los

propios participantes coincidimos con Ruddy y Milnes, (2008) y Cuadra, Veloso, Ibergaray y Rocha (2010) y Gisbert (2003) en cuanto a la utilidad de la terapia ocupacional a través del arte y actividades de ocio.

Sería importante para futuros estudios tener las poblaciones completamente diferenciadas y tener una mayor cantidad de participantes, pero por protocolos de seguridad y reglamentos de la institución ambos grupos debieron permanecer en su espacio de internamiento.

### Limitaciones De La Intervención

Algunas de las limitaciones en esta intervención son los cambios en el tratamiento farmacológico debido a la escasez del medicamento. La falta de adherencia a los medicamentos psiquiátricos en este tipo de pacientes constituye un obstáculo importante en la eficacia del tratamiento, la recuperación del paciente y se ha relacionado con mayor índice de recaídas por lo cual bajo ninguna circunstancia debería retirarse el tratamiento farmacológico (De las Cuevas y Sanz, 2016). Si bien no se puede precisar con exactitud la puntualidad del tratamiento farmacológico de los participantes el personal de la institución confirmó que en más de una ocasión los participantes no pudieron ingerir sus medicamentos debido a la escasez de los fármacos en la institución. Añadiendo a esto, hubo aún menos control cuando los participantes fueron dados de alta para el caso de los reingresos.

Así mismo, durante un breve período la institución llevó a cabo un proceso de remodelación en el patio por lo que los participantes y otros pacientes del pabellón fueron recluidos en sus habitaciones. En este tiempo los participantes no pudieron salir de sus habitaciones ni participar en otro tipo de actividades. Esta semana hubo un incremento en el número de incidencias en los participantes, uno de ellos siendo trasladado a urgencias psiquiátricas.

Esta investigación no realizó intervenciones con los familiares de los participantes por lo que el alcance de ésta fue limitado exclusivamente a los pacientes, sin intervenir en la dinámica familiar y en la relación con el participante una vez que hubiera sido dado de alta (Gumley, Schwannauer, MacBeth y Read, 2008).

Es importante señalar que estas variables no controladas interactuaron con el trabajo de intervención desarrollado en el grupo experimental y afectaron a ambos grupos por igual en las variables evaluadas que debido a las condiciones de trabajo, fue imposible tener control sobre ellas.

A partir de las limitaciones de este estudio, es necesario generar espacios y programas terapéuticos en donde haya más control respecto a las variables ambientales para lograr un impacto positivo en la recuperación de los participantes, así como en la disminución de lesiones autoinfligidas y el número de recaídas por cada participante

Tener menos tiempo a un interno en un hospital psiquiátrico, es un asunto de relevancia para las personas y

para los costos que implica también para una institución. De hecho, la OMS (2007), lo reporta como algo deseable para evitar los efectos perniciosos de la institucionalización.

## Referencias

- Baldor-Tubet, I., Ortiz, A., & Jerez-Álvarez, M. (2014). Avances en los programas de entrenamiento en habilidades sociales para personas con enfermedad mental grave. *Rehabilitación Psicosocial*, 11(1), 43-54.
- Blesedell, E. (2005). *Terapia Ocupacional*. Médica Panamericana.
- Brehm K, Dallmann P, Freyer T, Winter K, Malchow B, Wedekind D, Diller IM, Henkel K, Sieberer M, Bär KJ, Schneider F, Ströhle A. Angebot und Inanspruchnahme von Sporttherapie in psychiatrischen Kliniken in Deutschland [Implementación de terapia de ejercicio en la práctica clínica diaria en líneas psiquiátricas en Alemania]. *Nervenarzt*. 2020 Jul;91(7):642-650. German. DOI: 10.1007/s00115-019-0782-7. PMID: 31463534.
- Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Siglo XXI.
- Carless, D. & Douglas, K. (2008). The role of sport and exercise in recovery from serious mental illness: two case studies. *International Journal of Men's Health*. 7, (2), 137-156. DOI: 10.3149/jmh.0702.137
- Cartón, M., Iglesias, R. M., Sánchez, B. M., & Vázquez, M. S. (2013). La recaída en los trastornos esquizofrénicos y los nuevos abordajes: una revisión y las primeras experiencias con palmitato de paliperidona. *Revista Gallega de Psiquiatría y Neurociencias*, (12), 87-97
- Cuadra, A., Veloso, C., Ibergaray, M., & Rocha, M. (2010). Resultados de la psicoterapia positiva en pacientes con depresión. *Terapia Psicológica*, 20(1), 127-134. DOI: 10.4067/S0718-48082010000100012
- De las Cuevas, C. & Sanz, E. J. (2016). Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*. 7 (1), 25-30. DOI: 10.1016/j.rips.2015.10.001
- De Simón, L. (2016). Contra el estigma de la enfermedad mental. *Nuestro tiempo*, (692), 104-111.
- Edel, M., Blackwell, B., Schaub, M., Emons, B., Fox, T., Tornau, F. & Juckel, G. (2017). Antidepressive response of inpatients with major depression to adjuvant occupational therapy: a case-control study. *Annals of General Psychiatry*, 16 (1) 1-9. DOI: 10.1186/s12991-016-0124-0
- Elizur, J. & Minuchin, S. (2006). *La locura y las instituciones: Familias, terapia y sociedad*. Gedisa Editorial.
- Gisbert, C. (2002). Coordinadora. *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación y Recomendaciones*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Cuadernos Técnicos.
- Gisbert, C. (2003). *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Gómez, M. (2005). *Estrés ambiental en las instituciones de salud*. Valoración psicoambiental. UNAM.
- González, A. (2002). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Ediciones Pirámide.
- González Parra, S., Molina, J., Huertas, D., Blasco-Fontecilla, H., Mora-Mínguez, F. y Pascual-Pinazo, F. (2008). Violencia asociada con los trastornos esquizofrénicos. *Archivos de Psiquiatría*, Vol. 71(2), 109-127.
- Guerra Santiesteban, J. R., Gutiérrez Cruz, M., Zavala Plaza, M., Singre Álvarez, J., Goosdenovich Campoverde, D., & Romero Frómata, E. (2017). Relación entre ansiedad y ejercicio físico. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 36(2), 169-177.
- Gumley, A., Schwannauer, M., MacBeth, A. & Read, J. (2008). Emotional recovery and staying well after psychosis: An Attachment-based Conceptualization. *New Directions in Psychotherapy and Relational Psychoanalysis*, Vol. 2, (2) pp. 127-148.
- Hernández, M. (2017). La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131): 171-187. DOI: 10.4321/S0211-57352017000100010
- Hernández Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. McGraw-Hill.
- Hoshi, J., Yotsumoto, K., Tatsumi, E., Tanaka, C., Mori, T., y Hashimoto, T. (2013). Subject-chosen activities in occupational therapy for the improvement of psychiatric symptoms of inpatients with chronic schizophrenia: a controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 27(7), 638-645. DOI: 10.1177/0269215512473136
- Jauset Berrocal, J. (2011). *Música y neurociencia: la musicoterapia [recurso electrónico] Jordi A. Jauset Berrocal*. Editorial UOC.
- L'Abate, L & Milan, M. (1985) *Handbook of Social Skills training and research*. Wiley.
- Martínez, Y., Gutiérrez, L. & Laguna, A. (2014). Musicoterapia como alternativa terapéutica en la depresión. *Revista Electrónica Dr. Zolio E. Marniello Vidaurreta*, 39, (9).
- Martínez, L. J., & Urrego, S. (2019). Efectos de la neurorehabilitación en la neuroplasticidad de pacientes con esquizofrenia: revisión documental. *fisioGlia: revista de divulgación en Fisioterapia*, 6(2), 27-31
- Martínez, Y., Bernal, S., Mora, A. y Hun, N. (2020). Percepción subjetiva de manejo emocional, ansiedad y patrones de ingesta relacionados con aislamiento por COVID-19. *Universitas Psychologica*, 19, 1-9, <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy19-epbi>
- Meyer, A. (1977/1922). The philosophy of occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 31(10), 639-642. Citado en Blessedell (2005). PMID: 341715

- Michaels, P.J., López, M., Rusch, N., y Corrigan, P.W. (2012). Constructs and concepts comprising the stigma of mental illness, *Psychology, Society & Education*, 4(2), 183-194.
- Mingote, J.C., Del Pino, P., Huidobro, A., Gutiérrez, D., De Miguel, I. y Gálvez, M. (2007). El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento. *Medicina y seguridad del trabajo*. Vol. 53, No. 208, pp. 29-51.
- Mirabella, G. (2015). Is Art Therapy a Reliable Tool for Rehabilitating People Suffering from Brain/Mental Diseases? *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 4, (21). DOI: 10.1089/acm.2014.0374
- Nápoles, H. A. D., & Fernández, Y. R. (2017). Ludoterapia en la rehabilitación de pacientes con enfermedades mentales. *Revista Edu-Física*, 9(20), pp. 58-74.
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2007). *¿Qué es salud mental* <http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe sobre el sistema de salud mental en México*. Secretaria de Salud.
- Osorio, L., Lopera, H., Ríos, M. (2012). Hacinamiento carcelario en el establecimiento penitenciario y carcelario de Sevilla, Valle de Cauca. *Revista Inciso*, No. 14, pp. 77-93.
- Proshansky, H.M., Nelson-Schulmann, Y & Kaminoff, R.D. (1979). The role of physical setting in life crisis experience. In I. Sharon and C. Spielberger (Eds.). *Stress and anxiety* (Vol. 6, pp. 3-26). Hemisphere. Citado en Gómez (2005).
- Río Diéguez, M. D., & Sanz-Aránguez Ávila, B. (2019). Arteterapia y salud mental. *Metas enferm*, 50-55. DOI:10.35667
- Robles, R., Medina, R., Páez, F., y Becerra, B. (2010). Evaluación de funcionalidad, discapacidad y salud para la rehabilitación psicosocial de pacientes asilados por trastornos mentales graves / Evaluation of functioning, disability, and health status for psychosocial rehabilitation among institutionalized patients with severe mental disorders. *Salud Mental*, 33(1), 67-75.
- Rodríguez de Romo, A. y Castañeda. G. (2013). El Hospital Granja y la Escuela Granja Bernardino Álvarez: antecedentes del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, *Revista de Investigación Clínica. Historia y Medicina*, México, noviembre diciembre, núm. 65 (6), pp. 524-536.
- Ruddy, R & Milnes D. (2005). *Art therapy for schizo-phrenia or schizophrenia-like illnesses*. Cochrane Database of Systematic Reviews, (4). DOI: 10.1002/14651858
- Sabbatella, P. (2007). *Música e identidad: musicoterapia grupal en esquizofrenia*. Interpsiquis.
- Salas, L. (2004). Terapia musical en pacientes psiquiátricos con conductas suicidas: un diseño de intervención. *Nure Investigación: Revista Científica de Enfermería*. 9 (1), 6
- Sánchez, L. N., & Valeo, L. R. (2017). Habilidades sociales en personas con enfermedad mental. *Unirevista. es*, (2), 22-36.
- Sandoval-Chacón, C. (2008). El plan individual de rehabilitación en personas con problemas de salud mental: la experiencia del Hospital Nacional Psiquiátrico. *Cúpula*, 22 (1): 11-22
- Saraceno, B. (2003). *La liberación de los pacientes psiquiátricos de la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible*. Editorial Pax México.
- Siegel, S. & Castellan, J. (2009) *Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta*. Trillas.
- Troice, E., & Sánchez Sosa, J. (2003). La experiencia musical como factor curativo en la musicoterapia con pacientes con esquizofrenia crónica. *Salud Mental*, 26(4), 47-58.
- Vega-Michel, C., López-Alvarez, M. y Camacho, E. (2010). Patrones conductuales en programas de evitación con humanos y sus efectos en cortisol salival. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 36 (1), 31-44.
- Whiting D, Lichtenstein P, Fazel S. (2021). Violence and mental disorders: a structured review of associations by individual diagnoses, risk factors, and risk assessment. *Lancet Psychiatry*.8(2):150-161. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30262-5. PMID: 33096045.
- Witusik, A., & Pietras, T. (2019). Music therapy as a complementary form of therapy for mental disorders. *Polski Merkuriusz Lekarski: Organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, 47(282), 240-243.PMID: 31945027.