

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA.
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
U.N.A.N. MANAGUA**



MONOGRAFIA PARA OPTAR AL TITULO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA.

**DINAMICAS GRUPALES EN PACIENTES DE SALA DE AGUDOS
DE VARONES EN HOSPITAL DOCENTE DE ATENCION PSICO
SOCIAL DURANTE AGOSTO A DICIEMBRE DEL DOS MIL DOCE.**

**Autor: Dr. Nelson David Ramírez Alvarenga.
Residente de Psiquiatría.
HOSPITAL DOCENTE DE ATENCION PSICOSOCIAL.**

**Tutor: Dra. Elda Jirón.
Médico Psiquiatra.
HOSPITAL DOCENTE DE ATENCION PSICOSOCIAL.**

**ASESOR METODOLOGICO: Charles Wallace Boudier.
MD, MPH. POSTGRADO SALUD PÚBLICA.
UNAN Managua.**

RESUMEN

En la sala de agudos de varones, del Hospital Docente de Atención Psico Social, se selecciono en grupos homogéneos, tomando en con sideración su diagnostico de trastorno o enfermedad mental, que fue diagnosticada posterior a su ingreso y asignada en la sala de agudos por medico de base.

Se impartieron de 6:00 a 7:00 A.M. Las técnicas de dinámica grupal empleadas fueron las de la clasificación Lopez-Yarto: Técnicas de satisfacción: que se utilizo para lograr la satisfacción y el equilibrio grupal, así como también Técnicas de eficacia: que promovió la estructuración, la organización, la toma de decisiones y realización de actividades para el cumplimiento de objetivos; las que nos permitió recolectar opiniones diversas de un determinado tema y generar una interacción entre moderador y participantes.

Al aplicarse las Dinámicas Grupales se observaron: Cambios conductuales en beneficio a nuestros pacientes que participaron en nuestro estudio.

Los sucesos que ocurrían casi a diario: Agresiones verbales, Físicas, Sexuales y Defunciones, Disminuyeron las dos primeras; las agresiones Sexuales y Defunciones no presentaron durante su aplicación.

Los pacientes adquirieron conocimientos de sus Derechos de Ley.

Los pacientes adquirieron una filosofía de su existencia; aprendiendo nuevas formas de vida, pudiendo vivir sin consumir sustancias toxicas.

Aprendieron a vivir con su trastorno o enfermedad mental para integración laboral, social y recuperación de su familia.

DEDICATORIA

A los pacientes, a quienes les debo mi aprendizaje de psiquiatra.

Al Maestro Amigo Dr. Adonis Pérez quien me adopto como su discípulo en estos años de formación como psiquiatra, le reafirmo mi juramento de no claudicar resistir y vencer!, ante los nuevo derroteros que se me presenten como profesional de la salud mental.

AGRADECIMIENTO

Muy especialmente a la Dra. Elda Jirón quien muy gentilmente fue mi tutora de la presente monografía y me enseñó el A, B, C de la psiquiatría cuando fui su residente.

Agradecer es muy poco por todas las orientaciones que me brindó en los momentos más difíciles de mi residencia, para que continuara mi formación como psiquiatra mi maestra amiga Dra. María Esther Paiz Seller; y sobretodo quien sacrificó parte de su tiempo libre para ayudarme a redactar las últimas correcciones de la presente tesis.

Sin la ayuda de la Dra. María Esther Paiz Seller no hubiese sido posible terminarla en tiempo y forma.

INDICE.

CONTENIDO	PAGINAS
1 INTRODUCCIÓN.....	1
2 ANTECEDENTES.....	3
3 JUSTIFICACIÓN.....	5
4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
5 OBJETIVOS.....	7
6 MARCO TEORICO.....	8
6.1 Historia de actividades grupales en rehabilitación	8
6.1.2 Clasificación de las dinámicas de grupo.....	9
6.1.3 Ámbito Rehabilitador Básico.....	10
6.1.4 Ventajas y Desventajas de las Dinámicas de.....	13
6.1.5 Métodos Grupales.....	15
6.2 Marco Legal en la Protección de Enfermedad Mental.....	18
6.2.1 Ley nº 630.Ley de Protección de los Derechos Humanos de las Personas con Enfermedades Mentales.....	19
6.2.2 Ley nº 763. Ley de los Derechos de las Personas con Discapacidad.....	19
6.2.3 Ley nº 727. Ley Para el Control del Tabaco.....	25
6.3. PACIENTES AGUDOS.....	27
6.3.1 Características de paciente agudo.....	27
6.3.2 Tipología.....	27
6.3.3 Factores de riesgo.....	27
6.4 HOSPITAL PSIQUIÁTRICO.....	28
6.4.1 Historia del Hospital Psiquiátrico.....	28
7 MATERIAL Y MÉTODO.....	32
7.1 Tipo de estudio.....	32
7.2 Diseño Metodológico	32
7.3 Análisis y Procesamiento de Información.....	36
8 RESULTADOS.....	48
9 DISCUSION DE RESULTADOS.....	54
10 CONCLUSIONES.....	60
11 RECOMENDACIÓN.....	62
12 BIBLIOGRAFIA.....	63
13 ANEXOS.....	65
13.1 Tablas.....	66
13.2 Hoja de recolección de datos.....	85

INTRODUCCION

Las dinámicas grupales se pueden implementar para *salvaguardar la vida y los derechos humanos del paciente* durante su estancia hospitalaria en Salas de Agudos. De modo tal que, tenemos que desarrollar una técnica con disciplina, tenacidad, perseverancia en la cual participe todo el equipo multidisciplinario que atiende a los pacientes.

Es por eso que en el ámbito rehabilitación las dinámicas grupales que se realizaron eran para lograr cambios conductuales en beneficio a nuestros pacientes y de ser posible que aprendan a vivir con su trastorno o enfermedad mental para su integración laboral, social y recuperación de su familia.

Motivados por los sucesos que ocurren casi a diario en los servicios de agudos del Hospital Docente de atención 'Psicosocial Dr. José Dolores Fletes, lo que se conoce como pabellón cuatro, sitio de atención para pacientes con crisis agudas que alteran la salud mental de individuo, los cuales comparten un espacio de internamiento abierto, en el cual existen 65 camas , pero en ocasiones hay mas cantidad de pacientes ingresados en relación al numero de cama condición tal que propicia un medio apto para desarrollar conductas tales como: mala educación sanitaria, agresiones verbales, físicas, sexuales y defunciones, lo que nos provoca iniciar el presente estudio en el cual implementamos dinámicas grupales para lograr la satisfacción y el equilibrio grupal.

Y que actualmente nos encontramos inmersos en un nuevo modelo de atención en salud a la población nicaragüense , en el cual se incluye a todos los trabajadores del sistema de salud a participar en las diferentes tareas en pro de fortalecer la salud, tanto en la comunidad como en los centros de atención, y el hospital psicosocial forma parte importante de este cambio ya que se están estableciendo normas, protocolos, etc., de atención a los pacientes en los cuales se pueda cumplir no solo con el tratamiento, sino con actividades preventivas,

rehabilitadoras, investigativas y docentes, el presente estudio es el primero en su genero pues pone en practica la ciencia , la psicoterapia y las técnicas de rehabilitación.

ANTECEDENTES

Este es el primer estudio de dinámicas grupales pero hay antecedentes que desde los años 80 con la creación del SNUS, sistema nacional único de salud , se dan cambios trascendentales en la atención de salud en la población nicaragüense, incluyendo la atención de salud mental, y en el Hospital Docente de Atención Psicosocial , también se inicia un proceso de inserción del paciente a la vida comunitaria a través de la creación a estos niveles de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), existiendo en el hospital la política de puertas semi abiertas para nuestros pacientes.

El grupo italiano GRT: Grupo de relaciones Transculturales y otros, implementaron el rompimiento del esquema tradicional que se tenía en esa época, los participantes directos fueron: Benedetto Sarraceno, Tognonni, Fabricio Assioli y Terranova.

Quienes fueron los pioneros de las dinámicas de grupo en el Hospital Docente de Atención Psicosocial, y en toda Nicaragua.

Como un hecho relevante jamás antes realizado en el Hospital Psiquiátrico Nacional, fue el de integrar al trabajo productivo de los cortes de café a nuestros pacientes ingresados en los pabellones del Hospital; un gran esfuerzo del equipo de salud mental de aquel entonces; los integrantes presentaban diferentes trastornos o enfermedades mentales, se llevo el medicamento que tenían indicados por prescripción de los médicos psiquiatras a su lugar de trabajo.

La discriminación de parte de los demás cortadores de café, que participaban en jornada de trabajo no se presento, nuestros pacientes se integraron al trabajo y fueron tan productivos como cualquier otro trabajador.

Su integración social y el aprendizaje de que su trastorno o enfermedad mental no era una limitación para desarrollarse como persona. Fue un rotundo éxito el programa de dinámicas grupales de “El grupo italiano GRT”.

Surgieron los Hospitales de Día dentro de los centros de atención psicosocial, los cuales estaban ubicados en León, Chinandega. Granada. El centro de salud Edgard Lang y el Centro de Salud Pedro Altamirano que se convertirían en los Centros de Atención Psicosocial (C.A.P.) ubicados en Managua, así mismo se formo el centro de atención para la rehabilitación de los niños y adolescentes en la policlínica central (hoy Hospital Oftalmológico.)

Para los años 90 posterior a un cambio en las políticas sociales, económicas se, comenzaron a reestructurar las políticas de salud, de acuerdo a las necesidades de ese momento histórico. Hasta retornar nuevamente, lo que se ha dado en llamar “La Psiquiatría Biologicista Moderna”. (4)

JUSTIFICACION

La LEY No. 763. Ley de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Aprobada el año dos mil once. La LEY No. 650. Ley de Protección de los Derechos Humanos de las Personas con Enfermedades Mentales; y La Declaración Universal de los Derechos Humanos, nos dan la ordenanza de los principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental.

En base al enunciado anteriormente me motivo a iniciar un trabajo de carácter grupal y de rehabilitación en los pacientes con trastornos mentales en pro de darle cumplimiento fiel a las mismas.

Se pretende que las dinámicas grupales en el proceso de rehabilitación de pacientes de las sala de agudos brinden una atención humanista e integral con la participación de todo el equipo multidisciplinario que atiende a nuestros pacientes ingresados.

Cabe señalar que la implementación de estas dinámicas grupales puede ser la pauta para otros estudios que puedan surgir en torno a la Rehabilitación de pacientes clasificados como agudos en Hospital Psico Social.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Caracterización del problema.

Los sucesos que ocurren casi a diario en el pabellón de agudos *de varones*, del *hospital docente de atención psicosocial*; *hace surgir la necesidad de buscar una alternativa efectiva para salvar la vida y los derechos humanos del paciente ingresado.*

Formulación del problema.

¿Cuál es el resultado de implementar dinámicas grupales en pacientes del pabellón de agudos de varones, en el hospital docente de atención psicosocial; de agosto a diciembre del año 2012. ?

OBJETIVO GENERAL.

Evaluar las dinámicas grupales realizadas en pacientes del pabellón de agudos de varones, en el hospital Docente de Atención Psicosocial; de Agosto a diciembre del año 2012.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

I-Describir las características socio demográficas según: edad, procedencia, nivel de escolaridad, de los integrantes que participan en las dinámicas grupales en el pabellón de agudos de varones, en Hospital Docente de Atención Psico Social; de agosto a diciembre del dos mil doce.

II.-Identificar el diagnostico de trastorno o enfermedad mental, el tiempo de estancia y frecuencia de ingreso en un año, de los integrantes que participan en las dinámicas grupales en el pabellón de agudos de varones, del Hospital Docente de Atención Psico Social; de agosto a diciembre del año dos mil doce.

III -Determinar cambios conductuales de los pacientes posterior a la aplicación de la técnica de satisfacción y eficacia según la clasificación de López – Yarto, en el pabellón de agudos de varones, del Hospital Docente de Atención Psico Social; de agosto a diciembre del año dos mil doce.

MARCO TEÓRICO

6.1 Historia de actividades grupales en rehabilitación.

Dinámica de grupo se puede definir como las actitudes y sentimientos que presentan los componentes de un grupo ante la presentación de un problema o actividad al que deben dar solución. Es necesario señalar, que los primeros abordajes de la terapia de grupo con pacientes internos fueron fundamentalmente educativos.

Edward Lazell (1921), impartía lecturas introductorias de los principios del psicoanálisis a los pacientes hospitalizados. El objetivo era que los miembros del grupo ganaran tolerancia frente a su vida instintiva reprimida, de forma que confiaran menos en que los síntomas iban a defenderles frente a los contenidos psicológicos ocultos. (12)

Cody Marsh (1931) utilizaba un abordaje basado en lecturas con los pacientes y el personal sanitario del hospital, pero complementándolas con algunas técnicas (como ejemplo, música, danza, textos sugerentes) que ayudaran a crear un clima emocional positivo. Cody veía el valor del grupo, no tanto en que los miembros pudieran aprender, sino en el espíritu de corporación que pudiera desarrollarse entre ellos. (19)

Louis Wender (1936) vio la necesidad de explorar las reacciones transferenciales de los miembros frente al grupo, con raíces en sus respectivas familias de origen. (23)

Kurt Lewin (1947). Su objetivo básico fue el desarrollo de habilidades de discusión de grupos.

Florence Powdermaker y Jerome Frank (1952), inicio la integración de la perspectiva psicodinamica con un método interpersonal para lograr cambios. El

objetivo, la resolución del conflicto intrapsíquico, se intentaba a través de la exploración de experiencias del aquí y ahora. (22)

Irvin Yalom (1970) describe un abordaje que aglutina el objetivo del cambio interpersonal. (24)

En la década de los 70's toman auge los movimientos y experiencias conocidos como "Challenges by Choice" o "High Ropes" donde se realizan actividades principalmente al aire libre (outdoors) el cuál implica un esfuerzo físico extra por parte de los participantes, ejercicios muy parecidos al entrenamiento tipo militar.

El concepto de *Team Building* está asociado en la "formación" o "construcción" de equipos de trabajo el cuál a través de una serie de ejercicios buscan crear o formar equipos, que va desde la integración hasta el logro de retos de alto riesgo todo esto enmarcado en el crecimiento y desarrollo de los equipos.(1, 2.)

Howard Kibel (1981) ha señalado, estimular el insight acerca de estados afectivos defectivos a menudo lleva a una descompensación, ya que los pacientes internos no disponen del tiempo ni los recursos suficientes para dominar lo que van descubriendo (11)

La evolución hasta nuestros días se ha manifestado en diversas formas que van desde las actividades de bajo impacto hasta las de alto riesgo. Algunas de estas actividades también están relacionadas con el ámbito de la psicología como lo son los *grupos de encuentro* o ejercicios de la terapia Gestalt específicamente.(1,2)

6.1.2 CLASIFICACIÓN DE LAS DINÁMICAS DE GRUPO.

Existen diversas clasificaciones sobre las dinámicas de grupo: La clasificación Lopez-Yarto, Considero que es una de la más acertada para el presente estudio.

A. Técnicas de satisfacción: se utilizan para lograr la satisfacción y el equilibrio grupal. Pueden ser:

Para conocerse: se realizan al inicio del curso, mejoran el conocimiento entre los miembros del grupo, nos sirven para presentarnos.

Para establecer y mejorar las relaciones. Sirven para mejorar la comunicación, para que sea eficaz, nos ayuda a asumir roles.

Se puede ubicar, principalmente, en la fase inicial de creación del clima agradable en el grupo.

B. Técnicas de eficacia: promueven la estructuración, la organización, la toma de decisiones y realización de actividades para el cumplimiento de objetivos.

Podemos encontrar:

Ejercicios de organización para; definir objetivos, establecer normas del grupo, evaluar. (16)

6.1.3 ÁMBITO REHABILITADOR BÁSICO.

Destinado a aquellos pacientes cuyas capacidades adaptativas son muy limitadas.

Pretende rehabilitar las siguientes funciones básicas del paciente:

Cuidado personal, higiene y normas sanitarias básicas

Promoción y facilitación de relaciones interpersonales.

Terapia ocupacional, lúdica y formativa

Las actividades programadas para el cumplimiento de dichos objetivos son:

I.-Grupo "Buenos Días"

Reúne a todos los pacientes diariamente y es la primera actividad del día. Se plantea en ámbito grupal, no estructurado, con el fin de valorar objetivos alcanzados y detectar nuevas dificultades individuales. (3, 20)

II.- Televisión.

Pretende fomentar entre los pacientes el interés por la información cotidiana a través de la televisión y síntesis de noticias de la televisión. (6,7)

III.-Programa de auto cuidado.

Dirigido a todos aquellos pacientes con dificultades para llevar a cabo hábitos adecuados de higiene y aseo personal. Se realiza desde el punto de vista teórico y práctico, e intenta crear hábitos saludables y cotidianos de cuidado personal. (6,7)

IV.- Programa de Educación Sanitaria.

Posibilita la autonomía de los pacientes en el cuidado de la salud y promueve conductas apropiadas que garanticen niveles aceptables de bienestar físico. Se desarrolla a través de la formación y entrenamiento en aspectos relacionados con la dietética, educación sexual, cuidados sanitarios y utilización de recursos de forma racional. (6, 7)

V.- Espacio cultural.

Pretende fomentar entre los pacientes el interés por un amplio abanico de temas de interés cultura. General, mediante utilización de medios de comunicación (revistas, publicaciones, vídeo etc.) y puesta en común en grupos. (6, 7)

VI.- Actividades de la vida cotidiana.

Organización de la propia persona. Se llevan a cabo en grupos reducidos y va dirigido de forma especial a pacientes con déficits en esta área.

VII.- Actividad física.

Diariamente se lleva a cabo un espacio dirigido a todos los pacientes, para estimular la actividad mediante ejercicios sencillos que facilitan la movilización, o

en su defecto paseos por los alrededores. Actividades deportivas y recreativas: Balón pie, Correr, Gimnasia, Cantar y Bailar. (6, 7)

VIII.-Manualidades terapéuticas

Se pretende que los pacientes ocupen su tiempo un modo útil y placentero a la vez que llevan a cabo un aprendizaje de actividades manuales que estimula su funcionamiento cognitivo en general. (2, 16)

IX.- Actividades de ocio y tiempo libre

Juegos, salidas a la comunidad, estímulo de salidas fin de semana etc. Son actividades lúdicas en las que se fomenta el disfrute así como la comunicación y la interrelación con los demás.

X.- Ámbito rehabilitador especializado.

Comprende aspectos clínico-asistenciales en sus diversas vertientes: somática, psicológica, psiquiátrica, socio familiar y laboral, fundamentales para un tratamiento integral de cada paciente. Estos aspectos se evalúan al inicio de modo individualizado para poder así desarrollar un plan terapéutico específico para cada paciente, según sus deficiencias y necesidades. (16,6)

XI.- Aspectos psicoterapéuticos

Psicoterapia individual.

Atención grupal, que comprende los siguientes programas:

Programa de Psico educación: tiene como objetivo prioritario lograr una adhesión al tratamiento en su más amplio sentido. Tiene una vertiente informativa y otra donde se potencia el compartir experiencias psicopatológicas. Se potencia la adquisición de conciencia de enfermedad.

Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento: Se pretende dotar al paciente de estrategias cognitivas eficaces de afrontamiento de eventuales estresores provenientes del ambiente socio familiar. Comprende los siguientes programas:

Entrenamiento en Habilidades Sociales, Programa de resolución de problemas y Programa de Control del Estrés. (5,6)

Parámetro Dependencia: Estimulación de la dependencia dentro del grupo, los miembros confían mucho en el líder. (9)

Parámetro Actividad terapeuta: Reforzar las defensas existentes, activo, da consejo. (9)

Parámetro principales procesos de grupo: Universalización (la conciencia del paciente que no está solo cuando tiene problemas; otros comparten quejas similares en aprender, el paciente no es el único) y sentido de realidad.(9)

La Catarsis: La expresión de ideas, pensamientos y material reprimido que se acompaña por una respuesta emocional que produce un estado de alivio en el paciente. (9)

XII.- Aspectos socio familiares y laborales.

Grupo social: informa a los pacientes sobre recursos generales de la comunidad y laborales, así como trámites burocráticos.

Seguimiento individual sobre problemática social y laboral.

Intervención familiar.

Ejercicios para trabajar sobre contenidos o problemas.

Ejercicios para tomar decisiones: juegos cooperativos, decisiones por consenso.

(6, 20)

6.1.4 VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LAS DINÁMICAS DE GRUPO.

Ventajas de las dinámicas de grupo.

Las técnicas Dinámicas tienen la gran ventaja, a diferencia de otras técnicas, que proporcionan un contexto para que al mismo tiempo se facilite el aprendizaje en

tres terrenos específicos: Conocimientos y cómo aplicarlos, Habilidades, Valores y actitudes.

Facilitan el desarrollo individual y grupal, en su capacidad de expresión, motivación, cambios de actitud, posibilidades de acción, nos permite escuchar y ser escuchado, asumir responsabilidades y comprometernos con una tarea.

Respecto a la tarea formativa: potencian la productividad, permiten una mejor generalización del conocimiento, nos ofrece ver distintos puntos de vista y hacer una evaluación grupal y crítica.

La economía de recursos que se logra mediante el trabajo con grupos, resulta incomparable si la atención prestada se realiza a los sujetos individualmente.

La información que el sujeto recibe en el grupo, es mucho más que la que puede obtener a partir de la sola fuente del terapeuta, en el grupo, las fuentes de experiencias e informaciones se multiplicarán y éstos no sólo provienen del terapeuta sino también de los restantes miembros, lo que abre un amplio margen para el intercambio de ideas, sentimientos y otras experiencias.

El grupo no sólo posibilita el intercambio de experiencias sino que amplía la red de apoyo social que el sujeto recibe. Probablemente uno de los aspectos más importantes de las experiencias grupales se vincula a esta experiencia de ayudar y ser ayudado.

El grupo posibilita nuevas posibilidades de aprendizaje interpersonal, donde sus integrantes pasan por un proceso en el cual, los comportamientos formales que inicialmente los mismos manifiestan unos en relación con los otros, se van tornando en comportamientos espontáneos, íntimos, verdaderos, no formales, los sujetos llegan a sentirse auténticos en su trato con los otros. Los individuos tienen la posibilidad de ensayar nuevos comportamientos.

El grupo permite a sus integrantes el logro de una universalidad en cuanto a la apreciación de los problemas comunes, lo cual contribuye a que los sujetos estén menos centrados en sí mismos y dejen de verse como “víctimas de su destino”.

En el grupo, el individuo acrecienta su capacidad para enfrentar y resolver problemas. El grupo posibilita acrecentar la comprensión y una mayor sensibilidad hacia los comportamientos y actividades propias y de los demás integrantes.

Desventajas

Las más fuertes críticas que se hacen a las Dinámicas para grupos son las siguientes:

Requieren de mucho tiempo.

Lo cual es cierto si se compara con los métodos tradicionales en los cuales en cinco minutos se puede presentar la teoría que queremos transmitir.

No puede medirse.

La única forma de medir el resultado en las Dinámicas para grupos es el seguimiento de conductas observables. (4, 16)

6.1.5 METODOS GRUPALES

Grupos Focales

¿Qué es un grupo focal? Es una conversación cuidadosamente planeada, diseñada para obtener información de un área definida de interés, en un ambiente permisivo, no directivo (Krueger citado por Del Rincón, et al., 1995:318).

Definición de un grupo focal.

Es una técnica grupal que permite recolectar opiniones diversas de un determinado tema. Se genera una interacción entre moderador y participantes.

Características.

Grupos pequeños de 2 a 12 dice la teoría que dos es poco y que doce es mucho, según nuestra experiencia va de 7 a 9. Es necesario que exista un moderador (investigador) y debe haber al menos un observador. Deben ser grupos homogéneos en el manejo de la temática.

¿Cuándo se aplica?

Cuando hay formación y desarrollo de ideas. Selección de un diseño. Identificación y definición de problemas. Evaluación de procesos. Cuando se necesita completar información sobre una temática determinada. Cuando el objetivo es la exploración sobre un tema que es abordado por primera vez o se conoce muy poco de él.

Cuando el objetivo es la triangulación de información. Cuando el objetivo es utilizado como técnica para completar información. Cuando el objetivo es profundizar información sobre lo que un grupo de sujetos piensa, requiere, cree, opina y no profundiza sobre aspectos muy individuales o propios de determinadas personas.

Al igual que otros, técnicas que se aplican para obtener información, esta no puede aplicarse si antes no se tiene claramente definido que información vamos a obtener, a quienes vamos a reunir, en qué momento reuniremos a los participantes y cuál es el lugar más indicado para realizarlo.

Cuando es necesario utilizar el tiempo más racionalmente, al igual que los recursos tanto humanos como materiales, permite hacer más entrevistas en menor tiempo y con pocos recursos.

Se aplica cuando se desea recoger información que a simple vista no puede ser observada, tales como sentimientos, pensamientos, juicios y valoraciones.

Determinación de la composición del grupo focal.

Considerar según objetivos: Clase Social, Ciclo Temporal que están viviendo.

Usuarios, no usuarios de una variable de interés. Nivel de una experiencia vivida de interés. Edad, Estado Civil. Diferencias culturales, Hombres/ Mujeres.

Duración del Grupo Focal.

Regla General 90 -120 minutos. Si no hay complicación 40 minutos es buen tiempo. Excepcionalmente ½ o 1 día entero.

Dimensión del Grupo Focal.

Tradicionalmente 8-10 participantes. Grupo óptimo 5-7 participantes. Caso mínimo (excepción) dos participantes.

Desarrollo de Grupo Focal.

Es una discusión en grupo.

Las personas que lo componen tienen aspectos comunes.

El investigador permite que se hable espontáneamente.

Permite conocer el abanico de opiniones.

¿Número de participantes? : De 6 a 12.

Se puede utilizar para obtener la percepción y creencias que el grupo tiene.

¿Cuántos grupos? : Hasta que los distintos grupos no aporten nada nuevo.

¿Reclutamiento? : Utilizando la red informal (amigos, vecinos, pacientes...) o la red formal (censo).

¿Incentivos? : Hacerles ver que la información que aportan es valiosa.

¿Duración? : 60-90 minutos máximos.

¿Preguntas? : Comenzar con preguntas abiertas. Las preguntas más importantes cuando se observe un claro nivel de interés.

Los participantes se encuentran en círculo, el monitor se presenta, indica que no es un experto en el tema a tratar. Explicar el objetivo del estudio.

Dar una serie de normas:

Todos deben opinar. No hablar más de una persona a la vez. Decir lo que se piensa, no lo que los demás quieren oír. No hay opiniones equivocadas.

El monitor debe facilitar la dinámica del grupo (atención al hablador, el experto, el mudo, el tímido, el distraído, la víctima,...)

A) Organizar los datos: Para la primera pregunta...

B) Darle forma: de aquí sale el abanico de opiniones.

C) Resumir: Sin cuantificar las respuestas. El objetivo que se busca es la amplitud de opiniones.

D) Explicar: y sacar las conclusiones. (21)

6.2 MARCO LEGAL EN LA PROTECCION DE ENFERMEDAD MENTAL.

Mencionamos una interpretación jurídica referente Marco Legal en la Protección de Enfermedad Mental, en la que se encuentran beneficiados nuestros pacientes en estudio.

Nicaragua es suscriptora de: La Declaración Universal de Derechos Humanos, De la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, Del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de la Organización de Naciones Unidas, De la Convención Americana de Derechos Humanos de la Organización de Estados Americanos y Instrumentos internacionales que han sido incorporados a la Constitución Política de la República de Nicaragua.

La Constitución Política de la República de Nicaragua, establece en el artículo 36, el derecho que toda persona tiene a que se respete su integridad física, psíquica y moral.

En el artículo 62, obliga al Estado a procurar el establecimiento de programas en beneficio de los discapacitados para su rehabilitación física, psicosocial y profesional así como para su ubicación laboral.

Se promulgo: LA LEY 630. (13)

6.2.1 LA LEY DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES.

El objeto de la presente Ley es garantizar y promover el respeto y la protección efectiva de los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales. Para efecto de esta Ley se entenderán como personas con enfermedad mental aquellas que tienen los criterios diagnósticos contemplados en el Capítulo 5 (Trastornos mentales y del comportamiento) de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) de la Organización Mundial de la Salud. (11)

Así también se promulgo: La LEY No. 763. (14)

6.2.2 LEY DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

El Objeto de la presente ley es establecer el marco legal y de garantía para la promoción, protección y aseguramiento del pleno goce y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos de las personas con discapacidad, respetando su dignidad inherente y garantizando el desarrollo humano integral de las mismas, con el fin de equiparar sus oportunidades de inclusión a la sociedad, sin discriminación alguna y mejorar su nivel de vida; garantizando el pleno reconocimiento de los derechos humanos contenidos en la Constitución Política de la República de Nicaragua, leyes y los instrumentos internacionales ratificados por Nicaragua en materia de discapacidad.

Personas con discapacidad:

Son aquellas personas que tengan deficiencias físicas, mentales o sensoriales a largo plazo que al interactuar con diversas barreras puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás.

Personas con discapacidad severa:

Son aquellas personas que se ven gravemente dificultadas o imposibilitadas en la realización de sus actividades básicas cotidianas.

Requiriendo de apoyo o cuidados de una tercera persona, sin posibilidad o perspectiva de superar las limitaciones que ésta tenga, tales como:

Las personas ciegas totales, Parapléjico, cuadripléjico, Deficiencia intelectual: retardo mental severo, Esquizofrénico, Parálisis cerebral infantil, Dobles amputaciones de los miembros superiores o miembros inferiores. (14)

Esta Ley es de aplicación obligatoria en todas las unidades de salud del país, según estándares nacionales e internacionales de atención para personas con enfermedad mental. El Ministerio de Salud facilitará los instrumentos y al mismo tiempo uniformará criterios de actividades.

El Estado debe garantizar la atención en materia de salud mental, como parte del sistema de asistencia sanitaria y social, debiendo cumplir las normas de atención por niveles, que plantea el Programa Nacional de Salud Mental: Unidades de Atención Primaria, Hospitales de día, Hospitales Generales y Hospital Psiquiátrico Nacional.

Las personas que padezcan de una enfermedad mental, o que están siendo atendidas por esa causa, serán tratadas con humanidad y con respeto a la dignidad inherente a la persona humana.

Las personas que padezcan de una enfermedad mental, o que están siendo atendidas por esa causa, tienen derecho a la protección contra la explotación económica, sexual, maltrato físico y trato degradante.

El Estado establecerá estrategias de intervención psicosocial que contribuyan a la prevención de las enfermedades mentales tomando en cuenta la vulnerabilidad psicosocial de la población en riesgo. El Estado deberá destinar recursos humanos especializados, así como los recursos materiales necesarios para la atención a los pacientes con enfermedades mentales. Se establece la No discriminación por motivo de enfermedad mental.

Por discriminación se entenderá cualquier distinción, exclusión o preferencia cuyo resultado sea impedir o menoscabar el disfrute de los derechos en pie de igualdad.

Las medidas especiales dirigidas a proteger los derechos de las personas que padezcan una enfermedad mental o de garantizar su mejoría no serán consideradas discriminatorias.

Todas las personas que padezcan una enfermedad mental tienen derecho: Ser atendidos en todas las unidades de salud. A ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales reconocidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y otros instrumentos internacionales que Nicaragua ha ratificado.

El Estado debe garantizar la libre participación de las personas con discapacidad en la vida política y pública, ya sea eligiendo o siendo electos para fungir como funcionarios o empleados públicos.

El derecho a elegir incluye emitir su voto secreto en elecciones, referendos o plebiscitos o cuando sea necesario, de forma autónoma o asistida por otra persona de su elección de conformidad con lo dispuesto en el artículo 119 de la Ley No. 331, “Ley Electoral”.

Las personas con discapacidad tienen derecho a:

Contraer matrimonio, a formar un hogar, a decidir sobre su fertilidad y de no ser separados de sus hijos.

Excepto cuando las autoridades competentes, con sujeción a un examen judicial, determinen de conformidad con la ley y que esa separación es necesaria en pro del interés superior del niño, niña o adolescente.

También tienen el derecho a organizarse o participar en organizaciones y asociaciones que les representen tanto nacional como internacionalmente, conforme las leyes y los instrumentos internacionales. (13)

Está exento de responsabilidad penal quien: Al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier alteración psíquica permanente o transitoria, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión.

El trastorno mental transitorio no eximirá de pena cuando hubiese sido provocado por el sujeto con el propósito de cometer el delito o hubiera previsto o debido prever su comisión.

Al tiempo de cometer la infracción penal se halle en estado de perturbación que le impida apreciar y comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión, siempre que el estado de perturbación no haya sido buscado con el propósito de cometer un delito o hubiera previsto o debido prever su comisión.

Por sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia, tenga alterada gravemente la conciencia de la realidad.

Son circunstancias atenuantes:

Eximentes incompletas.

Las causas expresadas, cuando no concurren todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad penal en sus respectivos casos.

Disminución psíquica por perturbación.

Estado de arrebató. Es obrar por causas o estímulos tan poderosos que hayan producido arrebató u obcecación.

Discernimiento e instrucción.

Cuando el culpable es de escaso discernimiento o de una instrucción tan limitada que no sepa leer ni escribir. Para ambos supuestos se comprenda que el agente necesitaba indispensablemente de las condiciones indicadas para apreciar en todo su valor el hecho imputado.

Cualquier otra circunstancia de igual naturaleza, que a juicio del Tribunal deba ser apreciada por su analogía con las anteriores o por peculiares condiciones personales del sujeto activo del delito o de su ambiente.

Las medidas de seguridad se fundamentan en la peligrosidad criminal del sujeto al que se impongan, exteriorizada en la comisión de un hecho previsto como delito.

Las medidas de seguridad se aplicarán exclusivamente por el Juez o Tribunal en sentencia, a las personas que se encuentren en los supuestos previstos, siempre que concurren estas circunstancias:

Que el sujeto haya cometido un hecho previsto como delito, según sentencia firme; Que del hecho y de las circunstancias personales del sujeto pueda deducirse un pronóstico de comportamiento futuro que revele la probabilidad de comisión de nuevos delitos.

Las medidas de seguridad que se pueden imponer con arreglo al Código Penal son privativas de libertad y privativas de otros derechos.

Son medidas privativas de libertad:

El internamiento en centro psiquiátrico; El internamiento en centro de deshabitación; El internamiento en centro educativo especial; y, El internamiento en centro de terapia social.

Los discapacitados tienen el derecho a obtener una colocación que les proporcione una subsistencia digna y decorosa y les permita desempeñar una función útil para ellos mismos y la sociedad.

El Ministerio del Trabajo establecerá los términos y condiciones en los cuales las empresas públicas y privadas darán empleo a discapacitados, de acuerdo con las posibilidades que ofrece la situación social y económica del país.

El Estado dará facilidades de carácter fiscal y crediticio y de cualquier otra índole a las empresas de discapacitados, a las que hayan establecido departamentos mayoritariamente integrados por trabajadores discapacitados y a las que en cualquier forma favorezcan su empleo, capacitación, rehabilitación y readaptación.

El Ministerio competente establecerá programas de concientización en coordinación con las organizaciones sindicales y de empleadores, el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y cualquiera otra institución pública o privada que se ocupe de ayudar a los trabajadores discapacitados (14)

Toda persona que padezca una enfermedad mental y que tenga que ser internada en una institución de salud, tendrá en particular, el derecho a ser plenamente respetado por cuanto se refiere a su: Reconocimiento en todas partes como persona ante la ley, Vida privada y Libertad de comunicación, que incluye la de comunicarse con otras personas que estén dentro de la institución; libertad de enviar y de recibir comunicación privada sin censura; libertad de recibir en privado, visita de un asesor o representante personal y en todo momento apropiado, de otros visitantes; libertad de acceso a los servicios postales y telefónicos; y a la prensa a la radio y a la televisión.

El medio ambiente y las condiciones de vida en las instituciones psiquiátricas deberán aproximarse en la mayor medida posible a las condiciones de la vida normal de las personas de edad similar e incluirán en particular: Instalaciones para actividades de recreo y esparcimiento; instalaciones educativas; instalaciones para adquirir o recibir artículos esenciales para la vida diaria, el esparcimiento y comunicación y en ninguna circunstancia podrá el paciente ser sometido a trabajos forzados.

Dentro de los límites compatibles con las necesidades del paciente y las de la administración de la institución, el paciente deberá poder elegir la clase de trabajo que desea realizar. El trabajo de un paciente en una institución psiquiátrica no

será objeto de explotación. El personal que labora en las unidades para la prestación de servicios de salud mental, tiene la obligación de vigilar, proteger y dar seguimiento a los usuarios.

Las personas con enfermedad mental tienen derecho a su privacidad y por respeto a su dignidad, toda información, difusión o divulgación de cualquier clase, debe hacerse con previa autorización personal y oficial.

Las personas con enfermedad mental deben recibir un trato digno y humano por parte del personal de salud mental, independientemente de su diagnóstico, situación económica, sexo, raza, ideología o religión.

Las instituciones de servicio público, tales como: Gobiernos Municipales, Policía Nacional, Cuerpos de Bomberos, Ministerio de la Familia, Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, asilos, organizaciones de la sociedad civil y demás, deberán auxiliar a las personas con enfermedad mental y en caso que una persona no esté recibiendo atención médica, el Ministerio de la Familia coadyuvará con las otras instituciones y se encargará de llevarla a la unidad de salud correspondiente para su tratamiento.(13,14)

LEY No. 727.LEY PARA EL CONTROL DEL TABACO

La presente ley tiene por objeto, establecer regulaciones, prohibiciones y mecanismos de control efectivo al consumo del tabaco en cualquiera de sus presentaciones, modalidades o usos; reducir al máximo el severo impacto perjudicial que provoca a la salud humana el consumo y la exposición al humo de estos productos; así mismo, establecer medidas de control efectivo a la publicidad, propaganda, patrocinio o cualquier otra actividad de promoción que induzca de manera directa o subliminal al consumo del tabaco, evitando así que futuras generaciones se conviertan en potenciales consumidores del mismo.

De las Prohibiciones al Consumo del Tabaco.

Se prohíbe fumar en los siguientes lugares: Espacios cerrados Públicos o Privados.

En cualquier parte de las instalaciones o lugares públicos o privados cerrados tales como: salas de convenciones, centros religiosos, auditorios, salas o centros de deliberación, teatros, cines o auditorios, entre otros; incluyendo, aquellos destinados a realizar eventos vinculados a actividades recreativas, educativas, sociales, culturales, deportivas y religiosas.

En cualquiera de las instalaciones de instituciones, organizaciones o establecimientos dedicados a la salud, públicas o privadas, tales como: **hospitales o centros de salud, y en general en cualquier lugar donde se presten servicios vinculados a la salud humana**, particularmente los referidos a la atención de la mujer embarazada, recién nacidos o centros de desarrollo infantil;

En cualquiera de las instalaciones de instituciones, organizaciones o centros dedicados a la enseñanza o a la educación, públicas o privadas, ya sea a nivel pre-escolar, educación primaria y secundaria, educación técnica a todos sus niveles, centros de educación superior o universitaria o en centros de enseñanza de cualquier otra naturaleza.

En áreas destinadas a la atención al público de las Instituciones Públicas o Privadas; Ambientes laborales o locales de trabajo cerrados; en vehículos de transporte colectivo o selectivo, terrestre, aéreo o lacustre, en vehículos de transporte escolar o de transporte de personal; y en todos aquellos lugares donde fumar implique un factor de riesgo a la seguridad pública a juicio de las autoridades competentes. (15)

6.3 PACIENTES AGUDOS.

6.3.1 CARACTERÍSTICAS DE PACIENTE AGUDO.

El grupo de pacientes ingresados se distinguen de otros tipos de grupo tanto por las características de la población como por el cuadro mismo. Típicamente, los grupos de pacientes internos son heterogéneos en cuanto al diagnóstico. (9, 5)

6.3.2 TIPOLOGÍA.

En comparación con los pacientes ambulatorios, los internos muestran una mayor afectación de las funciones del yo; están mucho más profundamente discapacitados en cuanto la constatación de la realidad, el control de los impulsos y las emociones y la capacidad de mantener un ánimo positivo y relaciones estables con los demás, también tienden a presentar mecanismos más primitivos, como la proyección y la escisión. (8,5)

6.3.3 FACTORES DE RIESGO.

Los grupos de psicoterapia en las Unidades de agudos cumplen un papel fundamental para reducir el impacto de los factores potencialmente estresantes asociados a la hospitalización y a la situación de crisis en la que ingresan los pacientes, constituyéndose como un factor protector y necesario para disminuir la ansiedad de los pacientes y disminuir las proyecciones paranoides que están en la base de muchas actuaciones violentas (16,18).

La tensión tan fuerte que soportan los pacientes ingresados en una Unidad de Agudos, consecuencia de estar en una situación excepcional en sus vidas como es la de afrontar un entorno a menudo desconocido, rodeados de otras personas en crisis, sin un rol específico y claro que pueda facilitar su adaptación y proporcione la sensación de protección implícita en los grupos sociales. La adaptación resulta complicada porque además la persona está sometida a expectativas por parte del equipo terapéutico y carece de las ayudas habituales de su entorno.

Los pacientes hospitalizados experimentan dos tipos de crisis: la que les ha llevado al ingreso y la crisis más general de ser hospitalizado. En este contexto pueden percibir el tratamiento como presiones para abandonar sus defensas y amenazas a su autocontrol, por lo que los pacientes pueden desconfiar del personal y manifestar ambivalencia sobre la necesidad de estar ingresados y dudan de que la hospitalización les pueda ayudar. (3)

Es destacable también que además de ser un entorno desconocido con gente desconocida, percibidos muchas veces como hostil, es un entorno cuyas estructuras físicas distan de ser cálidas y acogedoras, e incluso pueden ser muy agobiantes si no disponen de un espacio abierto.

6.4 HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

6.4.1 *HISTORIA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO.*

Motivados por sentimientos de altruismo, un grupo de ciudadanos de Managua después de organizar un comité, acuerdan construir un asilo donde alojar a los dementes que lastimosamente deambulaban por la capital.

Este grupo integrado, entre otras personas por el Dr. José Luis Arce, Don Tomás Álvarez y Don Domingo Calero, legalizarían su organización en Marzo de 1911. Al iniciar sus actividades, ellos mismos se impusieron cuotas mensuales de dinero y un proyecto de pequeños negocios, cuyas utilidades estaban destinadas a la construcción del asilo.

Don Tomás Wheelock destacada personalidad de Managua, donó un amplio predio en la zona oriental de la ciudad, KM 7 carretera norte, para la construcción del asilo para enfermos mentales. La Junta consideró poco satisfactoria las condiciones de la zona oriental de la ciudad para la construcción del Asilo, y decidió hacerlo a la orilla de la carretera Panamericana, sector a nivel del KM 5, en terrenos donados en 1933, por el Presidente de la República Dr. Juan B. Sacasa. El 15 de Septiembre de 1940, se inauguró con el nombre de Hospital de Alienados.

Años más tarde tomó el nombre de Hospital de enfermos mentales y luego se denominó Hospital Psiquiátrico Nacional.

En la década de los 80 tomó el nombre de Hospital Docente de Atención Psicosocial " José Dolores Fletes Valle".

Actualmente consta de 5 salas de internamiento, una emergencia y una sala de consulta externa.

Incorporación del psicólogo en este centro asistencial.

En el año de 1970 aparece en el Hospital una Doctora quien expresó a las autoridades del centro que su entrenamiento había sido en Psicología, el Director determinó oportuno que realizará su práctica en Psicología, hacía Psicometría, atendía a pacientes y en un momento dado ejercía el roll de médico. Cuando esta persona se fue del centro se creó la necesidad de una Psicólogo, esta fue la razón por la cual se empezaron a tramitar plazas para Psicólogos. En 1975 ya el Psicólogo trabaja tiempo completo asignándosele la tarea de organizar el Departamento de Psicología, contratando para esto a otro Psicólogo solo para medio tiempo, se trabaja solo por referencia de pacientes de interconsultas para todo el Hospital.

En 1977-1979 hasta el triunfo se contrata a dos Psicólogos más, estos trabajaban en todos los pabellones atendiendo los casos con referencias, En la actualidad, posterior al proceso revolucionario, el Psicólogo ha tenido oportunidad de desarrollo y el roll del mismo dentro de los equipos multidisciplinarios.

El Trabajador Social en el Hospital " José Dolores Fletes Valle"

En el año 1964, los miembros de la JUNTA NACIONAL DE ASISTENCIA Y PREVISION SOCIAL, sintiendo la necesidad de conocer otros aspectos de los pacientes relacionados específicamente con la situación Socioeconómicas y el retorno de los pacientes Hospitalizados a sus hogares para evitar la Institucionalización, creo la oficina de Servicio Social que comenzó a funcionar

con personal empírico, por no haber en el país Trabajadores Sociales Profesionales.

En 1968 la J.N.A.P.S., trajo por medio de la Nacionales Unidas a la Licda. Ana María Pastor, Trabajadora Social para que organizara el Departamento de Trabajo Social con Personal Profesional. La Trabajadora Social Licda. Olga González comienza a trabajar en el Hospital y da inicio a un trabajo social más especializado, con recursos Profesionales y asesoría Internacional.

Las acciones más importantes en esa época, estaban dirigidos a pacientes de consulta ambulatoria con actividades educativas, valoraciones socioeconómicas, atención individual, reintegración de pacientes a sus hogares, actividades recreativas con pacientes crónicos.

Se caracterizaba el Trabajo individual; cada profesional en su campo, no se coordinaban acciones.

Los pacientes asegurados tenían un Trabajador Social, para resolver los problemas específicos d esta población.

Con la demanda de atención ambulatoria y de Hospitalizados se incrementa el número de recursos a cinco profesionales distribuidos por servicios, con estos recursos se llevo hasta 1979.

A partir de 1979 el perfil de Trabajador Social, fue revisado por un grupo de trabajadores a nivel normativo y se da mayor énfasis a las actividades, Educativas, Investigativas, Comunitarias y Terapéuticas; incrementando para este fin las actividades de Capacitación al personal.

Estructuración del Programa de Salud Mental.

El 8 de Agosto de 1979, se reestructura el Programa de Salud mental, bajo una nueva concepción, acorde con el momento histórico-político que vivimos y con la perspectiva de contribuir a la construcción de la sociedad futura

Paralelamente se conforma a lo interno del Hospital Psiquiátrico Nacional, único en su género los equipos multidisciplinarios, como la doble atención de establecer una atención tanto a pacientes hospitalizados como ambulatorios; en base a esto últimos, se dan los primeros pasos de una atención de Salud Mental comunitaria.

En 1981 con las prioridades establecidas por S.N.U.S. (Sistema Nacional Único de Salud), dirigida a dar un mayor énfasis a la atención del niño, del trabajador y de otros grupos de altos riesgos; se reelaboran los objetivos adaptándolos a nuestra realidad y a las limitaciones del momento.

En ese mismo año se crean dentro del programa de Salud Mental los Hospitales de Día, con la Finalidad de atender al paciente en el momento de sus crisis, sin que se pierda el contacto de su familia y la comunidad, evitando al mismo tiempo la dependencia hospitalaria.(8)

Aun quedan treinta y dos años no escritos; la historia mas importante nos corresponde a nosotros realizarla: en especial a los graduados de los años 2007-2013 quienes pertenecemos a un proyecto de gobierno humanista que toma en cuenta los derechos, de la salud de la poblacion, incluyendo la salud mental desde la vision preventiva en al comunidad, tratamiento y de rehabilitacion en los centros de atencion psicosocial y hospitales de dia.

7 MATERIAL Y MÉTODO

7.1 TIPO DE ESTUDIO.

Según el método utilizado, el tipo de estudio es Observacional/No experimental.

Según el período y secuencia del estudio, el tipo de estudio es transversal.

Según el Tiempo de Ocurrencia de los hechos y registro de la Información:

Prospectivo.

Según el Análisis y Alcance de los Resultados:el estudio es descriptivo.(21)

7.2 DISEÑO METODOLOGICO

Universo: 71 pacientes

Para un “e” igual a 5%

Tamaño de la muestra en “n” igual a: 60 pacientes

Nivel de confianza es de: 0.95

Como instrumento se utilizó: la ficha de recolección de datos de la investigación y la entrevista al paciente.

Como material se empleó: El expediente clínico.

Se hizo una conversación cuidadosamente planeada, diseñada para obtener información de un área definida de interés, en un ambiente permisivo, no directivo

Como criterio de inclusión

Se seleccionó en grupos homogéneos, tomando en consideración su diagnóstico de trastorno o enfermedad mental, que fue diagnosticada posterior a su ingreso y asignada en la sala de agudos por médico de base.

Como criterio de exclusión

A los pacientes que presentaban otro diagnóstico diferente de los grupos homogéneos seleccionados se excluían del estudio

Tenían un moderador (investigador) y un observador (Que observaba al paciente desenvolviéndose en su entorno, se preguntaba en forma privada, al personal de enfermería, líder de célula, jefe de escuadra y jefe de grupo sobre el comportamiento de paciente sin que se diera por enterado el paciente.)

Las técnicas de dinámica grupal empleadas fueron las de la clasificación Lopez-Yarto: Técnicas de satisfacción: que se utilizó para lograr la satisfacción y el equilibrio grupal, así como también Técnicas de eficacia: que promovió la estructuración, la organización, la toma de decisiones y realización de actividades para el cumplimiento de objetivos.

Las que nos permitió recolectar opiniones diversas de un determinado tema y generar una interacción entre moderador y participantes, en la sala de agudos de varones, del Hospital Docente de Atención Psico Social.

Se impartieron de 6:00 a 7:00A.M. Donde al paciente se le enseñó una filosofía de su existencia aprendiendo nuevas formas de vida y como vivir con su trastorno o enfermedad mental para integrarse a la sociedad y recuperación de su familia.

Se hizo énfasis en el diario vivir en su estancia en el pabellón que se puede vivir sin sustancias tóxicas. En nuestro estudio se utilizó como filosofía: La Filosofía de Espiritualidad Terapéutica.

Como Parámetro Dependencia: Se realizó estimulación de la dependencia dentro del grupo, los miembros confiaron mucho en el líder.

Como Parámetro Actividad terapeuta: Se reforzaba las defensas existentes, activa, se dio consejo.

Como Parámetro principales procesos de grupo: Universalización (la conciencia del paciente que no está solo cuando tiene problemas; otros comparten quejas similares en aprender, el paciente no es el único) y sentido de realidad.

En la Dinámica grupal de BUENOS DIAS. Para nuestro estudio se realizó de la siguiente forma:

- 1.-Orientación en persona, espacio y tiempo.
- 2.-Informe del día. "El que habla ayuda" La Dinámica de Catarsis: la expresión de ideas, pensamientos y material reprimido que se acompaña por una respuesta emocional que produce un estado de alivio en el paciente.
- 3.- Repasar las reglas del pabellón."Permite que el paciente sea ayudado"
 - I. Tomarse el medicamento.
 - II. Comer.
 - III. Bañarse, lavarse las manos antes de comer y cepillarse los dientes después de comer.
 - IV. El pabellón es mi casa, los médicos, enfermería y los demás pacientes son mi familia, mis hermanos y mis amigos.
 - V. No fumar y no tomar café.

- VI. Obedecer las órdenes de médicos y Enfermería.
- VII. No agredir a nadie.
- VIII. Auxiliar y defender al que está siendo agredido física o sexualmente.
- IX. No tener sexo.
- X. Obedecer las reglas del pabellón.
- XI. Participar en las actividades de grupo.
- XII. Elegir a los hermanos mayores de protección.
- XIII. Vigilar a los demás que hacen.
- XIV. Informar a los médicos o enfermería de alguna cosa anormal que esté ocurriendo.
- XV. No orinar, ni defecar en otro lugar que no sea el inodoro.
- XVI. No destruir los colchones.
- XVII. Mantener limpio el pabellón, ayudado a la limpieza y el orden.
- XVIII. Tener fe en Dios que volverás a estar en casa con tu familia y que trabajarás siendo útil para los demás, cuando salgas de aquí.
- XIX. Defenderé mi derecho que gozo por:
La Ley de protección de los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales: Ley nº 650, Ley de los derechos de las personas con discapacidad: Ley nº. 763 y Ley para el control del tabaco: Ley nº 727 y Declaración Universal Derechos humanos.

4.- Bienvenida a los nuevos integrantes. "Participación del paciente en el proceso de rehabilitación".

5.-"Reconocer el problema y de la realidad en el que se encuentran inmersos". Se hacía mención de las leyes antes mencionadas.

6.-Mente sana en cuerpo sano." Se realizó ejercicio físico. El objetivo era aliviar la ansiedad asociada a la hospitalización". Actividades deportivas y recreativas: Balón pie, Correr, Gimnasia.

7.-Canto y baile terapia. "Disminuimos el aislamiento".

8.- Relacionarse más con el terapeuta. Consistía en informar a los médicos o enfermería de alguna cosa anormal que estaba ocurriendo.

9.-Dinámica de roles. Se otorgaba el nombramiento de responsables de escuadras o células en el pelotón. Para el cumplimiento de vigilancia, limpieza, protección y orden. Se cambiaba por el más destacado de con cualidades humanistas en el grupo y que se encontraba mas compensado. Se otorgaba como estímulo de su conducta en el grupo.

Posteriormente se sometió al paciente a ser observado en la sala de agudos a distintas horas del día, sin que el paciente notara que se le observa. Al finalizar la semana de observación se preguntaba en forma privada, al personal de enfermería, líder de célula, jefe de escuadra y jefe de grupo sobre el comportamiento de paciente, se cotejaba con el expediente clínico los eventos relevantes en relación con su conducta.

Al final de semana se realizaron preguntas en entrevista al paciente sobre la Dinámica grupal de BUENOS DIAS que había recibido, anotando en la Ficha de recolección de datos de la investigación las respuestas.

7.3 Análisis y Procesamiento de Información

El análisis se realizó al procesar los datos obtenidos, con el uso del programa SPSS- 20. Y se muestran el resultado en tablas de frecuencia y porcentaje.

Matriz de Operacionalización de Variables (MOVI).

Objetivo General.

Evaluar las dinámicas grupales realizadas en pacientes del pabellón de agudos de varones, en el Hospital Docente de Atención Psicosocial, de Agosto a diciembre del año 2012.

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Sub variables, o Dimensiones	Variable Operativa o Indicadores	Técnica de Recolección de la Información y Actores Que Participan		
				Encuesta	Entrevista	G- Focal
I-Describir las características socio demográficas, de los integrantes que participan en las dinámicas grupales en el pabellón de agudos de varones, en Hospital Docente de Atención Psico Social; de agosto a diciembre del dos mil doce; según: edad, procedencia, nivel de escolaridad.	Características socio demográficas, de los integrantes que participan en las dinámicas grupales en el pabellón de agudos de varones.	Características socio demográficas.	1.1 Edad. 1.2 Procedencia. 1.3 Nivel de escolaridad.	El expediente clínico.	La ficha de recolección de datos de la investigación y La entrevista al paciente.	Tenían un moderador (investigador) y un observador (Que observaba al paciente desenvolviéndose en su entorno, se preguntaba en forma privada, al personal de enfermería, líder de célula, jefe de escuadra y jefe de grupo sobre el comportamiento de paciente sin que se diera por enterado el paciente.)
II.-Identificar el diagnostico de trastorno o enfermedad mental, tiempo de estancia y frecuencia de ingreso en un año, de los integrantes que participan en las dinámicas grupales en el pabellón de agudos de varones, del Hospital Docente de	Diagnostico de trastorno o enfermedad mental, tiempo de estancia y frecuencia de ingreso en un año.		2.1 Diagnostico de trastorno o enfermedad mental. 2.2 Tiempo de estancia. 2.3 Frecuencia de ingreso en un año.	El expediente clínico.		

Atención Psico Social; de agosto a diciembre del año dos mil doce.						
<p>III - Determinar cambios conductuales de los pacientes posterior a la aplicación de la técnica de satisfacción y eficacia según la clasificación de López – Yarto</p>	<p>III -Determinar cambios conductuales de los pacientes posterior a la aplicación de la técnica de satisfacción y eficacia según la clasificación de López – Yarto</p>	<p>Técnicas de eficacia.</p> <p>Técnicas de satisfacción.</p> <p>Se utiliza para establecer y mejorar las relaciones además de llegar a conocerse y ayuda a sumir roles</p>	<p>Conducta problema</p> <p>3.1 Incontinencia (urinaria y fecal).</p> <p>3.2 Heteroagresividad (actos violentos deliberados).</p> <p>3.3 Auto agresividad.</p> <p>3.4 Exhibicionismo.</p> <p>3.5 Fugas.</p> <p>3.6 Agresión verbal.</p> <p>3.7 Soliloquios.</p> <p>Actividad social.</p> <p>3.8 Relaciones con los compañeros de la unidad.</p> <p>3.9 Relaciones con otros fuera de la unidad.</p> <p>3.10 Actividades de tiempo libre.</p> <p>3.11 Nivel de actividad.</p> <p>3.12 Capacidad para hablar.</p> <p>3.13 Capacidad para iniciar conversaciones.</p> <p>3.14 Sensatez del discurso.</p> <p>3.15 Claridad del habla.</p>	<p>El expediente clínico.</p>	<p>La ficha de recolección de datos de la investigación y La entrevista al paciente.</p>	<p>Tenían un moderador (investigador) y un observador (Que observaba al paciente desenvolviéndose en su entorno, se preguntaba en forma privada, al personal de enfermería, líder de célula, jefe de escuadra y jefe de grupo sobre el comportamiento de paciente sin que se diera por enterado el paciente.)</p>

		<p>Técnicas de eficacia. promueve la estructuración, la organización, la toma de decisiones y realización de actividades para el cumplimiento de objetivos</p>	<p>Auto cuidado.</p> <p>3.16 Modales en la mesa.</p> <p>3.17 Lavarse y peinarse.</p> <p>3.18 Vestirse.</p> <p>3.19 Cuidado de sus cosas personales.</p> <p>3.20 Iniciativa para el auto cuidado.</p> <p>Autonomía comunitaria.</p> <p>3.21 Utilización de recursos comunitarios.</p> <p>3.22 Conducta diaria del paciente (sobre la semana en observación).</p> <p>3.23 Consumo de sustancias toxicas</p> <p>3.24 Sustancia toxica que desea dejar de consumir</p> <p>3.25 ¿Ha sido agredido en el pabellón de agudos durante su estancia.</p> <p>3.26 ¿Por quién fue agredido?</p> <p>3.27 Conocimientos de sus derechos por padecer un trastorno o enfermedad mental?</p> <p>3.28 ¿Donde conoció esta información?</p> <p>3.29 Sabe que padece de un trastorno o enfermedad mental?</p> <p>3.30 ¿Para usted es</p>			
--	--	--	--	--	--	--

			<p>un obstáculo para desarrollarse como persona?</p> <p>3.31 ¿Considera que las actividades grupales le han ayudado para Prevenir las agresiones?</p> <p>3.32¿Qué tipo de agresiones son prevenibles según el paciente?</p> <p>3.33 Cambios en su conducta partir de las dinámicas grupales ?</p>			
--	--	--	---	--	--	--

Clasificación de las variables:

Objetivo -1

Describir características socio demográficas:

Edad, procedencia, escolaridad

Objetivo- 2

Identificar diagnostico del trastorno o enfermedad mental, tiempo de estancia y frecuencia de ingresos.

Estancia hospitalaria menor de 7 días – mayor de 120 días

Frecuencia de ingresos. Primer ingreso, segundo ingreso , múltiples ingresos.

Diagnósticos de los pacientes según se encuentren en los expediente clínicos.

Objetivo -3

Determinar cambios conductuales de los pacientes posterior a la aplicación de la técnica de satisfacción y eficacia según la clasificación de López – Yarto

Técnicas de satisfacción: para lograr la satisfacción y el equilibrio grupal:

Su variable o dimensiones.
Técnicas de satisfacción.

Variables operativas o indicadores

En la actividad social.

1. **Relaciones con los compañeros de la unidad.**
2. **Relaciones con otros fuera de la unidad.**
3. **Actividades de tiempo libre.**
4. **Nivel de actividad.**
5. **Capacidad para hablar.**
6. **Capacidad para iniciar conversaciones.**
7. **Sensatez del discurso.**
8. **Claridad del habla.**

Las Técnicas de eficacia: promovieron la estructuración, la organización, la toma de decisiones y realización de actividades para el cumplimiento de objetivos.

Con los pacientes en estudio, en el ámbito rehabilitador básico las actividades que se programaron para el cumplimiento de dichos objetivos fueron: grupo “buenos días”, televisión, programa de auto cuidado, programa de educación sanitaria, espacio cultural, actividades de la vida cotidiana, actividad física, actividades de ocio y tiempo libre, ámbito rehabilitador especializado y aspectos psicoterapéuticos.

Su variable o dimensiones
Técnicas de eficacia

En el problema conducta

1. Incontinencia (urinaria y fecal).
2. Heteroagresividad (actos violentos deliberados).
3. Auto agresividad.
4. Exhibicionismo.
5. Fugas.
6. Agresión verbal.
7. Soliloquios.

El auto cuidado.

1. Modales en la mesa.
2. Lavarse y peinarse.
3. Vestirse.
4. Cuidado de sus cosas personales.
5. Iniciativa para el auto cuidado.

En la autonomía comunitaria.

1. Utilización de recursos comunitarios.
2. ¿La Conducta diaria del paciente? (en la semana de observación).
3. Vivir sin consumo de sustancias toxicas.
4. Sustancia toxica que desea dejar de consumir
5. ¿Ha sido agredido en el pabellón de agudos durante su estancia.
6. ¿Por quién fue agredido?
7. Conocimientos de sus derechos por padecer un trastorno o enfermedad mental?
8. ¿Donde conoció esta información?
9. ¿Sabe que padece de un trastorno o enfermedad mental?
10. ¿Para usted es un obstáculo para desarrollarse como persona?
11. ¿Considera que las actividades grupales le han ayudado para Prevenir las agresiones?
12. ¿Qué tipo de agresiones son prevenibles según el paciente?
13. ¿Cambios en su conducta partir de las dinámicas grupales?

Operacionalización de variables

Variables	Concepto	Indicador	Escala
Edad	Número de años desde el nacimiento hasta la actualidad	Años indicados en el expediente clínico y expresados por el paciente al momento de la entrevista.	15 y menor de 25 años 25 y menor 35 años 35 y menor de 45 años

			45 y menor de 56 años
Procedencia	Lugar de donde viene referido o habita el paciente	Indicado en el expediente clínico y expresado por el paciente al momento de la entrevista	Rural urbana Semi urbana
Escolaridad	Nivel educativo alcanzado	Grado de estudio expresado por el paciente al momento de la entrevista y encontrado en el expediente clínico	Analfabeta Primaria Secundaria Universitario
Estancia hospitalaria	Días de internamiento en una unidad de salud	Número de días que el paciente permanece internado en la sala de agudo de varones	Menos de 7 días. 7 días a menos de 30 días. 30 días a menos de 60 días 60 días a menos de 90 días 90 días a menos de 120 días 120 días a mas días
Identificar diagnósticos de trastorno o enfermedad mental	Juicio clínico sobre el estado Psicofísico de una persona.	De acuerdo a la evaluación clínica realizada por el médico de base	Trastorno mental orgánico incluido los sintomáticos. Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas. Trastornos esquizofrénicos, Trastornos del

			humor, Trastornos de la personalidad.
Frecuencia de ingresos	ingresos por atención de su enfermedad mental en el HJDF	Numero de ingreso por atención de su enfermedad mental en el HJDF	Primera vez Segunda vez Múltiples ingresos
Incontinencia (Urinaria y fecal). Heteroagresividad (actos violentos deliberados). Auto agresividad. Exhibicionismo. Fugas. Agresión verbal. Soliloquios.	La técnica de eficacia: promueve la estructuración, la organización, la toma de decisiones y realización de actividades para el cumplimiento de objetivos.	Entrevista realizada a paciente, dinámicas de grupo, observación durante la realización de los grupos.	NO SI

<p>¿Cómo son las relaciones con los compañeros del pabellón?</p> <p>¿Cómo son las relaciones con otras personas fuera del pabellón?</p>	<p>Técnicas de satisfacción : Se utiliza para establecer y mejorar las relaciones además de llegar a conocerse y ayuda a asumir roles</p>	<p>Entrevista realizada a paciente, dinámicas de grupo, observación durante la realización de los grupos.</p>	<p>Muy Mala Mala Regular Buena Muy Buena</p>
<p>¿Actividades que acude el paciente en su tiempo libre?</p>	<p>Técnicas de satisfacción: Se utiliza para establecer y mejorar las relaciones además de llegar a conocerse y ayuda a asumir roles</p>	<p>Entrevista realizada a paciente, dinámicas de grupo, observación durante la realización de los grupos.</p>	<p>Unidad de adicción Actividad Religiosa Hospital de Día Ninguna</p>
<p>Capacidad para hablar</p> <p>Capacidad para iniciar conversaciones</p> <p>Claridad del habla</p> <p>Sensatez del discurso</p>	<p>Técnicas de satisfacción: Se utiliza para establecer y mejorar las relaciones además de llegar a conocerse y ayuda a asumir roles</p>	<p>Entrevista realizada a paciente, dinámicas de grupo, observación durante la realización de los grupos.</p>	<p>Muy mala Mala Regular Buena Muy buena</p>
<p>Modales en la mesa</p> <p>Lavarse las manos y bañarse</p> <p>Vestirse</p> <p>Cuidado de sus cosas personales</p> <p>Iniciativa para el auto cuidado</p> <p>Utilización de</p>	<p>La técnica de eficacia: promueve la estructuración, la organización, la toma de decisiones y realización de actividades para el cumplimiento de objetivos</p>	<p>Entrevista realizada a paciente, dinámicas de grupo, observación durante la realización de los grupos.</p>	<p>Muy mala Mala Regular Buena Muy buena</p>

recursos comunitarios			
¿Cómo fue la conducta diaria del paciente? (en la semana de observación)			
¿Considera el paciente que puede vivir sin consumir sustancias tóxicas?	La técnica de eficacia: promueve la estructuración, la organización, la toma de decisiones y realización de actividades para el cumplimiento de objetivos	Entrevista realizada a paciente, dinámicas de grupo, observación durante la realización de los grupos.	NO SI
Sustancia tóxica que desea dejar de consumir	La técnica de eficacia: promueve la estructuración, la organización, la toma de decisiones y realización de actividades para el cumplimiento de objetivos	Entrevista realizada a paciente, dinámicas de grupo, observación durante la realización de los grupos.	Tabaco Crack Cocaína Marihuana Tolueno Alcohol
¿Ha sido agredido el paciente en su estancia de hospitalización?	La técnica de eficacia: promueve la estructuración, la organización, la toma de decisiones y realización de actividades para el cumplimiento de objetivos	Entrevista realizada a paciente, dinámicas de grupo, observación durante la realización de los grupos.	NO SI
Tipo de agresión	La técnica de eficacia: promueve la estructuración, la organización, la	Entrevista realizada a paciente, dinámicas de grupo, observación	Verbal Física Sexual

recibida por paciente	toma de decisiones y realización de actividades para el cumplimiento de objetivos	durante la realización de los grupos.	
¿Por quién fue agredido el paciente en su estancia de hospitalización?	La técnica de eficacia: promueve la estructuración, la organización, la toma de decisiones y realización de actividades para el cumplimiento de objetivos	Entrevista realizada a paciente, dinámicas de grupo, observación durante la realización de los grupos.	Enfermero Personal de limpieza Otro paciente
¿Conoce el paciente que padece un Trastorno o Enfermedad mental?	La técnica de eficacia: promueve la estructuración, la organización, la toma de decisiones y realización de actividades para el cumplimiento de objetivos	Entrevista realizada a paciente, dinámicas de grupo, observación durante la realización de los grupos.	NO SI
¿Según el paciente es una limitación padecer un trastorno o enfermedad mental? ¿Considera el paciente que las dinámicas grupales ayudan a prevenir las agresiones?	La técnica de eficacia: promueve la estructuración, la organización, la toma de decisiones y realización de actividades para el cumplimiento de objetivos	Entrevista realizada a paciente, dinámicas de grupo, observación durante la realización de los grupos.	NO SI

¿Qué tipo de agresiones son prevenibles según el paciente?	La técnica de eficacia: promueve la estructuración, la organización, la toma de decisiones y realización de actividades para el cumplimiento de objetivos	Entrevista realizada a paciente, dinámicas de grupo, observación durante la realización de los grupos.	Verbal Física Sexual Defunción
--	---	--	---

¿Conoce el paciente sus Derechos por padecer un trastorno o enfermedad mental?	La técnica de eficacia: promueve la estructuración, la organización, la toma de decisiones y realización de actividades para el cumplimiento de objetivos	Entrevista realizada a paciente, dinámicas de grupo, observación durante la realización de los grupos.	NO SI
¿Donde conoció el paciente de sus Derechos por padecer un trastorno o enfermedad metal?	La técnica de eficacia: promueve la estructuración, la organización, la toma de decisiones y realización de actividades para el cumplimiento de objetivos	Entrevista realizada a paciente, dinámicas de grupo, observación durante la realización de los grupos.	Hospitalizado Fuera del hospital
¿Expresa el paciente que han habido cambios en su conducta a partir que participa en las actividades grupales?	La técnica de eficacia: promueve la estructuración, la organización, la toma de decisiones y realización de actividades para el cumplimiento de objetivos	Entrevista realizada a paciente, dinámicas de grupo, observación durante la realización de los grupos.	Ayuda a los demás Participa en vigilancia Orden del pabellón Protege a los demás Limpieza del pabellón Ninguna

8 RESULTADOS

Las características socio demográficas según: Edad en años del paciente correspondió al grupo etario de mayor relevancia fue 25 y menor 35 años con una Frecuencia de 20, con un Porcentaje de 33.3% y el menos relevante correspondió al grupo etario de 45 y menor de 56 años, con una Frecuencia de 9, con un Porcentaje de 15%.Tabla 1.

La Procedencia del paciente mas predominante fue la urbana con Frecuencia 30 Porcentaje 50.0% y menos relevante fue la procedencia rural con una Frecuencia de 10, con un Porcentaje 16.7%.Tabla 2.

El Nivel de escolaridad del paciente mas relevante es la Primaria con una Frecuencia de 23, con un Porcentaje 38.3% y la menos relevante correspondió a la Universitaria con una Frecuencia de 2, con un Porcentaje 3.3%. Tabla 3.

El Tiempo de estancia en días, correspondió al de mayor relevancia de 30 días a menos 60 días con una Frecuencia 19, con un Porcentaje 31.7%,y el de menor relevancia fue de 90 días a menos de 120 días con una Frecuencia de 2,con un Porcentaje 3.3% Tabla 4.

La Frecuencia de ingreso mas relevante correspondió a la categoría Primera vez con una Frecuencia de 24 y con Porcentaje de 40.0%. La frecuencia menos relevante correspondió a la categoría de segunda vez, con una Frecuencia de 13 y con un Porcentaje de 21.7%. Tabla 5.

La frecuencia de mayor prevalencia de Diagnostico según el CIE-10 correspondió al TRASTORNO MENTAL ORGANICO INCLUIDOS LOS SINTOMATICOS con una Frecuencia 19 y un Porcentaje de 31.7%; y de igual forma correspondió a ESQUIZOFRENIA, Trastorno ESQUIZOTIPICO Y Trastorno DE IDEAS DELIRANTES con una Frecuencia 19 y un Porcentaje 31.7%.

La frecuencia de menor prevalencia de diagnostico fue Trastorno DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEL ADULTO con una Frecuencia 3 y un Porcentaje 5.0% Tabla 6.

En la educación sanitaria en el cuidado de salud y promoción de conductas apropiadas: No se orinaba y/o defecaba fuera del servicio sanitario resulto una Frecuencia 37, con un Porcentaje de 61.7%, y los que se orinaba y/o defecaba fuera del servicio sanitario resulto una Frecuencia 23, con un Porcentaje de 38.3%. Tabla 7.

La frecuencia de los pacientes que no presentaron actos violentos deliberados (Hetero agresividad) fue 34, con un Porcentaje 56.7% y de los que presentaron actos violentos deliberados fue 26, con un Porcentaje 43.3%. Tabla 8.

La frecuencia de los pacientes que no se auto agredían fue de 53, con un Porcentaje 88.3% y de los pacientes que si se auto agredían tuvieron una Frecuencia 7, con un Porcentaje 11.7%. Tabla 9.

La prevalencia relevante de los pacientes que le no gustaba estar desnudo (Exhibicionismo), Presentaban una Frecuencia 54, con un Porcentaje 90.0% y La prevalencia de los pacientes que si gustaba estar desnudo fue 6, con un Porcentaje 10.0% Tabla 10.

La prevalencia de los que se han escapado del hospital fue de una frecuencia 3, con un Porcentaje 5.0% y de los pacientes que no han escapado fue de una frecuencia 57, con un Porcentaje 95.0%. Tabla 11.

La prevalencia de los que no agreden verbalmente fue de una frecuencia 50, con un Porcentaje 83.3% y la prevalencia de los que agreden verbalmente fue de una frecuencia 10, con un Porcentaje 16.7%. Tabla 12.

La frecuencia de los pacientes que no Habla solo (Soliloquios) fue de una frecuencia 46, con un Porcentaje 76.7% y La frecuencia de los pacientes que Hablan solo fue de una frecuencia 15, con un Porcentaje 23.3%. Tabla 13.

En relación a la actividad social: las relaciones con los compañeros del pabellón. Se encontró la prevalencia de mas relevante fue Regular de una frecuencia 28, con un Porcentaje 46.7% y la prevalencia de menos relevante fue Buena de un frecuencia 4, con un Porcentaje 6.7%.Tabla 14.

Las relaciones con otras personas fuera del pabellón la prevalencia más relevante fue Regular de una frecuencia 28, con un Porcentaje 46.7% y la prevalencia de menos relevante fue Buena de un frecuencia 4, con un Porcentaje 6.7%. Tabla 15.

En relación con las actividades que acude el paciente en su tiempo libre la prevalencia más relevante fue los que acuden a unidad de adicción de una Frecuencia 27, con un Porcentaje 45.0% y la prevalencia de menos relevante fue los que acuden a hospital de día en una frecuencia 4, con un Porcentaje 6.7%. Tabla 16.

El Nivel de actividad “El que habla ayuda al grupo”: La capacidad para hablar la prevalencia más relevante fue regular de una Frecuencia 23, con un Porcentaje 38.3% y la prevalencia de menos relevante fue muy buena de una Frecuencia 2, con un Porcentaje 3.3%. Tabla 17.

La Capacidad para iniciar conversaciones la prevalencia más relevante fue regular de una Frecuencia 23, con un Porcentaje 38.3% y la prevalencia de menos relevante fue muy buena de una Frecuencia 2, con un Porcentaje 3.3%. Tabla 18.

La sensatez del discurso la prevalencia más relevante fue regular de una Frecuencia 23, con un Porcentaje 38.3% y la prevalencia de menos relevante fue muy buena de una Frecuencia 1, con un Porcentaje 1.7%. Tabla 19.

La claridad del habla la prevalencia más relevante fue regular de una Frecuencia 21, con un Porcentaje 35.0% y la prevalencia de menos relevante fue muy buena de una Frecuencia 1, con un Porcentaje 1,7%. Tabla 20.

En el auto cuidado personal: Los modales en la mesa del comedor la prevalencia más relevante fue regular de una Frecuencia 19, con un Porcentaje 31.7% y la prevalencia de menos relevante fue muy buena de una Frecuencia 3, con un Porcentaje 5.0%. Tabla 21.

En lavarse las manos y bañarse la prevalencia más relevante fue buena de una Frecuencia 23, con un Porcentaje 38.3% y la prevalencia de menos relevante fue muy buena de una Frecuencia 3, con un Porcentaje 5.0%. Tabla 22.

En vestirse la prevalencia más relevante fue regular de una Frecuencia 22, con un Porcentaje 36.7% y la prevalencia de menos relevante fue muy buena de una Frecuencia 2, con un Porcentaje 3.3%. Tabla 23.

En cuidado de sus cosas personales la prevalencia más relevante fue buena de una Frecuencia 23, con un Porcentaje 38.3% y la prevalencia de menos relevante fue muy buena de una Frecuencia 3, con un Porcentaje 5.0%. Tabla 24.

En iniciativa para el auto cuidado la prevalencia más relevante fue buena de una Frecuencia 19, con un Porcentaje 31.7% y la prevalencia de menos relevante fue muy buena de una Frecuencia 6, con un Porcentaje 10.0%. Tabla 25.

En la autonomía comunitaria: En la utilización de recursos comunitarios la prevalencia más relevante fue buena de una Frecuencia 19, con un Porcentaje 31.7% y la prevalencia de menos relevante fue muy buena de una Frecuencia 3, con un Porcentaje 5.0%. Tabla 26.

La conducta diaria del paciente en la semana de observación la prevalencia más relevante fue buena de una Frecuencia 25, con un Porcentaje 41.7% y la prevalencia de menos relevante fue mala de una Frecuencia 5, con un Porcentaje 8.3%. Tabla 27.

El paciente considera que puede vivir sin consumir sustancias toxicas la prevalencia más relevante fue de una Frecuencia 41, con un Porcentaje 68.3% y la prevalencia de menos relevante fue en la que el paciente considera que NO

puede vivir sin consumir sustancias tóxicas de una Frecuencia 19, con un Porcentaje 31.7%. Tabla 28.

La sustancia tóxica que el paciente desea dejar de consumir: la prevalencia más relevante fue de alcohol de una frecuencia 19, con un Porcentaje 31.7% y la prevalencia de menos relevante fue tolueno de una Frecuencia 5, con un Porcentaje 8.3%. Tabla 29.

En relación si el paciente ha sido agredido en su estancia de hospitalización la prevalencia más relevante fue afirmativa de una Frecuencia 60, con un Porcentaje 100%. Tabla 30.

El tipo de agresión realizada al paciente la prevalencia más relevante fue física de una Frecuencia 38, con un Porcentaje 63.3% y la prevalencia de menos relevante fue verbal de una Frecuencia 10, con un Porcentaje 16.7%. Tabla 31.

En relación a quien agredió al paciente en su estancia de hospitalización la prevalencia más relevante fue otro paciente de una Frecuencia 46, con un Porcentaje 76.7% y la prevalencia de menos relevante fue personal de limpieza de una Frecuencia 2, con un Porcentaje 3.3%. Tabla 32.

En relación si conoce el paciente que padece un trastorno o enfermedad mental la prevalencia más relevante fue afirmativa de una Frecuencia 40, con un Porcentaje 66.7% y la prevalencia de menos relevante fue NO conoce de una Frecuencia 20, con un Porcentaje 33.3%. Tabla 33.

El paciente considero que NO es una limitación para desarrollarse como persona padecer un trastorno o enfermedad mental, fue la prevalencia más relevante de una Frecuencia 42, con un Porcentaje 70% y la prevalencia de menos relevante fue SI de una Frecuencia 18, con un Porcentaje 30%. Tabla 34.

El paciente considero que las dinámicas grupales ayudan a prevenir las agresiones la prevalencia más relevante fue Si de una Frecuencia 45, con un

Porcentaje 75.0% y la prevalencia de menos relevante fue NO de una Frecuencia 15, con un Porcentaje 25%. Tabla 35.

El tipo de agresiones son prevenibles según el paciente por las dinámicas de grupo la prevalencia más relevante fue física de una Frecuencia 33, con un Porcentaje 55.0% y la prevalencia de menos relevante fue verbal de una Frecuencia 3, con un Porcentaje 5.0%. Tabla 36.

El paciente conoce sus Derechos por padecer un trastorno o enfermedad mental la prevalencia más relevante fue afirmativa de una Frecuencia 43, con un Porcentaje 71.7% y la prevalencia de menos relevante fue NO de una Frecuencia 17, con un Porcentaje 28.3%. Tabla 37.

El lugar en que conoció el paciente de sus Derechos por padecer un trastorno o enfermedad mental la prevalencia más relevante fue Hospital de una frecuencia 45, con un Porcentaje 75% y la prevalencia de menos relevante fue fuera del Hospital de una Frecuencia 15, con un Porcentaje 15%. Tabla 38.

El paciente expresa que han habido cambios en su conducta a partir de las actividades grupales la prevalencia más relevante fue ayuda a los demás de una frecuencia 19, con un Porcentaje 31.7% y la prevalencia de menos relevante fueron participa en vigilancia, orden del pabellón de una Frecuencia 5, con un Porcentaje 8%.3. Tabla 39.

9 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Las características socio demográficas de los pacientes que recibieron dinámicas grupales según:

La edad en años del paciente que correspondió al grupo etario de mayor relevancia fue de 25 y menor 35 años.

La procedencia la urbana del paciente fue la más predominante con un nivel de escolaridad Primaria.

El Tiempo de estancia en días fue de 30 días a menos 60 días, correspondió al de mayor relevancia y con una frecuencia de ingreso de hospitalización más relevante que correspondió a la categoría Primera vez.

La frecuencia de mayor prevalencia de Diagnostico según el CIE-10 correspondió al TRASTORNO MENTAL ORGANICO INCLUIDOS LOS SINTOMATICOS y de igual forma correspondió a ESQUIZOFRENIA, Trastorno ESQUIZOTIPICO Y Trastorno DE IDEAS DELIRANTES los datos obtenidos anteriormente corresponden a la literatura de pacientes agudos hospitalizados.(9.10)

En nuestro estudio de antes de recibir las dinámicas grupales el paciente había sido agredido en su estancia de hospitalización en un Porcentaje 100% de los casos.

El tipo de agresión realizada al paciente la prevalencia más relevante fue física con un Porcentaje 63.3%.

La persona que agredió al paciente en su estancia de hospitalización la prevalencia más relevante fue otro paciente con un Porcentaje 76.7%.

Estos sucesos que ocurrían casi a diario en el pabellón de agudos de varones, del hospital docente de atención psicosocial; hizo surgir la necesidad de buscar una alternativa efectiva para salvar la vida y los derechos humanos del paciente ingresado.

Por lo que al aplicar las dinámicas grupales, según la clasificación Lopez-Yarto, en *pacientes del pabellón de agudos de varones* y utilizar los programas de Grupo

“Buenos Días”, televisión, Programa de auto cuidado, Espacio cultural, Actividades de la vida cotidiana y Actividad física.

Se observó que: Los pacientes ya no se auto agredían con un Porcentaje 88.3%.

Los pacientes no se habían escapado del hospital se obtuvo un Porcentaje 95.0%.

La frecuencia de los pacientes que no Hablaban solos fue de un Porcentaje 76.7%.

Con el seguimiento de conductas observables pudimos medir el resultado en las Dinámicas grupales en los Problemas de Conducta y la Actividad Social, *en pacientes del pabellón de agudos de varones, del Hospital Docente de Atención Psicosocial.*

Y se utilizó el programa de Educación Sanitaria en el cuidado de salud y promoción de conductas apropiadas:

Obteniendo como resultado en que los pacientes que no se orinaba y/o defecaba fuera del servicio sanitario resultó con un Porcentaje de 61.7%.

Los pacientes que ya no presentaban actos violentos deliberados (He tero agresividad) fue un Porcentaje 56.7%.

Los pacientes que no les gustaba estar desnudo (Exhibicionismo) en el pabellón, fue un Porcentaje 90.0%.

Los pacientes que no agredían verbalmente fue de un Porcentaje 83.3%.

En relación a la actividad social: las relaciones con los compañeros del pabellón y Las relaciones con otras personas fuera del pabellón la prevalencia más relevante fue Regular con un Porcentaje 46.7%.

El Nivel de actividad “El que habla ayuda al grupo”: La capacidad que tenían para hablar, para iniciar conversaciones y en la sensatez del discurso en nuestros pacientes, la prevalencia más relevante fue regular con un Porcentaje 38.3%.

En la claridad del habla que tenían los pacientes, la prevalencia más relevante fue regular con un Porcentaje 35.0%.

Lo que queda demostrado que con las dinámicas *grupales facilitaron en el paciente el desarrollo* en su capacidad de expresión, motivación, cambios de actitud, posibilidades de acción, les permitió escuchar y ser escuchado, asumieron responsabilidades y se comprometieron con una tarea específica. (9,10,16)

Con el seguimiento de conductas observables pudimos medir el resultado en las Dinámicas grupales: Auto cuidado, Autonomía comunitaria *de los pacientes del pabellón de agudos de varones, del Hospital Docente de Atención Psicosocial*. Se observaba al paciente en su entorno.

En el que se valoro el auto cuidado personal: Los modales en la mesa del comedor la prevalencia más relevante fue regular con un Porcentaje 31.7%.

En lavarse las manos y bañarse la prevalencia más relevante fue buena con un Porcentaje 38.3%.

En vestirse la prevalencia más relevante fue regular con un Porcentaje 36.7%.

En cuidado de sus cosas personales la prevalencia más relevante fue buena con un Porcentaje 38.3%.

En iniciativa para el auto cuidado la prevalencia más relevante fue buena con un Porcentaje 31.7%.

Se observaba al paciente si utilizaba, cuidaba y no destruía los bienes de la institución, si dormía en su cama y si usaba los servicios sanitarios.

En la autonomía comunitaria: En la utilización de recursos comunitarios la prevalencia más relevante fue buena con un Porcentaje 31.7%.

Con los resultados obtenidos se evidencia que el grupo en estudio logro un aprendizaje interpersonal, donde los pacientes pasaron por un proceso en el cual, los comportamientos formales que inicialmente los mismos pacientes manifestaban unos en relación con los otros, se fueron tornando en comportamientos espontáneos, íntimos, verdaderos, no formales, los pacientes llegaron a sentirse auténticos en su trato con los otros pacientes. Lo que concuerda con la literatura consultada.(9,10.16)

El resultado de implementar dinámicas grupales *en pacientes del pabellón de agudos de varones*, con los Programas: *Ámbito rehabilitador especializado*, Aspectos psicoterapéuticos y Aspectos socio familiares y laborales fue así:

La conducta diaria del paciente en la semana de observación la prevalencia más relevante fue buena con un Porcentaje 41.7%.

Con el programa de ocio y tiempo libre se pudo determinar: En relación con las actividades que acudió el paciente en su tiempo libre la prevalencia más relevante fue los que acudieron a unidad de adicción con un Porcentaje 45%

El paciente considero que puede vivir sin consumir sustancias toxicas, la prevalencia más relevante fue de un Porcentaje 68.3%.

La sustancia toxica que el paciente deseo dejar de consumir: la prevalencia más relevante fue de alcohol con un Porcentaje 31.7%.

En relación si conoció el paciente que padece un trastorno o enfermedad mental la prevalencia más relevante fue "SI" con un Porcentaje 66.7%.

En relación si el paciente considero que era una limitación para desarrollarse como persona por padecer un trastorno o enfermedad mental la prevalencia más relevante fue “NO” con un Porcentaje 70%.

Lo que concuerda con la literatura consultada o que las dinámicas de grupo facilito a sus integrantes el logro de una universalidad en cuanto a la apreciación de los problemas comunes, lo cual contribuyeron a que los pacientes estén menos centrados en sí mismos y dejen de verse como “victimas de su destino”.(9,10,16)

El paciente considero que las dinámicas grupales ayudan a prevenir las agresiones la prevalencia más relevante fue “SI” con un Porcentaje 75.0%.

El tipo de agresiones que fueron prevenibles según el paciente por las dinámicas de grupo la prevalencia más relevante fue física con un Porcentaje 46.7%.

El paciente conoció sus Derechos por padecer un trastorno o enfermedad mental la prevalencia más relevante fue “SI” con un Porcentaje 71.7%.

El lugar donde conoció el paciente de sus Derechos por padecer un trastorno o enfermedad mental la prevalencia más relevante fue Hospital con un Porcentaje 75%.

Con las dinámicas grupo, el paciente acrecentó su capacidad para enfrentar y resolver problemas; así, también logro la comprensión y una mayor sensibilidad hacia los comportamientos y actividades propias y de los demás integrantes. Lo que concuerda con la literatura consultada.(9,10,16)

El paciente expreso que han habido cambios en su conducta a partir de las actividades grupales la prevalencia más relevante fue “AYUDAR A LOS DEMÁS”.

Lo más trascendental de las dinámicas grupales empleadas en nuestro estudio fue la vivencia de vinculación a la experiencia de ayudar y ser ayudado.

Los datos obtenidos en nuestro estudio concuerdan con la literatura consultada.
(9,1016) La dinámica de grupo dio la pauta para el intercambio de experiencias del paciente ampliando la red de apoyo social al paciente.
Los pacientes tuvieron la posibilidad de ensayar nuevos comportamientos.

10 CONCLUSIONES

Se aplicaron las dinámicas grupales, según la clasificación Lopez-Yarto, *en pacientes del pabellón de agudos de varones, del Hospital Docente de Atención Psicosocial; de agosto a diciembre del año dos mil doce.*

Las Técnicas de satisfacción: Se utilizó para lograr la satisfacción y el equilibrio grupal.

Con el propósito de conocerse: se realizó al inicio de las dinámicas, mejoró el conocimiento entre los miembros del grupo, nos sirvió para presentarnos.

Fue posible establecer y mejorar las relaciones del grupo. Sirvieron para mejorar la comunicación, para que fuera eficaz y les ayudó a los pacientes a asumir roles.

Las Técnicas de eficacia: promovieron la estructuración, la organización, la toma de decisiones y realización de actividades para el cumplimiento de objetivos.

Con los pacientes en estudio, en el ámbito rehabilitador básico las actividades que se programaron para el cumplimiento de dichos objetivos fueron: grupo “buenos días”, televisión, programa de auto cuidado, programa de educación sanitaria, espacio cultural, actividades de la vida cotidiana, actividad física, actividades de ocio y tiempo libre, ámbito rehabilitador especializado y aspectos psicoterapéuticos.

Al aplicarse las Dinámicas Grupales se observaron: Cambios conductuales en beneficio a nuestros pacientes que participaron en nuestro estudio.

Los sucesos que ocurrían casi a diario: Agresiones verbales, Físicas, Sexuales y Defunciones, Disminuyeron las dos primeras; las agresiones Sexuales y Defunciones no presentaron durante su aplicación.

Los pacientes adquirieron conocimientos de sus Derechos de Ley.

Los pacientes adquirieron una filosofía de su existencia; aprendiendo nuevas formas de vida, pudiendo vivir sin consumir sustancias tóxicas.

Aprendieron a vivir con su trastorno o enfermedad mental para integración laboral, social y recuperación de su familia.

11 RECOMENDACIONES

Las Dinámicas Grupales en la Sala de Agudos de varones *del Hospital Docente de Atención Psico Social*, deben implementarse para:

Prevenir agresiones verbales, físicas, sexuales y defunciones, durante su estancia hospitalaria.

Salva guardar la vida y los derechos humanos del paciente ingresado.

Que los pacientes tengan conocimientos de sus Derechos de Ley.

Aprendan una filosofía de su existencia; aprendiendo nuevas formas de vida y, que el paciente puedan vivir sin sustancias toxicas.

Aprendan a vivir con su trastorno o enfermedad mental para integración laboral, social y recuperación de su familia.

Brindar una atención integral en salud mental a los pacientes agudos.

12BIBLIOGRAFÍA

- 1.- ANDALUCÍA, Junta de (1988): *Técnicas de animación y trabajo en grupo*. Consejería de Educación. Monografías de E. A. nº 3. Sevilla.
- 2.- ANDREOLA, B. S. (1984): *Dinámica de Grupo*. Editorial Sal Terrae. Santander.
- 3.- AROIAN, K.; PRATER, M., "Transition Entry Groups: Easing New Patients' Adjustment to Psychiatric Hospitalization", *Hosp. Community Psychiatry*. 1988, 39, 3, pp. 312-313.
- 4.- BERMUDEZ, W., Tomado de los apuntes del Rehabilitador Will Bermúdez.
- 5.- CIE 10. TRASTORNO MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO. DESCRIPCIONES CLINICAS Y PAUTAS PARA EL DIAGNOSTICO. Editorial MEDITOR. Organización Mundial de la Salud. (1992)
- 6.- FRANCIA, A. y MATA, J. (1992): *Dinámica y técnicas de grupos*. Editorial Humanitas. Buenos Aires.
- 7.- FRANCIA, A. (1983): *Dinámica de grupos*. Central C. Salesiana. Madrid.
- 8.- HISTORIA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO, BOLETIN INFORMATIVO DOCENTE, HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NACIONAL, OCTUBRE DE 1998.
- 9.- KAPLAN, H. I., SADOCK, B. J. Y GREBB, J. A. (1996). Sinopsis de psiquiatría, Editorial medica panamericana. s. a. 32.3/ Psicoterapia de grupo, combinación de psicoterapia individual y de grupo, y psicodrama, pp858, 860, 861
- 10.- KAPLAN, H. I. Y SADOCK, B. J. (1996). Terapia de grupo. Editorial médica panamericana. s. a. AREA E.2 TERAPIA DE GRUPO CON PACIENTES INGRESADOS pp667
- 11.- KIBEL H.D.: a conceptual model for – term inpatient group psychotherapy. *Am J Psychiatry* 138. 74, 1981.
- 12.- LAZELL E.W., The group treatment of dementia praecox, *Psychoanal Rev* 8:168, 1921.
- 13.- LEY Nº 630.
LA LEY DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES. Leyes de Nicaragua, C.S.J.

- 14.- LEY N° 763. LEY DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Leyes de Nicaragua, CSJ.
- 15.- LEY N° 727. LEY PARA EL CONTROL DEL TABACO. Leyes de Nicaragua, C.S.J.
- 16.- LÓPEZ-YARTO ELIZALDE, L. (1997): *Dinámica de Grupos. Cincuenta años después*. Colección 'Crecimiento Personal' n° 11. ISBN: 84-330-1199-5. Editorial Desclée de Brouwer, s.a. Bilbao.
- 17.- LUFT, J. (1978): *Introducción a la dinámica de grupos*. Herder. Barcelona.
- 18.- MARTÍNEZ, J. M., "El miedo, las proyecciones paranoides y la violencia en los grupos de pacientes en crisis", *Boletín de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo*, 2001, IV, 19, pp. 89-102.
- 19.-MARSH, L.C., Group of treatment by the psychological equivalent of the revival. *Ment Hygiene* 15: 328, 1931.
- 20.- MEDAURA, J. O. y otra (1987): *Técnicas grupales y aprendizaje afectivo hacia un cambio de actitudes*. Editorial Humanitas. Buenos Aires.
- 21.- PEDROZA PACHECO.M., Promoviendo un Enfoque Sistémico de los Métodos de Investigación Grupo Focal. Tomado de los apuntes de la Profesora Aura Violeta Sarraccini.
- 22.-POWDERMAKER F B, Frank J D: *Group Therapy: Studies Methodology of Research and Therapy*. Harvard University Press, Cambridge, 1952.
- 23.-WENDER L., The dynamics of the group and therapy and its application. *J Nerv Ment Dis* 84: 54, 1936.
- 24.-YALOM I.D.: *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, ed 1, Basic Book, New York, 1970.

13 ANEXOS

Tabla 1
Edad en años de pacientes que participaron en Dinámicas Grupales,
Sala de agudos Hospital José dolores Fletes Agosto-Diciembre 2012

Edad en años del paciente	Frecuencia	Porcentaje
15 y menor de 25 años	16	26.7
25 y menor 35 años	20	33.3
35 y menor de 45 años	15	25.0
45 y menor de 56 años	9	15.0
Total	60	100.0

Tabla 2
Procedencia de pacientes que participaron en Dinámicas Grupales,
Sala de agudos Hospital José dolores Fletes Agosto-Diciembre 2012

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	10	16.7
urbana	30	50.0
Semi urbana	20	33.3
Total	60	100.0

Tabla 3
Escolaridad de pacientes que participaron en Dinámicas Grupales,
Sala de agudos Hospital José dolores Fletes Agosto-Diciembre 2012

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeto	17	28.4
Primaria	23	38.3
Secundaria	18	30.0
Universitaria	2	3.3
Total	60	100.0

Tabla 4

Estancia hospitalaria de pacientes que participaron en Dinámicas Grupales,
Sala de agudos Hospital José dolores Fletes Agosto-Diciembre 2012

Estancia hospitalaria	Frecuencia	Porcentaje
menos de 7 días	4	6.7
7 días a menos de 30 días	15	25.0
30 días a menos 60 días	19	31.7
60 días a menos de 90 días	13	21.7
90 días a menos de 120 días	2	3.3
120 días a mas días	7	11.7
Total	60	100.0

Tabla 5

Frecuencia de ingreso de pacientes que participaron en Dinámicas Grupales,
Sala de agudos Hospital José dolores Fletes Agosto-Diciembre 2012

Frecuencia de ingreso	Frecuencia	Porcentaje
Primera vez	24	40.0
Segunda vez	13	21.7
Múltiples Ingresos	23	38.3
Total	60	100.0

Tabla 6

Diagnostico de los pacientes que participaron en Dinámicas Grupales,
Sala de agudos Hospital José dolores Fletes Agosto-Diciembre 2012

Diagnostico de los pacientes	Frecuencia	Porcentaje

T. MENTAL ORGANICO INCLUIDOS LOS SINTOMATICOS	19	31.7
T.MENTALY DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPICAS	11	18.3
ESQUIZOFRENIA, T. ESQUIZOTIPICO Y T. DE IDEAS DELIRANTES	19	31.7
T. DEL HUMOR (AFECTIVOS)	8	13.3
T. DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEL ADULTO.	3	5.0
Total	60	100.0

Tabla 7

Se orina y/o defeca fuera del servicio sanitario de los paciente que participaron en Dinámicas Grupales, Sala de agudos Hospital José dolores Fletes Agosto-Diciembre 2012

Se orina y/o defeca fuera Del servicio sanitario	Frecuencia	Porcentaje
No	37	61.7
Si	23	38.3
Total	60	100.0

Tabla 8
Heteroagresividad de pacientes que participaron en Dinámicas Grupales, Sala de agudos Hospital José dolores Fletes Agosto-diciembre 2012

Tiene actos violentos deliberados (Heteroagresividad)	Frecuencia	Porcentaje
No	34	56.7
Si	26	43.3
Total	60	100.0

Tabla 9
Auto agresión de pacientes que participaron en Dinámicas Grupales, Sala de agudos Hospital José dolores Fletes Agosto-diciembre 2012

Se auto agrede	Frecuencia	Porcentaje
No	53	88.3
Si	7	11.7
Total	60	100.0

Tabla 10
Exhibicionismo del paciente que participaron en Dinámicas Grupales, Sala de agudos Hospital José dolores Fletes Agosto-diciembre 2012

Le gusta estar desnudo (Exhibicionismo)	Frecuencia	Porcentaje
No	54	90.0
Si	6	10.0
Total	60	100.0

Tabla 11
Fugas de pacientes que participaron en Dinámicas Grupales,
Sala de agudos Hospital José Dolores Fletes Agosto-diciembre
2012

Se ha escapa del hospital (Fugas)	Frecuencia	Porcentaje
No	57	95.0
Si	3	5.0
Total	60	100.0

Tabla 12
Agresión verbal de pacientes que participaron en Dinámicas Grupales,
Sala de agudos Hospital José Dolores Fletes Agosto-diciembre 2012

Agrede verbalmente	Frecuencia	Porcentaje
No	50	83.3
Si	10	16.7
Total	60	100.0

Tabla 13
Soliloquios de pacientes que participaron en Dinámicas Grupales,
Sala de agudos Hospital José Dolores Fletes Agosto-diciembre 2012

Habla solo (Soliloquios)	Frecuencia	Porcentaje
No	46	76.7
Si	14	23.3
Total	60	100.0

Tabla 14

Relaciones con los compañeros del pabellón de pacientes que participaron en Dinámicas Grupales, Sala de agudos Hospital José Dolores Fletes Agosto-diciembre 2012

¿Cómo son las relaciones con los compañeros del pabellón?	Frecuencia	Porcentaje
Muy Mala	13	21.7
Mala	10	16.7
Regular	28	46.7
Buena	4	6.7
Muy Buena	5	8.3
Total	60	100.0

Tabla 15

Relaciones con otras personas fuera del pabellón de pacientes que participaron en Dinámicas Grupales, Sala de agudos Hospital José Dolores Fletes Agosto-diciembre 2012

¿Cómo son las relaciones con otras personas fuera del pabellón?	Frecuencia	Porcentaje
Muy Mala	13	21.7
Mala	10	16.7
Regular	28	46.7
Buena	4	6.7
Muy Buena	5	8.3
Total	60	100.0

Tabla 16

Actividades que acude en su tiempo libre de pacientes que participaron en Dinámicas Grupales, Sala de agudos Hospital José Dolores Fletes Agosto-Diciembre 2012

¿Actividades que acude el paciente en su tiempo libre?	Frecuencia	Porcentaje
Acude a unidad de adicción	27	45.0
Actividad Religiosa	6	10.0
Hospital de Día	4	6.7
Ninguna	23	38.3
Total	60	100.0

Tabla 17

Capacidad para hablar de pacientes que participaron en Dinámicas Grupales, Sala de agudos Hospital José Dolores Fletes Agosto-Diciembre 2012

Capacidad para hablar	Frecuencia	Porcentaje
Muy mala	8	13.3
Mala	12	20.0
Regular	23	38.3
Buena	15	25.0
Muy buena	2	3.3
Total	60	100.0

Tabla 18

Capacidad para iniciar conversaciones de paciente que participaron en Dinámicas Grupales, Sala de agudos Hospital José Dolores Fletes Agosto-Diciembre 2012

Capacidad para iniciar conversaciones	Frecuencia	Porcentaje
Muy mala	8	13.3
Mala	14	23.3
Regular	23	38.3
Buena	13	21.7
Muy buena	2	3.3
Total	60	100.0

Tabla 19
Sensatez del discurso de pacientes que participaron en
Dinámicas Grupales, Sala de agudos Hospital José Dolores Fletes
Agosto-Diciembre 2012

Sensatez del discurso	Frecuencia	Porcentaje
Muy mala	9	15.0
Mala	17	28.3
Regular	23	38.3
Buena	10	16.7
Muy buena	1	1.7
Total	60	100.0

Tabla 20

Claridad del habla de pacientes que participaron en Dinámicas
Grupales, Sala de agudos Hospital José Dolores Fletes
Agosto-Diciembre 2012

Claridad del habla	Frecuencia	Porcentaje
Muy mala	13	21.7
Mala	15	25.0
Regular	21	35.0
Buena	10	16.7
Muy buena	1	1.7
Total	60	100.0

Tabla 21

Modales en la mesa de pacientes que participaron en Dinámicas
Grupales, Sala de agudos Hospital José Dolores Fletes
Agosto-Diciembre 2012

Modales en la mesa	Frecuencia	Porcentaje
Muy mala	8	13.3
Mala	14	23.3
Regular	19	31.7
Buena	16	26.7
Muy buena	3	5.0
Total	60	100.0

Tabla 22
Lavado de las manos y baño de pacientes que participaron en
Dinámicas Grupales, Sala de agudos Hospital José Dolores Fletes
Agosto-Diciembre 2012

Lavarse las manos y bañarse	Frecuencia	Porcentaje
Muy mala	4	6.7
Mala	12	20.0
Regular	18	30.0
Buena	23	38.3
Muy buena	3	5.0
Total	60	100.0

Tabla 23
Forma de vestirse de pacientes que participaron en Dinámicas
Grupales, Sala de agudos Hospital José Dolores Fletes
Agosto-Diciembre 2012

Vestirse	Frecuencia	Porcentaje
Muy mala	5	8.3
Mala	12	20.0
Regular	19	31.7
Buena	22	36.7
Muy buena	2	3.3
Total	60	100.0

Tabla 24
Cuidado de sus cosas personales de pacientes que participaron en
Dinámicas Grupales, Sala de agudos Hospital José Dolores Fletes
Agosto-Diciembre 2012

Cuidado de sus cosas personales	Frecuencia	Porcentaje
Muy mala	6	10.0
Mala	14	23.3
Regular	14	23.3
Buena	23	38.3
Muy buena	3	5.0
Total	60	100.0

Tabla 25
Iniciativa para el auto cuidado de pacientes que participaron en
Dinámicas Grupales, Sala de agudos Hospital José Dolores Fletes
Agosto-Diciembre 2012

Iniciativa para el auto cuidado	Frecuencia	Porcentaje
Muy mala	8	13.3
Mala	9	15.0
Regular	18	30.0
Buena	19	31.7
Muy buena	6	10.0
Total	60	100.0

Tabla 26
Utilización de recursos comunitarios de pacientes que
participaron en Dinámicas Grupales, Sala de agudos
Hospital José Dolores Fletes Agosto-Diciembre 2012

Utilización de recursos comunitarios	Frecuencia	Porcentaje
Muy mala	12	20.0
Mala	12	20.0
Regular	14	23.3
Buena	19	31.7
Muy buena	3	5.0
Total	60	100.0

Tabla 27
Conducta diaria del paciente(en la semana de observación) de los que
participaron en Dinámicas Grupales, Sala de agudos Hospital José Dolores Fletes
Agosto-Diciembre 2012

¿Cómo fue la conducta diaria del paciente? (en la semana de observación)	Frecuencia	Porcentaje
Muy mala	6	10.0
Mala	5	8.3
Regular	17	28.3
Buena	25	41.7
Muy buena	7	11.7

Total	60	100.0
-------	----	-------

Tabla 28

Considera el paciente que puede vivir sin consumir sustancias toxicas después de participar en Dinámicas Grupales, Sala de agudos Hospital José Dolores Fletes Agosto-Diciembre 2012

¿Considera el paciente que puede vivir sin consumir sustancias toxicas?	Frecuencia	Porcentaje
No	19	31.7
Si	41	68.3
Total	60	100.0

Tabla 29

Sustancia toxica que desea dejar de consumir después de participar en Dinámicas Grupales, Sala de agudos Hospital José Dolores Fletes Agosto-Diciembre 2012

Sustancia toxica que desea dejar de consumir	Frecuencia	Porcentaje
Tabaco	11	18.3
Crack	10	16.7
Cocaína	7	11.7
Marihuana	8	13.3
Tolueno	5	8.3
Alcohol	19	31.7
Total	60	100.0

Tabla 30

Agresión al paciente en su estancia de hospitalización antes de participar en Dinámicas Grupales, Sala de agudos Hospital José Dolores Fletes Agosto-Diciembre 2012

¿Ha sido agredido el paciente en su estancia de hospitalización?	Frecuencia	Porcentaje
Si	60	100
No	0	0
Total	60	100.0

Tabla 31

Tipo de agresión realizada al paciente del paciente antes de participar en Dinámicas Grupales, Sala de agudos Hospital José Dolores Fletes Agosto-Diciembre 2012

Tipo de agresión realizada al paciente	Frecuencia	Porcentaje
Verbal	10	16.7
Física	38	63.3
Sexual	12	20.0
Total	60	100.0

Tabla 32

¿Por quién fue agredido el paciente en su estancia de hospitalización? antes de participar en Dinámicas Grupales, Sala de agudos Hospital José Dolores Fletes, Agosto-Diciembre 2012

¿Por quién fue agredido el paciente en su estancia de hospitalización?	Frecuencia	Porcentaje
Enfermero	12	20.0
Personal de limpieza	2	3.3
Otro paciente	46	76.7
Total	60	100.0

Tabla 33

Conocimiento que padece un Trastorno o Enfermedad mental de pacientes que participaron en Dinámicas Grupales, Sala de agudos Hospital José Dolores Fletes Agosto-Diciembre 2012

¿Conoce el paciente que padece un Trastorno o Enfermedad mental?	Frecuencia	Porcentaje
No	20	33.3
Si	40	66.7
Total	60	100.0

Tabla 34

Según el paciente es una limitación padecer un trastorno o enfermedad mental después que participaron en Dinámicas Grupales, Sala de agudos Hospital José Dolores Fletes, Agosto-Diciembre 2012

Según el paciente es una limitación padecer un trastorno o enfermedad mental	Frecuencia	Porcentaje
No	42	70.0
Si	18	30.0
Total	60	100.0

Tabla 35

Pacientes que participaron en Dinámicas Grupales, Sala de agudos Hospital José Dolores Fletes Agosto-Diciembre 2012, consideran que las dinámicas grupales ayudan a prevenir las agresiones.

¿Considera el paciente que las dinámicas grupales ayudan a prevenir las agresiones?	Frecuencia	Porcentaje
No	15	25.0
Si	45	75.0
Total	60	100.0

Tabla 36

Tipo de agresiones son prevenibles según pacientes que participaron en Dinámicas Grupales, Sala de agudos Hospital José Dolores Fletes, Agosto-Diciembre 2012

¿Qué tipo de agresiones son prevenibles según el paciente?	Frecuencia	Porcentaje
Verbal	3	5.0
Física	33	55.0
Sexual	13	21.7
Defunción	11	18.3
Total	60	100.0

Tabla 37

Conocimiento de sus Derechos por padecer un trastorno o enfermedad mental de pacientes que participaron en Dinámicas Grupales, Sala de agudos Hospital José Dolores Fletes Agosto-Diciembre 2012

¿Conoce el paciente sus Derechos por padecer un trastorno o enfermedad mental?	Frecuencia	Porcentaje
No	17	28.3
Si	43	71.7
Total	60	100.0

Tabla 38

De los pacientes que participaron en Dinámicas Grupales, Sala de agudos Hospital José dolores Fletes Agosto-Diciembre 2012 ¿Donde conoció de sus Derechos por padecer un trastorno o enfermedad metal?

¿Donde conoció el paciente de sus Derechos por padecer un trastorno o enfermedad metal?	Frecuencia	Porcentaje
Hospitalizado	45	75.0
Fuera del hospital	15	25.0
Total	60	100.0

Tabla 39

Cambios de conducta del paciente que participaron en Dinámicas Grupales, Sala de agudos Hospital José Dolores Fletes Agosto-Diciembre 2012

¿Expresa el paciente que han habido cambios en su conducta a partir de las actividades grupales?	Frecuencia	Porcentaje
Ayuda a los demás	19	31.7
Participa en vigilancia	5	8.3
Orden del pabellón	5	8.3
Protege a los demás	7	11.7
Limpieza del pabellón	10	16.7
Ninguna	14	23.3
Total	60	100.0

Hospital Docente de Atención Psico Social “Dr. José Dolores Fletes Valle”



**DINAMICAS GRUPALES EN PACIENTES DE SALA DE AGUDOS DE VARONES
EN HOSPITAL DOCENTE DE ATENCION PSICO SOCIAL DURANTE
AGOSTO A DICIEMBRE DEL DOS MIL DOCE.**

Ficha de recolección de datos de la investigación.

Objetivo General.

EVALUAR LAS DINAMICAS GRUPALES EN PACIENTES DE SALA DE AGUDOS DE VARONES EN HOSPITAL DOCENTE DE ATENCION PSICO SOCIAL DURANTE AGOSTO A DICIEMBRE DEL DOS MIL DOCE.

Objetivos Específicos.

I-Describir las características socio demográficas según: edad, procedencia, nivel de escolaridad, de los integrantes que participan en las dinámicas grupales en el pabellón de agudos de varones, en Hospital Docente de Atención Psico Social; de agosto a diciembre del dos mil doce.

-Número de expediente ____ -Nombre _____

1.-Edad _____

2.-procedencia: rural _____ urbana _____ Semi urbana _____

3.- nivel de escolaridad: Analfabeta _____ Primaria _____ secundaria _____ Universitaria _____

II.-Identificar el diagnostico de trastorno o enfermedad mental, el tiempo de estancia y frecuencia de ingreso en un año, de los integrantes que participan en las dinámicas grupales en el pabellón de agudos de varones, del Hospital Docente de Atención Psico Social; de agosto a diciembre del año dos mil doce.

4.-Tiempo de estancia. Días _____

5.-Frecuencia de ingreso: primera vez _____ Segunda vez _____ Múltiples Ingresos _____

6.-Diagnostico: _____

III.-Determinar cambios conductuales de los pacientes posterior a la aplicación de la técnica de satisfacción y eficacia según la clasificación de López – Yarto, en el pabellón de agudos de varones, del Hospital Docente de Atención Psico Social; de agosto a diciembre del año dos mil doce.

Técnicas de satisfacción: se utilizaran para lograr la satisfacción y el equilibrio grupal.

Técnicas de eficacia: se utilizaran para promover la estructuración, la organización, la toma de decisiones y realización de actividades para el cumplimiento de objetivos.

Se observa al paciente desenvolviéndose en su entorno, se pregunta en forma privada, al personal de enfermería, líder de célula, jefe de escuadra y jefe de grupo sobre el comportamiento de paciente.

Problema de Conducta.

- 7.-Se orina y/o defeca fuera del servicio sanitario: Si _____ No _____
- 8.- Tiene actos violentos deliberados (He tero agresividad):Si _____ No _____.
- 9.- Se auto agrede: Si ___ No ___
- 10.- Le gusta estar desnudo (Exhibicionismo):Si ___ No ___.
- 11.- Sea escapado del hospital (Fugas):Si ___ No ___.
- 12.- Agrede verbalmente: Si ___ No ___
- 13.- Habla solo(Soliloquios):SI ___ No ___

Actividad social.

- 14.-¿Cómo son las relaciones con los compañeros del pabellón?
Muy buena:___ Buena:___ Regular:_____ Mala___ Muy Mala___
- 15.-¿Cómo son las relaciones con otras personas fuera del pabellón?
Muy buena___ Buena___ Regular_____ Mala___ Muy Mala___
- 16.-Que actividades de tiempo libre realiza?. Acude a UNIDAD DE ADICCION___ Actividad Religiosa___ Hospital de Día ___ Ninguna___

Al entrevistar al paciente se observa su lenguaje.

Nivel de actividad.

- 17.-Capacidad para hablar. Muy buena___ Buena _____ Regular_____ Mala___ Muy Mala___
- 18.-Capacidad para iniciar conversaciones. Muy buena___ Buena_____ Regular_____ Mala___ Muy Mala___
- 19.-Sensatez del discurso. Muy buena___ Buena_____ Regular_____ Mala___ Muy Mala___
- 20.-Claridad del habla. Muy buena___ Buena_____ Regular_____ Mala___ Muy Mala

Auto cuidado. Se observa al paciente en su entorno

- 21.-Modales en la mesa. Muy buena___ Buena_____ Regular_____ Mala___ Muy Mala___
- 22.-Lavarse las manos y bañarse. Muy buena___ Buena_____ Regular_____ Mala___ Muy Mala___
- 23.-Vestirse. Muy buena___ Buena_____ Regular_____ Mala___ Muy Mala_____
- 24.-Cuidado de sus cosas personales. Muy buena___ Buena_____ Regular_____ Mala___ Muy Mala___

25.-Iniciativa para el auto cuidado. Muy buena___ Buena____ Regular____ Mala___ Muy Mala___

Autonomía comunitaria

Se observa al paciente si utiliza cuida y no destruye los bienes de la institución, duerme en su cama, usa los servicios sanitarios

26.-Utilización de recursos comunitarios. Muy buena___ Buena____ Regular____ Mala___ Muy Mala___

27.-¿Cómo fue la conducta diaria del paciente? (sobre la semana en observación)

Se pregunta en forma privada, al personal de enfermería, líder de célula, jefe de escuadra y jefe de grupo sobre el comportamiento de paciente,

Muy buena___ Buena____ Regular____ Mala___ Muy Mala___

Preguntas en entrevista directa al paciente.

28.-¿Cree usted que se puede vivir sin consumir sustancias toxicas?:Si___ No___;

29.- ¿Sustancia toxica que desea dejar de consumir?

Café___ tabaco___ crack___ cocaína___ marihuana___ tolueno___ Alcohol___

30.-¿Ha sido agredido?:Si___ No___; Verbal___ física___ sexualmente___en el pabellón de agudos durante su estancia.

31.-¿Por quién fue agredido?: medico___ enfermería___ personal de limpieza___ pacientes___

32.-¿Sabe que padece de un trastorno o enfermedad mental? Si___ No___

33.-¿Para usted es un obstáculo para desarrollarse como persona? Si___ No___

34.-¿Considera que las actividades grupales le han ayudado para Prevenir las agresiones? Si___ No___;

35.- ¿Qué tipo de agresiones son prevenibles según el paciente? Verbales___ Físicas___ Sexuales___ Defunciones___ en la sala de agudos.

36.-¿Tiene conocimientos de sus Derechos por padecer un trastorno o enfermedad mental? Si___ No___

37.-¿Donde conoció esta información?: hospitalalizado___ fuera del hospital___

38.-¿Han habido cambios en su conducta partir de las actividades grupales ?

Ayuda a los demás___ participa en vigilancia ___orden del pabellón___ protege a los demás___ Limpieza___ninguna___

