



**INSTITUTO SUPERIOR DE CULTURA FISICA
MANUEL FAJARDO
FACULTAD DE CULTURA FISICA
"NANCY URANGA ROMAGOZA"
PINAR DEL RIO**

**TESIS PRESENTADA EN OPCION AL TITULO ACADÉMICO DE
MASTER EN ACTIVIDAD FISICA EN LA COMUNIDAD.**

**TITULO: Las actividades físicas recreativas en la
rehabilitación de los pacientes neuróticos de 18 a 25 años
de edad del Centro Comunitario de Salud Mental del
Reparto Hermanos Cruz.**

AUTOR: Lic. Arnelis Hernández Monsibaez.

TUTOR: MsC. Rafael Félix Moreira Peraza.

Pinar del Río, Julio 2009

"Año del 50 Aniversario del Triunfo de la Revolución"

DEDICATORIA

A mi Mamita, por ayudarme a crecer, a engrandecerme ante las dificultades, por compartir los momentos buenos y malos de mi vida, por apoyarme todo el tiempo para culminar mi carrera, para ella todo el amor del mundo.

A mi Papito, por estar conmigo siempre, por enseñarme a abrirme camino en la vida, por encontrarse en todos los momentos difíciles y buenos, por compartir esta felicidad tan grande conmigo, por ser tan amigo, compañero y sobre todo Padre.

A mi hermana, por todo el apoyo durante el transcurso de este trabajo, por su ayuda incondicional, por ser amiga en todo momento.

A toda mi familia, que de una forma u otra contribuyeron al desarrollo de mi carrera, a todos.

Muchas Gracias.

ARNE

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme la posibilidad de compartir este momento con mi familia, especialmente con mi padre, que lo tengo a mi lado, para que viva este momento tan especial para mí.

A mi Tutor, el Moro, que cariñosamente le decimos, por su ayuda, dedicación, amistad, solidaridad, sabiduría, exigencia y empeño en el transcurso de este trabajo.

A los profesores de la Facultad, especialmente a la Doctora Lourdes, y a la Master Yudelkis por atenderme en cada momento que lo necesité, por brindarme su apoyo y ayuda todo el tiempo.

A todos mis amigos, especialmente Esperancita, por su apoyo incondicional en todo momento.

A todos mis compañeros de la maestría que de una forma u otra fueron partícipes en este trabajo.



“La salud mental implica la capacidad de un individuo para establecer relaciones armoniosas con otros y para participar en modificaciones de su ambiente físico y social o de contribuir en ello de modo constructivo”.

FIDEL CASTRO RUZ

INDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
Capítulo 1: La Rehabilitación Física en los Pacientes con Trastornos Mentales.....	10
1.1 Antecedentes Históricos de la Rehabilitación Psiquiátrica.....	10
1.1.3 Rehabilitación Psiquiátrica en Cuba.....	14
1.1.4 Rehabilitación de los Pacientes Neuróticos.....	23
1.2 Algunos Trastornos Mentales.....	25
1.2.1 Criterios de Gravedad.....	30
1.3 Generalización de los Principales Trastornos Neuróticos.....	30
1.4 Clasificación de los Principales Trastornos Neuróticos.....	32
1.5 Factores Psicológicos de los Pacientes Neuróticos.....	35
1.6 Tratamiento de la Neurosis.....	36
1.6.1 Recursos Terapéuticos Psicológicos para los Pacientes Neuróticos.....	36
1.6.2 Recursos Terapéuticos Biológicos para los Pacientes Neuróticos.....	37
1.6.3 Recursos Ambientales y Sociales para los Pacientes Neuróticos.....	37
1.7 Objetivos Terapéuticos de Pacientes Neuróticos.....	38
1.8 Importancia de los Ejercicios Terapéuticos.....	39
1.9 Influencia de las clases de Cultura Física Terapéutica.....	39
Conclusiones del Capítulo 1.....	42
CAPÍTULO II: Caracterización y determinación del estado actual de los pacientes neuróticos que oscilan entre 18 y 25 años de edad.....	43

2.1 La comunidad, espacio importante para la rehabilitación de los pacientes neuróticos.....	43
2.1.1 Caracterización del Consejo Popular Hermanos Cruz.....	44
2.2 Caracterización de los pacientes neuróticos del Centro de Salud Mental Hermanos Cruz.....	45
2.3 Características de las actividades físicas recreativas en relación con la rehabilitación de los pacientes neuróticos.....	46
2.4 Análisis de los resultados.....	48
 Capítulo III: CONJUNTO DE ACTIVIDADES FÍSICAS RECREATIVAS PARA PACIENTES NEURÓTICOS.....	 51
3.1 Fundamentación y justificación de la necesidad del conjunto de actividades físicas -recreativas.	51
3.1.1 Objetivos del conjunto de actividades físicas recreativas.....	51
3.1.2 Principios del conjunto de actividades físico recreativas para pacientes neuróticos.....	52
3.1.3 Etapas del conjunto de actividades físicas recreativas para pacientes neuróticos.....	53
3.1.4 Propuesta de actividades físicas recreativas que contribuyen al mejoramiento de la rehabilitación de los pacientes neuróticos..	54
3.5 Resultados de las actividades físicas recreativas desarrolladas...	59
3.6 Valoración de la utilidad de la propuesta presentada.....	60
CONCLUSIONES.....	62
RECOMENDACIONES.....	63
 BIBLIOGRAFÍA.	
 ANEXOS.	

RESUMEN

Es de suma importancia la práctica de actividades físicas recreativas para mejorar de forma general todas las patologías que puedan presentar los pacientes, en este caso los pacientes neuróticos con los cuales trabajaremos. Para la realización de este trabajo nos dimos a la tarea de seleccionar los pacientes de 18 a 25 años de edad del Centro Comunitario de Salud Mental del Reparto Hermanos Cruz, que presentan diferentes trastornos mentales como son: trastorno por ansiedad generalizada, crisis de angustia, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno por angustia de separación. Estos pacientes nunca han realizado actividades físicas recreativas que contribuyan a su rehabilitación, y tampoco se encuentran insertados de forma activa en la sociedad lo cual es de suma importancia, para que así ellos se sientan importantes dentro del vínculo social de forma consciente, es por ello que proponemos un grupo de actividades físicas recreativas que contribuya a la rehabilitación de estos pacientes.

Palabras Claves

Rehabilitación

Pacientes Neuróticos

Actividades Físicas Recreativas

INTRODUCCIÓN

La actividad física recreativa cabe en toda las edades, desde el niño al anciano pasando, por el joven y adulto, entra en el campo de lo primordial asegurar esta extensión cronológica, es fundamental, ya que el recreo forman parte de los fines esenciales del ocio.

La actividad física no tan solo se debe articular en los distintos niveles educativos, si no que se debe extender más allá del ámbito educativo e involucrar a otras instituciones de la comunidad. Utilizando para ello una herramienta llamada fitness, ya que el hombre emprende muchas de las actividades, sin utilidad aparente, donde el movimiento es la razón de la misma, en la cual se libera, se satisface, le da placer o simplemente le dan significado de tiempo de ocio.

La dedicación a la actividad física recreativa, mejorar el funcionamiento fisiológico del organismo, favorecer el contacto social o lo más importante la satisfacción que produce el aprendizaje de una nueva destreza, mejorar la que poseen o por algo mucho mas simple por haber realizado dicha la actividad y si buscamos la causa fisiológica de esta satisfacción, es producida por la endorfina liberada a través de la acción motriz.

Es por ello que debemos transferir la importancia de la buena condición física en todas las etapas de la vida y en especial en el adulto y la tercera edad, esto radica fundamentalmente en las acciones que producimos para obtenerla, debido a que el sedentarismo la va deteriorando, quien la contrarresta es el movimiento, este la recupera y la mejora.

Los programas de la Cultura Física en los distintos ámbitos nos permite ver que se está produciendo una acción para concienciar a las personas a realizar ejercicios, esta concienciación a la actividad física nos va a permitir incrementar vida a los años; pero para ello debemos lograr que las personas descubran la satisfacción por la actividad física, estimulando la aptitud de cada individuo en su desarrollo potencial en permanente trabajo de cogestión y obtendremos de esta manera el bienestar deseado.

La Cultura Física Terapéutica (CFT) es una de la disciplina médica independiente que explica los medios de la cultura física en la curación de enfermedades y lesiones, en la profilaxis de sus agudizaciones, así como en la recuperación de la capacidad de trabajo. El principal medio que emplea la Cultura Física Terapéutica como estímulo esencial de las funciones vitales del organismo, son los ejercicios físicos, esto diferencia a la misma de los demás métodos terapéuticos; considerada como uno de los elementos más importantes de la terapia integral contemporánea que contempla la ejecución constante y activa de los ejercicios físicos por parte de los enfermos.

Según la opinión de diferentes autores, los **ejercicios físicos** influyen favorablemente en la psiquis del hombre, fortalecen sus cualidades volitivas y la esfera emocional, son medios de influencia sobre los mecanismos reguladores alterados, y contribuyen a la normalización de las interrelaciones entre los diferentes sistemas del organismo.

Las neurosis surgen por lo general en el terreno de los afectos de diferentes conflictos sociales o de emociones negativas que conducen a la “frustración” de la actividad nerviosa, cuyo carácter depende del tipo de Sistema Nervioso, presentándose con mayor facilidad en personas con un sistema nervioso excitable y débil ocasionando frecuentemente la disminución de la capacidad de trabajo e incluso en algunos casos su pérdida total.

Se ha definido la rehabilitación psiquiátrica “como conjunto de procedimientos biológicos y socio psicológicos que se utilizan en aquellos enfermos donde su incapacidad les imposibilita un adecuado ajuste social producto de alguna afección psiquiátrica y su objetivo principal consiste en integrarlos en un contexto social tan parecido a lo normal como sea posible”, por lo que podemos decir que:

Trastornos mentales neuróticos, es un aprendizaje anormal sobre ciertas predisposiciones constitucionales desarrolladas en la interacción del individuo con el medio. Estos pueden ser: Ansiedad Generalizada, Obsesivo Compulsivo, Histérica, Fóbica y Trastornos Situacionales.

La Rehabilitación Psiquiátrica en Cuba, que se ha desarrollado impetuosamente desde el triunfo de la Revolución en 1959 ha alcanzado un amplio reconocimiento

internacional, no obstante nos proponemos nuevas metas en el desarrollo a la especialidad por lo que nos obliga a modificaciones cualitativas en la preparación de los futuros terapeutas.

Con vistas a esto nos proponemos aplicar un grupo de actividades físicas recreativas en este tipo de pacientes para lograr un mejoramiento de su rehabilitación y su reincorporación a la sociedad de forma útil.

En nuestro país la historia de la rehabilitación de los pacientes neuróticos está indisolublemente ligada a la historia del Hospital Psiquiátrico de La Habana el cual ha desarrollado una disciplina científica de gran reconocimiento internacional. La Rehabilitación en estos casos es de mucha importancia ya que es la utilización de los métodos que permiten lograr la curación completa del enfermo, su preparación para el trabajo y su lugar en la sociedad, entre ellos medicinales, psicológicos, sociológicos, Cultura Física Terapéutica, fisioterapéuticos y terapia laboral, a la vez esta reincorpora al paciente al trabajo socialmente útil.

Roca, M. (2000) y Pascuale, E. (2000) coinciden en señalar que los ejercicios físicos y las actividades deportivas – recreativas en la rehabilitación del enfermo mental ayudan a su desarrollo físico, a la elevación de sus capacidades de trabajo, a la formación y perfeccionamiento de los hábitos y habilidades motoras totalmente o parcialmente perdida como consecuencia de la enfermedad, crea hábitos de disciplina, colectivismo y de conducta como hábitos higiénicos y educativos.

Las actividades físicas recreativas en el Centro Comunitario de Salud Mental (CCSM) del Reparto Hermanos Cruz no están insertadas en los programas de rehabilitación de sus pacientes y se pudo constatar al realizarle una entrevista a los médicos que los atienden, además se verificó que nunca han estado presente en dicho programa, coincidiendo con la autora de la investigación que son muy beneficiosas, siempre que se sigan todas las orientaciones establecidas para su realización, así como las características biológicas, psicológicas y sociales del grupo social para el cual se investiga.

A partir de la concentración de los criterios de los especialistas y la autora de la investigación, conociendo la necesidad que tienen estos jóvenes de integrarse de

forma activa y consciente a la sociedad, es que realizamos esta investigación, sugiriendo incorporar a su programa de rehabilitación un grupo de actividades físicas recreativas, ya que son enfermedades que en la mayoría de los casos pueden ser tratadas en la atención primaria y con una adecuada interrelación entre el INDER y el MINSAP se puede lograr la aplicación sistemática de estas actividades y mejorar considerablemente la rehabilitación de estos jóvenes que representan un grupo social de gran prioridad en nuestro país.

Los resultados del diagnóstico constataron el siguiente **problema científico**:

¿Cómo contribuir a la rehabilitación de los pacientes neuróticos de 18 a 25 años de edad que se atienden en el Centro Comunitario de Salud Mental del Reparto Hermanos Cruz?.

Como **objeto de estudio** se determinó:

El proceso de rehabilitación de los pacientes neuróticos.

Para darle respuesta al problema nos trazamos el siguiente **objetivo**:

Proponer un grupo de actividades físicas recreativas que contribuyan a la rehabilitación de los pacientes neuróticos de 18 a 25 años de edad que se atienden en el Centro Comunitario de Salud Mental del Reparto Hermanos Cruz.

Para favorecer el desarrollo de la investigación en todas sus etapas se proponen las siguientes **preguntas científicas** con sus respectivas tareas:

1. ¿Cuáles son los sustentos teóricos que existen a nivel nacional e internacional sobre la rehabilitación de los pacientes neuróticos?.
2. ¿Cuál es el estado actual de la rehabilitación de los pacientes neuróticos de 18 a 25 años de edad que se atienden en el Centro Comunitario de Salud Mental del Reparto Hermanos Cruz?.
3. ¿Cuáles son las actividades físicas recreativas para mejorar la rehabilitación de los pacientes neuróticos de 18 a 25 años de edad que se atienden en el Centro Comunitario de Salud Mental del Reparto Hermanos Cruz?.

4. ¿Cómo valorar la efectividad del grupo de actividades físicas recreativas propuestas para mejorar la rehabilitación de los pacientes neuróticos que se atienden en el Centro Comunitario de Salud Mental del Reparto Hermanos Cruz?.

TAREAS INVESTIGATIVAS:

1. Análisis de los sustentos teóricos existentes a nivel nacional e internacional sobre la rehabilitación de los pacientes neuróticos.
2. Caracterización del estado actual de la rehabilitación de los pacientes neuróticos de 18 a 25 años de edad que se atienden en el Centro Comunitario de Salud Mental del Reparto Hermanos Cruz.
3. Elaboración de las actividades físicas recreativas para mejorar la rehabilitación de los pacientes neuróticos de 18 a 25 años de edad que se atienden en el Centro Comunitario de Salud Mental del Reparto Hermanos Cruz.
4. Valoración de la efectividad del grupo de actividades físicas recreativas propuestas para mejorar la rehabilitación de los pacientes neuróticos de 18 a 25 años de edad que se atienden en el Centro Comunitario de Salud Mental del Reparto Hermanos Cruz.

POBLACIÓN Y MUESTRA.

Para la realización de nuestra investigación realizamos un **Diseño Muestral** donde seleccionamos una **población** de 83 pacientes neuróticos que se atienden en el Centro Comunitario de Salud Mental del Reparto Hermanos Cruz, de ellos 20 son hombres y 63 mujeres.

Estos pacientes presentan diferentes trastornos como son: Trastornos Disociativos, Trastornos de Ansiedad, Trastorno Mixto, Trastornos de Distimia y Trastorno Neurótico Hipocondríaco.

La edad de estos pacientes oscila entre los 18 a 25 años de edad, no estando vinculados a ningún tipo de ejercicio físico 43 de ellos, ya que están insertados a los círculos de abuelos, por tanto trabajaremos con una muestra de **25 pacientes** que

representan el 58, 1% del total de pacientes que no han recibido ningún tipo de actividades físicas recreativas, constituyendo una muestra representativa que oscila entre los **18 y los 25** años de edad, de ellos **16 son hombres y 9 son mujeres**, con un predominio de los siguientes trastornos neuróticos: trastorno por ansiedad generalizada, crisis de angustia, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno por angustia de separación.

Muestra: No Probabilística.

Muestreo: Intencional, porque todos los pacientes pueden realizar las actividades físicas recreativas, todos pertenecen a la misma comunidad donde se encuentra ubicado el Centro de Salud Mental.

Medición:

Escala Nominal.

Tipo de Datos: Cualitativos.

El tipo de estudio es explicativo pues realizaremos las diferentes actividades físicas recreativas que realizarán los pacientes neuróticos, considerando el interés y las motivaciones de los mismos.

Décima de diferencia de proporciones. Se empleó como test para comparar las cifras antes y después de aplicar la propuesta y poder determinar si hay diferencias significativas y así validar nuestra propuesta.

Además en nuestra investigación jugó un papel muy importante el trabajo realizado con la muestra secundaria, lo cual nos permitió fortalecer el trabajo con los pacientes, de ellos 3 son doctoras, 2 enfermeras, 2 defectólogas, 4 psicometristas, 1 trabajadora social, 3 psiquiatras y 1 psicóloga.

Para el desarrollo de este trabajo aplicamos los diferentes métodos que me llevaron al cumplimiento como una herramienta más para este trabajo investigativo.

TIPO DE ESTRATEGIA Y ESTUDIO.

Investigación Pre Experimental: A través de esta estrategia pudimos obtener información sobre el estado actual de los pacientes neuróticos del Centro Comunitario de Salud Mental con el objetivo de mejorar el estado de vida de esos pacientes utilizando diferentes métodos.

METODOLOGÍA APLICADA.

El método general utilizado es el dialéctico materialista que contribuye al análisis de las leyes, principios y particularidades del tratamiento de la rehabilitación y la importancia de la actividad física recreativa en pacientes neuróticos.

MÉTODOS TEÓRICOS:

Análisis y Síntesis: Para determinar las actividades físicas recreativas a emplear, así como establecer la forma en que se van a ejecutar los ejercicios en cada actividad física partiendo de la estructura pedagógica de la clase y los horarios recreativos recomendados.

Inductivo-Deductivo: Para el establecimiento del objeto de estudio y de las relaciones entre cada ejercicio y las actividades recreativas en la rehabilitación de los pacientes neuróticos.

Histórico – Lógico: Nos permitirá partir del origen del problema y establecer las relaciones lógicas de la realización de las actividades físicas recreativas fundamentalmente en la rehabilitación de los pacientes neuróticos, conociendo todo lo relacionado con la historia de la rehabilitación de estos pacientes.

MÉTODOS EMPÍRICOS:

Trabajo con Documentos: Para la revisión de los documentos que aborden la temática, manifestando síntomas de cada tipo de neurosis así como el ejercicio que se debe aplicar en la rehabilitación de los pacientes neuróticos antes de un plan de actividades sistemáticas.

Entrevista a Especialistas: Para obtener información acerca de la influencia que ejerce un grupo de actividades físicas recreativas en los pacientes neuróticos.

Encuesta: A partir de la encuesta realizada a los pacientes neuróticos del Centro Comunitario de Salud Mental del Reparto Hermanos Cruz es que buscamos la raíz del problema para intentar dar solución aceptable mediante las condiciones de la población. A través de las informaciones brindadas por estas personas es que vamos a buscar suplir esta carencia.

Observación: Se realizó sobre la base de nuestra práctica permitiéndonos valorar cómo se comportaban los pacientes neuróticos con la práctica de estas actividades físicas recreativas y cómo desarrollaban las mismas.

MÉTODOS DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA.

Forum Comunitario: Permitió establecer criterios conjuntos entre varias personas entre ellos integrantes de la muestra, psiquiatras, psicólogos, enfermeras, donde nos daban datos importantes para nuestra investigación.

Entrevistas a informantes claves: Mediante la misma obtuvimos información sobre el trabajo de la práctica de actividades físicas recreativas en la comunidad y si la realizaban en el Centro de Salud Mental.

NOVEDAD CIENTÍFICA.

El tema resulta sumamente importante pues se pudo apreciar cómo en estos pacientes que por primera vez realizan actividades físicas recreativas se observaron los diferentes cambios que puedan ocurrir en su organismo y cómo mejoraran la rehabilitación de ellos a pesar de que su trastorno mental no se cura, pero sí se mejora y esto se puede lograr mediante las diferentes actividades físicas recreativas que realizaran.

Como principales **APORTES** en los diferentes campos de resultados tenemos:

TEÓRICO:

La existencia de un grupo de actividades físicas recreativas con el fin de mejorar la rehabilitación de los pacientes neuróticos, cuya existencia es importante para los demás profesores de Cultura Física de diferentes Centro de Salud Mental que ellos puedan utilizar para trabajar con sus pacientes.

PRÁCTICO:

La elaboración de un material con actividades físicas recreativas destinado a ser utilizado en los pacientes neuróticos con el fin de favorecer a la rehabilitación de cada uno de ellos.

La investigación consta en su parte inicial de un resumen acerca de su objetivo de investigación, la introducción y tres capítulos. El primero aborda todo lo relacionado con trastornos mentales y la rehabilitación de pacientes neuróticos. El segundo abarca sobre la situación de los pacientes neuróticos antes y después de realizar actividades físicas recreativas. El tercero refleja el conjunto de actividades físicas recreativas para la rehabilitación de los pacientes neuróticos.

Nuestro trabajo ha sido presentado en la Jornada Científica en la Escuela Comunitaria en el año 2007 y 2008, Fórum de Ciencia y Técnica 2008, Conferencia Científica Metodológica y Educación Física, Deporte, medio ambiente y salud, ha sido publicada en el soporte magnético de la VII Conferencia Internacional Científico Pedagógica de Educación Física y Deportes 2009.

DEFINICIONES DE TÉRMINOS.

- ❖ **Actividades físicas recreativas:** Es un conjunto de actividades físicas recreativas para desarrollar el organismo de los pacientes con trastornos mentales neuróticos, siendo una conducta mas protectora productora de la salud necesaria para un desarrollo armonioso y equilibrado del individuo.
- ❖ **Rehabilitación:** Es el conjunto de procedimientos socio psicológicos utilizados en aquellos enfermos en los que han aparecido incapacidades que les imposibilitan un adecuado ajuste social, producto de alguna afección psiquiátrica

y cuyo objetivo fundamental consiste en entregarlos a un contexto social tan similar como sea posible.

- ❖ **Trastornos Mentales Neuróticos:** Es un aprendizaje anormal sobre ciertas predisposiciones constitucionales desarrolladas en la interacción del individuo con el medio. Estos pueden ser: Ansiedad, Obsesivo Compulsivo, Histérica, Fóbica y Trastornos Situacionales.

- ❖ **Recreación:** Actividad de la Cultura Física dirigida a la satisfacción de las necesidades de esparcimiento y ocupación del tiempo libre de la población.

CAPÍTULO 1: LA REHABILITACIÓN FÍSICA EN LOS PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES.

OBJETIVO: Conocer todo lo relacionado con trastornos mentales, la clasificación de cada uno de ellos y la rehabilitación de pacientes neuróticos.

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA.

La atención psiquiátrica a finales del siglo XIX, donde el Real Decreto de 1885 refleja la concepción que la sociedad de la época tiene del enfermo mental como una especie de ser extraño y temible, poseído o endemoniado, de cuya presencia hay que proteger al cuerpo social por medio de la reclusión. El ingreso manicomial constituye en aquel tiempo la atribución por parte de la sociedad de la condición de loco a un individuo. Por ello, se establecen importantes trabas legales para evitar ingresos improcedentes, aunque una vez producido éste, las expectativas de salida de los manicomios eran casi nulas.

De acuerdo con la Ley de Beneficencia de 1849, el Estado tenía la obligación de proporcionar atención sanitaria a sus ciudadanos, si bien las Diputaciones fueron asumiendo esta responsabilidad en el campo de la salud mental iniciando la construcción de manicomios, hasta que un decreto de 19 de abril de 1887 estableció que la obligación de atender a los dementes era imputable a la Diputación de cada provincia.

A pesar de las disposiciones legales vigentes, en los últimos años del siglo XIX no existían recursos asistenciales para los enfermos mentales quienes no recibían atención sanitaria y se encontraban desatendidos por las calles o encerrados en sombríos calabozos en los que transcurrían sus días. Los manicomios de la época eran verdaderos pudrideros de locos en los que el ambiente reinante, lejos de favorecer la buena evolución de los pacientes, contribuía a su descompensación y a su desorganización.

Ante la ausencia de hospitales psiquiátricos en el País Vasco, los enfermos eran ingresados fundamentalmente en los Manicomios de Valladolid y Zaragoza, lo que

implicaba un importante desplazamiento y en muchos casos, una definitiva desconexión de la comunidad originaria.

En 1409, los médicos de Valencia (España), fueron los primeros en eliminar las cadenas con que se humillaban la dignidad del paciente e instituir un tratamiento ético a base de ejercicios libres, juegos, entrenamiento, higiene, etc.

En el manicomio de Zaragoza se empleaba el trabajo agrícola para canalizar las energías de los pacientes hacia su actividad constructiva. También se había construido hospitales en Sevilla, Valladolid, Palma de Mallorca, Toledo y Granada, lo que confirma que la psiquiatría con enfoque humanitario surgió en España, no obstante esta proyección, en el resto de Europa la liberación de los enfermos mentales no tuvo lugar hasta finales del siglo XVIII en que aparece en Francia, en plena Revolución Francesa, decidió quitarles las cadenas a los pacientes allí recluidos y devolverles su libertad corporal ya que él sostenía el punto de vista de que los "enfermos mentales", lejos de ser delincuentes dignos de castigo, son personas enfermas, cuyo estado miserable merece toda consideración que se le debe a la humanidad doliente.

El paciente mental es considerado un enfermo y va desapareciendo la concepción de " endemoniado " que predominó en la Edad Media, naciendo la Psiquiatría como especialidad médica, ganando en universalidad los principios humanitarios de los médicos españoles.

Ferrus continuó en el Hospital Salpêtrière de obra de Pinels y junto a él comenzó lo que más tarde fue conocido como Terapia por el trabajo y con las casas realizadas por los pacientes se construyó una granja donde hoy se encuentra el Hospital Santa Ana de París.

Las reformas que establecieron Pinels y Ferrus se extendieron a Inglaterra y Norteamérica.

Philippe Pinel decidió quitar las cadenas a los enfermos mentales, introdujo una perspectiva psicológica y comenzó a hacer estudios clínicos objetivos. A partir de entonces, y desde que se inició el trabajo en los manicomios, se definirían los

principales tipos de enfermedades mentales y sus formas de tratamiento, afecciones o síndromes psíquicos y conductuales, opuestos a los propios de los individuos que gozan de buena salud mental, en general, son causa de angustia y deterioro en importantes áreas del funcionamiento psíquico, afectando al equilibrio emocional, al rendimiento intelectual y a la adaptación social.

Entre el siglo XVI y XVIII aparecen una serie de personalidades que se oponen a la visión demonológica dominante y ofrecen alternativas para una explicación más racional y un trato más justo a los enfermos mentales, entre los mismos se encuentran:

Luis Vives (1492 – 1540): Se opone a la marginación de las personas por sus rarezas o problemas mentales.

Paracelso (1493 – 1541): En oposición a las explicaciones demonológicas, presenta como alternativas la influencia de los astros en la causa de trastorno mental.

Robert Burton (1576 – 1640): Enfatiza los factores emocionales como causa de los trastornos mentales.

Pinel: Humaniza el tratamiento de los enfermos mentales y propone el llamado “Tratamiento Moral” apoyado en que los trastornos mentales tenían como causa el sufrimiento y los conflictos morales.

En los siglos XVIII y XIX, existieron transformaciones sociales y técnicas, se acelera el paso del nivel precientífico de los conocimientos y representaciones, a niveles más avanzados cercanos a las ciencias contemporáneas.

A principios del siglo XX el doctor H. Simón, psiquiatra Alemán sistematizó el tratamiento por el trabajo en los enfermos mentales y le dio una fundamentación científica.

La obra de dos autores en particular influyó notablemente en estos avances, estos fueron F. J. Gall (1758 – 1826), creador de la Frenología y A. Mesmer, creador de la Teoría del magnetismo animal. Gall, trató de establecer la relación existente entre determinadas áreas del cerebro, con las emociones y el carácter, y desarrolló una metodología para realizar este diagnóstico caracterológico al cual se le denominó Frenología.

Por su parte Mesmer, proporcionó una base importante a lo que posteriormente se denominó psicoterapia, al plantear que las enfermedades mentales tenían una causa natural y que eran debidas al desequilibrio que se producía en cierto fluido que existía en todas las personas (y en todo el universo) y que el denominó magnetismo animal, propuso un método además para establecer el equilibrio de dicho fluido en el organismo (utilizando imanes y pases con las manos del terapeuta), con el que obtuvo algunos éxitos notables.

James Barid (1795 – 1860), retoma los estudios sobre el magnetismo, y determinó que este, al que cambió el nombre por hipnosis, era un fenómeno que obedecía a procesos neurofisiológicos, y podían ser reproducidos experimentalmente a voluntad. Seguidamente el estudio de la hipnosis, constituyó un antecedente de suma importancia en la aparición del psicoanálisis, el cual a su vez influyó notablemente en el desarrollo de la psicoterapia como la concebimos en la actualidad.

De 1880 a 1890, los trabajos realizados por los llamados representantes de la Medicina psicológica en Francia, con sus diversos aportasen el estudio de las neurosis, en particular la histeria, prepararon el camino para el seguimiento del psicoanálisis.

Dos grandes instituciones centraban los estudios sobre la hipnosis, la escuela de Nancy representada por Liebault (1823 O 1904) y Berheim (1840 – 1919) y que explicaban esta como basada en la sugestión (Berheim acuñó el término de Psicoterapia) y la escuela de la Salpêtrière cuyo principal representante fue el famoso neurólogo Charcot (1825 – 1893), el cual explicaba la hipnosis como un fenómeno de origen neurológico (proceso neurológico).

Segmund Freíd (1856 – 1939), una vez culminada su relación de trabajo con Breuer, había publicado, en conjunto con este un estudio sobre la histeria , 1895, donde ya aparecían los fundamentos de lo que posteriormente fue el psicoanálisis, prosiguió su trabajo, principalmente con pacientes histéricos, aplicando el método catártico y por diversas consideraciones teóricas y prácticas abandonó el uso de la hipnosis y la sustituyó por la **asociación libre** (solicitar al paciente que hablara sobre una temática de manera espontánea, sin buscar ninguna lógica u orden y sin intentar suprimir u ocultar nada), lo que dio paso al nacimiento del psicoanálisis.

El psicoanálisis representó un suceso de gran importancia para la psicoterapia por cuanto (brindó una teoría sobre los trastornos funcionales, en particular la neurosis, presentó un método para el tratamiento de estos trastornos y estableció una metodología y parámetros para la formación de psicoterapeutas.

1.1.3 REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA EN CUBA.

En Cuba, la historia de la rehabilitación psiquiátrica está indisolublemente unida a la historia del Hospital Psiquiátrico de la Habana, que ha atravesado tres grandes etapas.

EL HOSPITAL DE DEMENTES DE CUBA (MAZORRA) EN LA ÉPOCA COLONIAL.

El hospital de dementes de Cuba (Mazorra), enclavado en el potrero Ferro, Mazorra, "fue fundado en el año 1857 por obra del entonces Capitán General Gobernador de la Isla, Don José Gutiérrez de la Concha".

El objetivo de su fundación fue dar asilo a esclavos negros seniles que, por su avanzada edad, estaban perturbados de sus facultades mentales y que, por no ser ya productivos, habían sido abandonados por sus amos.

Al quedar abolida la esclavitud fueron ingresados - junto con aquellos negros esclavos - enfermos mentales que deambulaban por calles y caminos y fue así como el antiguo asilo de esclavos devino en hospital de alienados.

En ese mal llamado Hospital de Dementes, no solo fueron hacinados (en sus lúgubres mazmorras) los infelices enfermos, sino también, en 1864, fueron enviados a ese horrendo lugar los tildados de vagos, contra la protesta de los facultativos, que señalaban el error de aquella promiscuidad de pacientes con sujetos de poca moralidad y hasta en muchos casos con antecedentes penales.

Un resumen de lo que fue el Hospital de Dementes en la época colonial, podríamos encontrarlo- sin duda alguna- en las elocuentes palabras del Dr. D. Méndez Capote, contenidas en un enérgico informe al general Broock, las cuales constituyen una verdadera denuncia al régimen colonial español que oprimía a nuestra patria.

"Mazorra es un caso típico en que pueden estudiarse de una manera concreta los hechos que fueron formando la conciencia cubana hasta el grado de llegar a declarar completa y absolutamente incompatibles la administración española con el bienestar del país, poniendo así, de modo irreconciliable, las armas en manos de sus hijos. No podemos decir que aquello fuera un asilo ni una casa de curación, no es más que una cárcel a la española, con todos los horrores y todos los ataques a la naturaleza, a la moral, a la higiene y a la vida.

El pobre loco, en su promiscuidad espantosa, carece de todo: de limpieza y alimentación. Allí vive, si aquello es vida entre sus propias secreciones; por alimento, un sancocho de arroz y garbanzos cocinados de una sola vez para ahorrar combustible".

Huelga decir que los enfermos allí confinados recibían asistencia especializada de ningún tipo, ya que no existía plan científico alguno ni finalidad terapéutica.

EL HOSPITAL DE DEMENTES EN LA ÉPOCA PRE - REVOLUCIONARIA.

Una vez derrocado el gobierno de la metrópoli y escamoteada la victoria del heroico Ejército Mambí por la intervención yanqui en nuestra guerra independentista, nace la pseudo república, que en nada modificó las condiciones en que se encontraban los pacientes del Hospital de Mazorra puesto que sólo las insalubres mazmorras que caracterizaron el periodo colonial fueron sustituidas por las tristes célebres perreras. La desnutrición y la desnudez imperaban en aquellas aglomeraciones humanas, en que la falta de higiene, las epidemias de disentería bacilar, la tuberculosis y el grupo tifoparatófíco eran las principales causas de la alta tasa de mortalidad que se registraba por aquel entonces.

El ambiente físico no podía ser mas deprimente, ya que había celdas y cadenas en lugar de salas y camas y el paisaje humano y moral mucho más bochornoso aún, puesto que los pacientes eran tratados como criminales y no como enfermos. El número de médicos era, por su puesto irrisorio.

Cabría preguntarse entre otras cosas, ¿qué hacían los directores y funcionarios del Hospital ante tanto sufrimiento, miseria y desolación?.

De esos directores y funcionarios, la mayoría engrosaba su cuenta bancaria particular a expensas del presupuesto que el Estado le asignaba a Mazorra. Sólo una exigua minoría – inconforme con aquella anticientífica e inhumana situación realizó esfuerzos personales aislados, sin respaldo oficial alguno, para contribuir- en la medida de sus escasas posibilidades a tratar de cambiar en algo la vergonzosa faz de aquel almacén de alineados.

Como ejemplo podríamos citar al doctor E. Valdés Castillo, hombre honesto que, al asumir la dirección del Hospital, en 1944, presentó un pormenorizado informe en el que hacía referencia al estado de abandono en que se hallaba el Hospital ("el mismo almacén de orates, la misma cárcel a la española, la mazmorra eterna"), y en él anunciaba, entre otras medidas de pálido tinte o matiz rehabilitatorio, la creación de un departamento de cultura física, la organización de juegos y deportes, la enseñanza de la declamación , la construcción de un estadio de madera y la práctica de terapia ocupacional en todos sus aspectos.

Desafortunadamente, las buenas intenciones que inspiraron al doctor Valdés Castillo, no fueron más allá de la letra impresa y, por consiguiente, no pudieron materializarse en la práctica, ya que carecían de apoyo gubernamental.

Referente a esta etapa en el I Congreso del Partido Comunista de Cuba, celebrado en 1975, en su Informe Central, nuestro comandante en Jefe, Fidel Castro Rúz, expuso en el capítulo correspondiente al sector de la salud: " el Hospital Psiquiátrico Nacional era en el capitalismo un verdadero almacén de enfermos, donde sucedían escenas espantosas y muchas veces los pacientes morían de hambre y maltratados, al extremo de que algunos directores hacían negocios con las funerarias. Decir Mazorra era decir el "Infierno de Dante".

EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LA HABANA EN LA ETAPA REVOLUCIONARIA.

Como lógica consecuencia de la victoria popular alcanzada el 1ro de Enero de 1959 contra la tiranía batistiana, y después de 102 años de vejaciones y maltratos llega al

Hospital de Dementes el humanismo revolucionario para transformar aquella vergüenza nacional el actual Hospital Psiquiátrico de La Habana.

La nueva dirección, con el apoyo incondicional del Gobierno Revolucionario a través del Ministerio de Salud Pública, no sólo cambió, de manera sustancial, el sombrío panorama que exhibía el antiguo "Mazorra", con la demolición de las perreras, la edificación de confortables pabellones y el remozamiento de los aprovechables, sino que también dedicó especial cuidado al hecho de que los pacientes contaran con atención médica calificada y que sus necesidades básicas (alimentación, ropa, calzado, y respeto a la dignidad del enfermo), fueran satisfechas de inmediato.

Al mismo tiempo que se mejoraban las condiciones físicas y humanas de aquellos desdichados, había que comenzar la fase científica: revisar la clasificación de los pacientes por entidades nosológicas y determinar la conducta terapéutica a seguir. Entre otras cosas, se encontró que había un 90% de pacientes crónicos y que, entre ellos, alrededor del 68% eran esquizofrénicos.

Se decidió, además de la utilización intensiva de la psicofarmacoterapia y de la psicoterapia individual y de grupo, organizar un Departamento de Terapia Ocupacional y Rehabilitación, ya que era absolutamente necesario movilizar aquella masa de varios miles de enfermos ociosos, con todos los síntomas del hospitalismo añadidos a los de su afección mental, y tratar de mejorarlos, rehabilitarlos y devolverlos a la comunidad con el máximo nivel de integración que sea posible.

Así se sentó – como principio básico - que todo paciente crónico debía tener, diariamente, un tiempo de recreación y un tiempo de ejercicios físicos o deportes.

De acuerdo con esa concepción, en noviembre de 1960, comenzó a funcionar el Departamento de Terapia Ocupacional y Rehabilitación. Al principio la actividad se limitaba a una variante de excursionismo: es decir, a paseos a pie por los alrededores del Hospital.

Después, las actividades de terapia ocupacional (en sus variadas manifestaciones) se desarrollaron en los parques y portales de las salas y en ellas participaba un gran número de enfermos.

A partir de 1959 con el triunfo de la Revolución Cubana se emprenden las más profundas transformaciones políticas, económicas y sociales. Se nombró Director del antiguo Hospital de Dementes de Cuba (Mazorra) al Doctor Eduardo B. Ordaz Ducungé, quien junto a un grupo de colaboradores cambió la vida de los enfermos mentales, convirtiéndolo en un moderno Hospital Psiquiátrico, con un Servicio de Terapia Ocupacional y Rehabilitación, dotado de amplias y confortables naves talleres, en las cuales los pacientes – orientados por terapeutas- realizan distintas actividades de acuerdo con el nivel de rehabilitación en que se hallan ubicados y el perfil ocupacional diseñado por un estudio multidisciplinario de las capacidades reales y potenciales del enfermo, vocación, etc.

Se creó el Sistema Nacional de Salud sistema único e integral y el Ministerio de Salud Pública como requisito indispensable para el establecer y controlar los aspectos normativos y metodológicos vinculados con la promoción, prevención y recuperación de la salud, la formación, perfeccionamiento, y superación de los recursos humanos. Se creó el Subsistema de Salud Mental que enmarca todas las actividades relacionadas con la Psiquiatría y la Salud mental y se crearon el grupo nacional y provincial de Salud Mental.

En 1974, se instituyó el Servicio Especial de Rehabilitación, el cual, en 1982, devino en Vicedirección de Rehabilitación y Asuntos Sociales; dependencia que controla, supervisa y dirige los servicios de crónicos (pabellones nuevos y viejos), los centros de rehabilitación protegidos con albergue, así como cualquier otro tipo de actividad científico - investigativa que se lleve a efecto en el Hospital Psiquiátrico de La Habana.

Ahora bien, esos exitosos planes de terapia ocupacional y rehabilitación no sólo se materializan en las tareas de nuestra institución, toda vez que grandes grupos de pacientes de ambos sexos, concurren a determinados centros de producción y servicios en la Ciudad de La Habana, para rendir su jornada laboral diaria, como parte

indispensable de su programa terapéutico – rehabilitatorio. La opinión de los administradores y funcionarios de estos centros laborales es altamente satisfactoria. Como un significativo ejemplo de trabajo de estos pacientes podemos anotar su participación en los trabajos de construcción del Hospital Psiquiátrico de Camagüey y el policlínico de Calabazar en Ciudad de La Habana.

Otro de los éxitos de la Terapia Ocupacional ha sido la creación y mantenimiento de los centros de rehabilitación protegidos con albergue por la metodología de trabajo utilizada en ello con los enfermos ubicados en el 5to nivel de rehabilitación, ya que los pacientes albergados en dichas instalaciones reciben un salario, están incorporados a la comunidad y asisten a los lugares que más les place en su tiempo libre.

De este modo, el enfermo se siente útil, acogido en el seno de la nueva sociedad que la Revolución construye. Dadas las proyecciones extramuros del proceso de rehabilitación del enfermo mental crónico, hemos podido observar cómo el trinomio hospital –paciente- comunidad ha sido conformado una unidad dialéctica: el paciente transforma el ambiente físico y social del Hospital y de la comunidad y estos a, a su vez lo transforman a él.

A partir de 1995, se inicia un proceso de reorientación de la Psiquiatría cubana que respondía a las necesidades crecientes de la población de recibir una atención psiquiátrica en el seno de la comunidad y que respondiera a las nuevas concepciones del desarrollo del conocimiento de la especialidad aplicado a la comunidad que no sería más que el Modelo de Atención comunitaria en salud Mental que descansa en los Centros Comunitarios de salud mental (CCSM).

La autora plantea que la Psiquiatría comunitaria se rige como el nuevo paradigma de la Psiquiatría en Cuba, basada en el modelo de atención comunitaria de salud mental, un modelo de organización de los servicios de salud mental más avanzado y que se materializa en los Centros Comunitarios de Salud Mental, un nuevo modelo de basamento teórico que a nuestro juicio integra todos los aspectos que debe contemplar la atención integral al proceso salud enfermedad, como forma de abordar este complejo sistema.

El Centro Comunitario de Salud Mental tiene la misión de garantizar la ejecución de un programa asistencial, docente e investigativo de excelencia sobre Salud Mental desde la atención primaria con alta profesionalidad, que permita la rehabilitación, promoción y prevención de enfermedades mentales en la población. Los servicios que brinda se encuentran: Atención Hospitalizada, Atención Ambulatoria, Tratamientos Especializados, Programas de Rehabilitación Psicosocial, Psicoterapias Grupales, Medicina Natural y Tradicional. También ofrece capacitación pre y postgrado, entrenamientos a líderes formales y no formales de la comunidad. Desarrolla más de 13 programas en espacios de la comunidad, dirigido a grupos vulnerables, población en riesgo y población supuestamente sana.

Además también tiene como objeto de estudio acciones profilácticas a la Comunidad y a la familia como la célula fundamental de nuestra sociedad, como institución básica de la comunidad, donde se desarrollan los conocimientos sobre la estructura y función de la familia, su ciclo vital, su funcionamiento, sus crisis, cómo relacionarse con ella y cómo reforzar la función central de la familia que es la de proporcionar el medio adecuado para el óptimo desarrollo biopsicosocial de sus miembros.

El modelo comunitario de atención psiquiátrica tiene 3 perfiles básicos: clínico, epidemiológico y social. **Clínico** porque brinda atención médica con acciones curativas y rehabilitatorias para los sujetos enfermos; **epidemiológico** porque aplica como estrategia de trabajo ese método para lograr el diagnóstico de salud con el que se detectan grupos de riesgo, evaluando no solo al individuo, sino a grupos poblacionales en cuanto a estado de bienestar, o sea, su salud mental. El perfil **social** está dado porque considera las necesidades de salud de la población, y porque en la solución de esos problemas, la comunidad participa activamente.

Entre los principios básicos que caracterizan el modelo de atención comunitaria se encuentran:

- **Atención integral y continuada:** Al evaluar al paciente hay que tener en cuenta estos 3 aspectos: la presencia de su esencia como ser biológico con estructuras y funciones definidas, las relaciones como ser social inherentes a su condición

de convivencia grupal (familia y comunidad), y la resultante de esta interrelación biosocial es la que origina el fenómeno psicológico. Desde el punto de vista especializado, el Especialista en Salud Mental (ESM) vinculado a la Atención Primaria de Salud (APS) garantiza esta continuidad, tanto en el primer nivel de atención como en el segundo, asistiendo a todos los episodios presentados y en las diferentes instancias.

- **Diagnóstico comunitario y evaluación de las necesidades sociales de la salud mental:** Es la base fundamental en la que se cimienta el modelo. Conocer los principales problemas de salud de la población y sus necesidades es esencial para establecer planes de acción o programas específicos capaces de solucionarlos.
- **Equipo de Atención Primaria de Salud (Médico y Enfermera de la Familia) y comunidad como ejes fundamentales del modelo.** El actual modelo cede el papel rector al equipo de Atención Primaria de Salud (APS) y a la comunidad en relación con la salud mental. El Médico y la Enfermera de la Familia dominan los problemas fundamentales de la salud de su comunidad, por lo que el vínculo del Especialista en Salud Mental (ESM) con él es fundamental, no solo para lograr el conocimiento necesario, sino para asesorarlo en la solución -conjuntamente con la población- de dichos problemas.
- **Descentralización de los recursos materiales y humanos:** En el campo de la salud mental podemos ejemplificar esta descentralización en la transferencia de recursos humanos y materiales del segundo nivel al primero, en delegar tareas y funciones referentes a la salud mental en el Equipo de Atención Primaria de Salud, en la determinación de un plan de acción, una vez realizado el diagnóstico de las necesidades de salud de la población, sin necesidad de esperar burocráticamente decisiones de un nivel administrativo superior.
- La coordinación e integración funcional de los diferentes niveles del sistema de salud: Independientemente de que el sistema centre su atención en la Atención Primaria de Salud, debe integrarse como un todo. Si el Especialista en Salud Mental radica en el primer nivel de atención, debe vincularse de alguna manera

al segundo y viceversa, de tal forma que aproximadamente el 70% de las horas laborables estén dedicadas al trabajo comunitario, y el 30 restante dirigido a pacientes hospitalizados.

- **Estratificación de acciones:** Con la aplicación del modelo se hace necesario estratificar las acciones por los diferentes niveles del sistema de una forma coherente y armónica, de tal forma que no se repitan acciones.
- **La coordinación intersectorial:** En el modelo de atención comunitaria se hace imprescindible la participación de otros sectores de la sociedad en el quehacer amplio y multidimensional de la salud mental. La participación comunitaria en la solución de los problemas relacionados con la salud de sus habitantes requiere que organizaciones de masas, políticas, instituciones gubernamentales o no, centros productivos, etc, se involucren en las acciones requeridas para ello. En nuestro país el mayor vínculo es a través de los órganos de gobierno locales: Consejos Populares, con sus Delegados de Circunscripciones, Presidentes y Vicepresidentes, así como con otros organismos tales como, Ministerio del Interior (MININT), Comités de Defensa de la Revolución (CDR), Federación de Mujeres Cubanas (FMC); las Instancias de Educación, Cultura, Deportes y Recreación; la Asociación de Combatientes; los Organismos de Justicia, Trabajo y Seguridad Social; así como también las Unidades y Empresas Económicas del Territorio.

Si se parte del hecho de que el modelo es en principio no medicalizado ni profesionalizado, se entiende que la participación social es vital para el buen desempeño de las acciones que en materia de salud mental se requieren. No es solo en el accionar que se requiere de la participación social, sino también en el diseño y planificación de las tareas, así como en la detección de los problemas que constituyen necesidades sentidas de la población. El Especialista en Salud Mental debe participar en asambleas populares e interrelacionarse con la comunidad y sus líderes directamente para divulgar aspectos relacionados con la salud mental, conocer sus preocupaciones, y comprometerlos para que participen activamente en la solución de sus propias necesidades de salud con los recursos disponibles para ello.

- **Integración de la prevención y la asistencia con la investigación:** Para lograr lo anterior se impone profundizar en el conocimiento de los problemas de salud locales a través de la realización de investigaciones cuanti-cualitativas relacionadas con la asistencia, para el buen desempeño de prevenir y promover salud en la población.
- **Capacitación y transferencia de tecnología:** Transferir tecnología en forma de "cascada" es imprescindible para el buen desempeño del modelo. Al descentralizar recursos y estratificar acciones con una participación social activa, se hace necesario que se trasmitan herramientas de trabajo, no solo al Médico y Enfermera de la Familia, sino a los líderes comunitarios y a la propia comunidad para que se conviertan en agentes de salud mental comunitaria.
- En Cuba, se defiende el paradigma biopsicosocial, integral, global y holístico, donde la salud, al mismo tiempo que es uno de los valores más importantes a cuidar, es una resultante de un proceso complejo que se construye entre todos.

En el país hoy, más de una personalidad médica eminente invoca la orientación de las ciencias de la salud por un "nuevo paradigma más expansivo, que comprenda al ser humano, en lo social, lo psicológico, lo antropológico, lo filosófico, lo ético, lo humano, lo biológico, lo político, lo cultural"...que tenga la fuerza para comprender el hombre en su integralidad, abarcar más lo colectivo que lo individual, más la salud que la enfermedad, más prevenir, promover y rehabilitar que curar, y más transformar la salud que explicarla". La reformulación o reconstrucción de ese modelo (el paradigma biopsicosociocultural y espiritual) al cual se aspira es un reto que se plantea hoy, al asumir con toda responsabilidad la complejidad que de ello se deriva. Se pueden reconocer como principal factor que ha contribuido al desarrollo de la Psiquiatría comunitaria la voluntad política del Estado Cubano, al considerar a la Salud pública una conquista irrenunciable de la Revolución y La Atención Primaria de Salud considerada como eje central del Sistema Nacional de Salud. El sistema de salud cubano, universal, gratuito y al alcance de todos los ciudadanos sin distinción de raza, procedencia social y religión, se ha conformado y desarrollado a partir de un concepto social de la salud que en el momento actual es preciso decir que va más allá de la ausencia de enfermedad,

rebasa los límites del individuo y que abarca su relación e interacción con el medio donde éste se desarrolla.

1.1.4 REHABILITACIÓN DE LOS PACIENTES NEURÓTICOS.

Según estimaciones publicadas en octubre de 2001 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), unos 450 millones de personas en todo el mundo sufren al menos una vez en la vida algún tipo de problema de salud mental lo suficientemente grave como para requerir tratamiento médico. Sin embargo, ello no implica que estas personas estén dispuestas a recibir tratamiento y de hecho muchas de ellas nunca acuden a un profesional. En conjunto, se estima que un porcentaje bastante alto de la población sufre depresiones leves o moderadas, ansiedad u otro tipo de trastornos emocionales. A ello habría que sumar el alcoholismo, que en muchos países va en aumento, y la drogodependencia, así como el daño a la salud mental que suponen estados como la pobreza permanente, el desempleo o la discriminación social.

Durante las últimas décadas se han desarrollado muchos programas y servicios de rehabilitación para mitigar la invalidez funcional resultante de enfermedades o lesiones y para que las personas puedan volver a desarrollar sus actividades lo antes posible. No sólo la recuperación física, sino también la rehabilitación social, mental y vocacional están recibiendo cada vez más atención como aspectos importantes de los servicios de salud pública. Esto es coherente con la postura de centrarse en la salud, más que en la enfermedad, adoptada por la OMS. Hoy en día la salud se considera un estado de bienestar social, mental y físico, más que la simple ausencia de enfermedades o dolencias.

Microsoft ® Encarta ® 2007. © 1993-2006 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

Pese a la vaguedad y a las dificultades que implica su definición, es por ello que debemos trabajar con la rehabilitación de estos pacientes, haciendo énfasis en la importancia que tiene la misma para ellos partiendo en su concepto como la utilización combinada y coordinada de medidas médicas y sociales de educación y preparación profesional que tienen el objetivo de pertrechar al enfermo de un nivel superior de la

actividad funcional, ésta refleja el grado de humanismo en las relaciones con el hombre enfermo en general y en particular con el enfermo mental, suele ser sinónimo también de terapia, como la que es patrocinada por programas oficiales o públicos. En todos los casos el objetivo de la rehabilitación es enseñar o restituir a una persona determinadas habilidades o actitudes positivas para permitirle una integración más amplia y enriquecedora en la sociedad.

Esta rehabilitación tiene diferentes **aspectos metodológicos** que nos da a conocer más sobre cómo se debe utilizar en estos pacientes, ellos son **la influencia de los medios biológicos y psicosociales**, que estas pueden ser clínicas que en ellas se toman las medidas encaminadas al restablecimiento de la salud, además están las **profesionales** que se determinan por las medidas encaminadas al restablecimiento de la capacidad laboral que poseía el paciente antes de la enfermedad, o a la adquisición de nuevas capacidades, seguidamente de la **influencia de los familiares** que es de gran importancia ya que están vinculadas al restablecimiento del paciente y por último la **integralidad social** que está relacionada con el padecimiento total o parcial de la actividad social del paciente antes del padecimiento o con la adquisición de una nueva actividad social.

El principio rector de todos los departamentos de salud locales, estatales, provinciales, regionales y nacionales es lograr esta meta de la manera más completa y rápida posible.

1.2 ALGUNOS TRASTORNOS MENTALES.

La clasificación de los trastornos mentales es todavía inexacta y varía según las escuelas y doctrinas psicopatológicas. Para uniformar criterios, la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la clasificación universal de los trastornos mentales que ha conocido hasta la fecha varias versiones.

Según la autora americana **T. Cecil Dray** plantea que la mayoría de los sistemas de clasificación reconocen los trastornos infantiles (por ejemplo, el retraso mental) como categorías separadas de los trastornos adultos. igualmente, distinguen entre trastornos orgánicos, los más graves provocados por una clara causa somática, fisiológica,

relacionada con una lesión estructural en el cerebro, y trastornos no orgánicos, a veces también denominados funcionales, considerados más leves.

Partiendo de la distinción en función de la gravedad y de la base orgánica, se diferencian los trastornos psicóticos de los neuróticos. De forma general, psicótico implica un estado en el que el paciente ha perdido el contacto con la realidad, mientras que neurótico se refiere a un estado de malestar y ansiedad, pero sin llegar a perder contacto con la realidad.

En su extremo, como formuló **Sigmund Freud**, el fundador del psicoanálisis, todos somos “buenos neuróticos”, en tanto que los casos de psicosis son contados. Los más comunes son: la esquizofrenia, la mayor parte de los trastornos neurológicos y cerebrales (demencias) y las formas extremas de la depresión (como la psicosis maniaco-depresiva). Entre las neurosis, las más típicas son las fobias, la histeria, los trastornos obsesivo-compulsivos, la hipocondría y, en general, todos aquellos que generan una alta dosis de ansiedad sin que exista una desconexión con la realidad, alguno de estos trastornos se hacen evidentes por primera vez durante la infancia, la pubertad o la adolescencia.

El **retraso mental** se caracteriza por la incapacidad para aprender con normalidad y llegar a ser independiente y socialmente responsable como las personas de la misma edad y cultura. Los individuos con un cociente intelectual inferior a 70 se consideran retrasados en cuanto a su inteligencia.

La **hiperactividad**, desorden que parte de un déficit en la atención y la concentración, se traduce en un exceso de ímpetu en el individuo que la padece, haciéndole incapaz de organizar y terminar su trabajo, de seguir instrucciones o perseverar en sus tareas, debido a una inquietud constante y patológica.

Los **trastornos ansiosos** comprenden el miedo a la separación (abandono de la casa o de los padres), a evitar el contacto con los extraños y, en general, un comportamiento pusilánime y medroso. Otros trastornos mentales se caracterizan por la distorsión simultánea y/o progresiva de varias funciones psíquicas, como la atención, la

percepción, la evaluación de la realidad y la motricidad. Un ejemplo es el autismo infantil, trastorno caracterizado por el desinterés del niño hacia el mundo que le rodea.

(Spilberger, 1996), plantea que la ansiedad es un sentimiento que existe en la naturaleza de las personas. Ocurre bajo condiciones de irritación. Un exceso en la ansiedad puede resultar en un funcionamiento anormal del cuerpo. Cada persona tiene una sensación de ansiedad diferente, y las propiedades psicológicas juegan importantes roles en esta situación.

La ansiedad comienza gradualmente y se incrementa paso a paso. En caso de que no sea controlada, se incrementa y comienza a irritar a las personas. Las principales razones de la ansiedad son los viajes de negocios, el tabaquismo, el consumo de alcohol, el sobrepeso, el fracaso, y una inapropiada apariencia física. Los síntomas de ansiedad pueden ser dolores en los huesos, sensación de cansancio, dolores de cabeza, nerviosismo, falta de sueño, falta de memoria, vacilaciones, hipocondrismo, etc. (Link, 1993).

La ansiedad y la depresión son las principales preocupaciones en lo que respecta a la salud mental de los estudiantes universitarios (Rice and Leffert, 1997; Rimmer, Halikas, and Schuckit, 1982; Vredenburg, O'Brien, and Krames, 1988). La asistencia a clases, los exámenes, los informes, y las tareas mantienen a los estudiantes corriendo de un lado para otro con horarios saturados, el trabajo, el cuidado de niños, y el cuidado de otras preocupaciones de la vida diaria pueden provocar un estrés considerable y reducir las horas de sueño, provocar una baja asistencia a clases, abandono, comportamientos emocionales, abuso de alcohol, la utilización de drogas ilegales, violencia o falta de habilidades interpersonales, haciendo demandas poco reales sobre ellos mismos y sobre los otros, problemas de motivación y las bajas notas pueden impedir su éxito en la universidad (Arthur, 1998, Haines, Norris, and Kashy, 1996; Vredenburg, O'Brien, and Krames, 1988). Este tipo de estilo de vida puede contribuir directamente a altos niveles de ansiedad (Bertocci, Hirsch, Sommer, and Williams, 1992; Thompson, Bentz, and Liptzin, 1973).

Debemos estar conscientes de los beneficios de una actividad física regular, ya que esta puede mejorar nuestros niveles de energía mientras gastamos calorías. La actividad física puede ser muy simple incorporar en nuestras vidas, por ejemplo subiendo las escaleras en lugar de tomar el ascensor, caminar una cuadra extra, o realizar una caminata después de comer en lugar de dormir una siesta. La actividad física regular puede ayudar a prevenir y controlar enfermedades tales como las enfermedades de las arterias coronarias, la hipertensión, la diabetes no insulina dependiente, la osteoporosis, y los problemas de salud mental tales como la depresión y la ansiedad. La actividad física regular ha sido asociada con bajas tasas de cáncer de colon y con bajas tasas de incidencia de ataques cerebro vasculares.

La actividad física puede tener un efecto significativo sobre la salud mental. Los adultos físicamente activos tienen mejores conceptos sobre si mismos y tienen una elevada autoestima, lo cual está indicada por el incremento en la confianza, y en la estabilidad emocional, en la independencia y en el auto control. Tekin (1997) halló diferencias significativas entre estudiantes deportistas y no deportistas de acuerdo con valores de percepción física y auto estima. Tekin (1998) llevó a cabo un programa de ejercicios físicos con algunos de los estudiantes que participaron en el mismo campamento de verano y observó diferentes resultados psicológicos entre el grupo que se ejercitó y el grupo control. Asimismo, Zorba, Ziyagil y Tekin (1999) expusieron los mismos resultados en su investigación en donde estudiaron la relación entre la competencia física percibida, el ejercicio físico, la edad deportiva y algunos parámetros psicológicos.

La realización de ejercicios puede eliminar la ansiedad, la tensión y el estrés bajo condiciones de presión. La realización habitual de ejercicios como una técnica para el manejo del estrés tiene el beneficio de mejorar el estado de ánimo, incrementar la autoestima y reducir las reacciones físicas y psicológicas frente al estrés. Además, cuanto mayor sea la destreza en el ejercicio, mayor será la apreciación de la calidad de vida y el auto descubrimiento mediante el ejercicio (Berger).

De acuerdo con Graham, Holt y Parker (1998) las actividades físicas tales como el básquetbol, el tenis, la pelota paleta, el levantamiento de pesas, la defensa personal y la natación ayuda a mejorar y mantener la salud física y mental y la calidad de vida.

Además, se ha reportado que un programa de actividades de intensidad moderada tiene un efecto beneficioso sobre el sistema inmune (Nieman and Pedersen 1999). Específicamente se halló que el ejercicio de intensidad moderada reducía el número de días de enfermedad. La mejora de la función inmune puede derivar de la reducción en el estrés y de los beneficios del ejercicio en cuanto a la reducción de las concentraciones de las hormonas relacionadas con el estrés (i.e., cortisol).

Aunque se han reportado niveles bajos de ansiedad en jóvenes que participaban en programas de actividades se sabe poco acerca de los efectos de éstas sobre la ansiedad en jóvenes. La ansiedad puede ser eliminada principalmente por medio de la realización de ejercicios físicos. Los efectos del ejercicio sobre la ansiedad en jóvenes es todavía poco entendida. (Craft & Landers, 1998; Mutrie and Biddle, 1995).

Además de la depresión neurótica y otros trastornos ansiosos, hay diversas situaciones que tradicionalmente se han considerado neuróticas, como la histeria, las reacciones de conversión (de un conflicto psíquico a una enfermedad orgánica irreal), la hipocondría y los trastornos disociativos.

Entre las formas disociativas de trastorno mental están la **amnesia psicológica** y la **personalidad múltiple** (desde antaño conocida como histeria de la personalidad alternante), una extraña enfermedad en la que el paciente comparte dos o más personalidades distintas, alternando el predominio de una o de otra (es el caso de la obra de **Robert Louis Stevenson *Dr. Jekyll y Mister Hyde*** y de la película de **Alfred Hitchcock, *Psicosis***).

La investigación psicológica relevante para la salud mental incluye el estudio de la percepción, el procesamiento de la información, el pensamiento, el lenguaje, la motivación, la emoción, las diversas capacidades intelectuales, las actitudes, la personalidad y el comportamiento social. Por ejemplo, los investigadores están

estudiando el estrés y cómo controlarlo, estudio que permitiría, por ejemplo, ayudar a prevenir algunos trastornos mentales.

Las teorías postuladas por **Sigmund Freud** fueron uno de los primeros intentos de comprender el mal funcionamiento de la mente, pero los métodos del psicoanálisis, propuestos por Freud y modificados por sus seguidores, no son eficaces en el tratamiento de algunas psicosis graves, dos intentos precoces para el tratamiento de los procesos psicóticos fueron la leucotomía, también denominada lobotomía, introducida en 1935, y el electrochoque o terapia.

El autor ruso **R. D. Sinelnikov** hace alusión a la introducción de fármacos que fue uno de los mayores progresos en el tratamiento de estas enfermedades. Los primeros, las fenotiazinas, se comenzaron a emplear a principios de la década de 1950 para tratar la esquizofrenia, y han demostrado ser muy eficaces en el tratamiento de los síntomas de muchos pacientes con esquizofrenia aguda. Sin embargo, el entusiasmo inicial, que llevó a pensar que los hospitales mentales se podrían cerrar, fue sólo una ilusión.

Los médicos se están dando cuenta de que a algunos de estos pacientes que no mejoran con fármacos, en cualquier caso se les debe proporcionar ayuda psicológica. También se ha encontrado que algunas personas tratadas con fenotiazinas durante muchos años desarrollan un trastorno neuromuscular complejo denominado disquinesia tardía.

Otro importante avance en la farmacología de las enfermedades mentales ha sido el uso del litio para tratar la enfermedad maníaco - depresiva. Otros fármacos, como los antidepresivos tricíclicos, son muy útiles en la actualidad y se emplean con éxito en el tratamiento de la depresión.

1.2.1 CRITERIOS DE GRAVEDAD.

Existen diferentes criterios sobre los pacientes con trastornos mentales, por los cuales se pueden mencionar criterios clínicos según el autor **J. E. Utting** el cual plantea que dentro de ellos están la **gravedad clínica** que es la presencia de una significativa distorsión de la realidad o comportamiento abiertamente desadaptado atribuible al trastorno mental, además la presencia de una significativa distorsión de la realidad o comportamiento, como otro criterio está la **temporalidad** que ésta se presenta de manera continua o episódica recurrente durante al menos dos años.

Contamos también con la **repercusión social**, que esta puede limitar o perturbar una función, puede aparecer la incapacidad funcional (discapacidad para el desenvolvimiento de un rol social), existe la dependencia (necesidad permanente de mantenimiento por parte de otra persona o de un servicio concreto), se hace muy importante la sobrecarga familiar si es persistente o si hay ausencia de la familia y la ausencia del rol social.

Además de esta gravedad clínica existe también el **uso de los servicios**, que este está prevalente la utilización previa de uno o más servicios de salud mental, de forma prolongada o reiterada, tres o más hospitalizaciones a lo largo de dos años, más de 150 días de hospitalización a lo largo de su vida, estancia de más de 90 días durante la última hospitalización psiquiátrica, 3 atenciones en un servicio de urgencias por causas psiquiátricas en un año, o más de 4 en los últimos dos años.

Para nuestro trabajo nos dimos a la tarea de enfatizar en los Trastornos Neuróticos, en lo cual daremos una serie de aspectos sobre ellos.

1.3 GENERALIZACIÓN DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS NEURÓTICOS.

Existen diferentes tipos de trastornos como son: trastornos de ansiedad fóbica, trastorno Obsesivo Compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastornos disociativos (de conversión) y la distimia.

Dentro de los trastornos de ansiedad fóbica encontramos la agorafobia, dentro de ella encontramos los **temores** que los pacientes lo sienten antes de salir del hogar, entrar

en comercios, multitudes y dificultad para poder escapar, además está la fobia social, donde el paciente actúa de un modo embarazoso, reconoce que este temor es excesivo o irracional, pese a ello tiende a evitar estas situaciones e interfiere con la rutina normal del individuo y sus relaciones.

Otro trastorno que podemos mencionar para su explicación es el **trastorno obsesivo compulsivo**, dentro de éste encontramos la **ideación obsesiva**, esta se caracteriza por lo absurdo, la duda, la repetición y la angustia asociada. Involuntaria y a menudo repulsiva, pero percibida como pensamiento propio, está también los **rituales compulsivos**, estos son actos, mentales o manifiestos, generalmente repetitivos y estereotipados, dirigidos a reducir el malestar generado por el pensamiento obsesivo, escrito por el autor (**K.Jaspers**), se encuentra también “**enlentecidos primarios**” por el autor (**Rachmann**), donde el paciente utiliza una enorme cantidad de tiempo en la realización de tareas cotidianas, siguiendo un patrón conductual rígido, es un subgrupo obsesivo de especial gravedad clínica ya que presenta síntomas egosintónicos y escasa conciencia de enfermedad.

Además de este trastorno ya antes mencionado encontramos el **trastorno por estrés postraumático** que no es más que la respuesta diferida a un acontecimiento estresante o situación de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, ésta puede ser **clínica**, que da una experiencia traumática, anhedonia, evitación, culpa, síntomas depresivos y ansiosos, y frecuentemente consumo de sustancias.

Otro trastorno es el **trastorno disociativo de conversión**, éstos se caracterizan por la aparición de síntomas físicos sin que concurren causas físicas aparentes, uno de estos síntomas es la histeria, que las quejas se presentan de forma teatral y se inician, por lo general en la adolescencia, para continuar durante la vida social.

Es un trastorno que se ha diagnosticado con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, y en su extremo —la histeria de conversión— aparecen parálisis que imitan trastornos neurológicos, de modo similar al dolor psicogénico que no presenta una causa física aparente. Por último, en la hipocondría el síntoma dominante es el miedo irracional a la enfermedad.

Otro trastorno que encontramos es la **distimia**, que son rasgos neuróticos de personalidad, psicogénesis, ansiedad, agravación síntomas por la tarde, variaciones anárquicas, curso prolongado no estacional y pronóstico más desfavorable, respuesta más pobre que las depresiones endógenas a las terapéuticas antidepresivas habituales y mucho más sensible a la psicoterapia.

Otro trastorno importante es el **estrés o Stress**, en medicina, no es más que el proceso físico, químico o emocional productor de una tensión que puede llevar a la enfermedad física. Una eminente autoridad en estrés, el médico canadiense Hans Selye, identificó tres etapas en la respuesta del estrés.

En la primera etapa, alarma, el cuerpo reconoce el estrés y se prepara para la acción, ya sea de agresión o de fuga.

Las glándulas endocrinas liberan hormonas que aumentan los latidos del corazón y el ritmo respiratorio, elevan el nivel de azúcar en la sangre, incrementan la transpiración, dilatan las pupilas y hacen más lenta la digestión.

En la segunda etapa, resistencia, el cuerpo repara cualquier daño causado por la reacción de alarma. Sin embargo, si el estrés continúa, el cuerpo permanece alerta y no puede reparar los daños. Si continúa la resistencia se inicia la tercera etapa, agotamiento, cuya consecuencia puede ser una alteración producida por el estrés. La exposición prolongada al estrés agota las reservas de energía del cuerpo y puede llevar en situaciones muy extremas incluso a la muerte.

En los trastornos neuróticos es frecuente encontrar, además de la ansiedad trastornos de la esfera sexual, problemas de agresividad, trastornos del sueño y estados de fatiga.

"Enfermedades mentales." Microsoft® Encarta® 2007 [DVD]. Microsoft Corporation, 2006.

1.4 CLASIFICACIÓN DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS NEURÓTICOS.

Neurosis, también llamada psiconeurosis, término que describe una variedad de trastornos psicológicos que originalmente parecieron tener su origen en algún problema neurológico, pero a los que hoy se atribuye un origen psíquico, emocional o psicosocial.

Una de sus características es la ansiedad, personalmente dolorosa y origen de un comportamiento inadaptado.

Es ampliamente aceptado que el término neurosis se aplica para intentar diagnosticar aquellas afecciones cuyos síntomas son la expresión simbólica de un conflicto psíquico. El psicoanálisis adoptó este término y lo convirtió en una de las más importantes aportaciones a la psiquiatría clásica, un concepto que designa la respuesta de un sujeto como solución de compromiso entre el deseo y la defensa.

El diagnóstico de estructura, que distingue tres grandes estructuras clínicas - neurosis, psicosis y perversión -, es un instrumento clínico fundamental frente a cualquier clasificación nosográfica que tienda a agrupar síntomas y trastornos, y a imposibilitar, precisamente, el diagnóstico.

En el DSM-IV, Manual de Clasificación de las Enfermedades Mentales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de orientación terapéutica conductista, la neurosis no es definida como enfermedad mental, aunque incluye en este trastorno las siguientes enfermedades:

Trastorno por ansiedad generalizada: La ansiedad es un sentimiento que existe en la naturaleza de las personas. Ocurre bajo condiciones de irritación. Un exceso en la ansiedad puede resultar en un funcionamiento anormal del cuerpo. Cada persona tiene una sensación de ansiedad diferente, y las propiedades psicológicas juegan importantes roles en esta situación (Spilberger, 1996).

La ansiedad comienza gradualmente y se incrementa paso a paso. En caso de que no sea controlada, se incrementa y comienza a irritar a las personas. Las principales razones de la ansiedad son los viajes de negocios, el tabaquismo, el consumo de alcohol, el sobrepeso, el fracaso, y una inapropiada apariencia física.

Los síntomas de ansiedad pueden ser dolores en los huesos, sensación de cansancio, dolores de cabeza, nerviosismo, falta de sueño, falta de memoria, vacilaciones, hipocondrismo, etc. (Link, 1993).

La ansiedad y la depresión son las principales preocupaciones en lo que respecta a la salud mental de estos pacientes (Rice and Leffert, 1997; Rimmer, Halikas, and Schuckit, 1982; Vredenburg, O'Brien, and Krames, 1988).

La asistencia a clases, los exámenes, los informes, y las tareas mantienen a los estudiantes corriendo de un lado para otro con horarios saturados, el trabajo, el cuidado de niños, y el cuidado de otras preocupaciones de la vida diaria pueden provocar un estrés considerable y reducir las horas de sueño, provocar una baja asistencia a clases, abandono, comportamientos emocionales, abuso de alcohol, la utilización de drogas ilegales, violencia o falta de habilidades interpersonales, haciendo demandas poco reales sobre ellos mismos y sobre los otros, problemas de motivación y las bajas notas pueden impedir su éxito en la vida diaria (Arthur, 1998, Haines, Norris, and Kashy, 1996; Vredenburg, O'Brien, and Krames, 1988). Este tipo de estilo de vida puede contribuir directamente a altos niveles de ansiedad (Bertocci, Hirsch, Sommer, and Williams, 1992; Thompson, Bentz, and Liptzin, 1973), además de esta tenemos la:

Crisis de angustia, se caracteriza por los ataques de pánico que también se dan en el trastorno anterior y que son episodios de aprensión aguda, imposible de sobrellevar, acompañados de síntomas físicos como palpitaciones cardiacas, transpiración copiosa, respiración entrecortada, temblores musculares, náuseas y desmayos (una persona que sufre un ataque de angustia se siente como si fuera a morir); en el caso de las **fobias** se puede decir que es una respuesta de miedo desmedido ante un estímulo o ante situaciones que normalmente no se consideran peligrosas (por ejemplo, viajar en el metro).

Para diagnosticarse como una fobia, el pánico debe ser lo suficientemente intenso y constante como para que interfiera en la vida normal del individuo. La reacción emocional varía desde el mero disgusto al pánico. Normalmente, una persona que sufre de alguna fobia es consciente de que su miedo es irracional, pero es incapaz de controlarlo.

El **trastorno obsesivo - compulsivo** consiste en la persistente intrusión de pensamientos o impulsos desagradables en la conciencia del individuo, y en las

urgencias irresistibles – compulsiones - a desarrollar acciones o rituales para reducir la ansiedad consiguiente. Ambas características se suelen dar juntas en este trastorno (por ejemplo, una persona obsesionada con la idea de que su vivienda puede ser saqueada y su familia atacada, comprobará de forma constante que todas las ventanas y puertas estén cerradas, numerosas veces al día; otro caso típico es el de las personas que tienen la compulsión de lavarse las manos constantemente).

Trastorno por angustia de separación ocurre durante la infancia y consiste en un miedo irracional a estar separado de los padres. A menudo los adultos que sufren de agorafobia (miedo a espacios públicos abiertos) han sufrido la angustia de separación cuando eran niños.

Trastorno por estrés postraumático término que se acuñó después de la guerra del Vietnam para describir los síntomas psicopatológicos experimentados por los veteranos de guerra cuando retornaban al hogar. En la I Guerra Mundial se llamó ‘neurosis de guerra’, y en la II Guerra Mundial, ‘fatiga del combate’. Pero este trastorno no es exclusivo de estas situaciones, ya que puede aparecer después de cualquier tipo de desastre, como un accidente aéreo o una catástrofe natural.

Los síntomas consisten en revivir los sucesos traumáticos, sufrir desarreglos del sueño, como pesadillas e insomnio, padecer ansiedad, distanciarse de los entornos normales, y perder el interés por las actividades que se realizaban antes de que ocurriera el desastre.

Trastorno de **personalidad múltiple** extremadamente infrecuente en el que más de una personalidad coexiste en el mismo individuo. A menudo, una de las personalidades es inconsciente de lo que ocurre mientras la otra domina, por lo que aparecen periodos de amnesia. Este trastorno sigue a una experiencia infantil extremadamente traumática.

1.5 FACTORES PSICOLÓGICOS DE LOS PACIENTES NEURÓTICOS.

Para la rehabilitación de estos pacientes neuróticos es necesario conocer los diferentes factores psicológicos con los que ellos suelen convivir, dentro de estos factores

psicológicos encontramos el **miedo** que está clasificado por diferentes aspectos, los cuales son: la **prudencia** que es cuando el paciente anticipa una posible peligrosidad, reforzando sus dispositivos de reacción, la **cautela**, donde el paciente repite sus reacciones de forma innecesaria, la **alarma**, en esta el miedo se apodera del paciente, donde duda, vacila y realiza movimientos innecesarios, la **ansiedad**, donde el paciente pierde el control y lucha por reconquistarlo inútilmente, el **pánico**, donde el paciente es presa de una excitación, donde prevalece el miedo dominando al paciente y por último el **terror**, donde el paciente en estas circunstancias no reacciona a nada y puede hasta perder la conciencia.

1.6 TRATAMIENTO DE LAS NEUROSIS.

Las neurosis pueden ser tratadas mediante el psicoanálisis, la psicoterapia o la modificación de conducta (especialmente en el caso de las fobias y de los trastornos obsesivo-compulsivos). En este tipo de trastornos, la medicación suele ser sólo un medio complementario para reducir los niveles de ansiedad, como la relajación o la hipnosis. Muchas de las neurosis responden bien al tratamiento y sus efectos perturbadores sobre el individuo se logran atenuar en gran medida.

"Neurosis." Microsoft® Encarta® 2007 [DVD]. Microsoft Corporation, 2006.

1.6.1 RECURSOS TERAPÉUTICOS PSICOLÓGICOS PARA LOS PACIENTES NEURÓTICOS.

Según el Dr René Vega Vega, 1989, plantea que los recursos terapéuticos psicológicos son aquellos que están basados en el control de los aspectos comunicativos (verbales y no verbales) de la relación, se empelan para provocar o facilitar el cambio o la modificación de la personalidad, comportamiento o síntomas del paciente, entre los cuales se encuentran:

Apoyo (mediante este se trata de incrementar la autoconfianza del paciente y asistirlo en el análisis de las situaciones problemáticas o conflictivas, en las cuales la capacidad de introspección y autoanálisis del sujeto, se encuentran comprometidas, los **objetivos a alcanzar son:** (reducción de la ansiedad, agresividad, frustración o cualquier otro estado afectivo negativo presente, incrementar la capacidad de análisis de las relaciones e intercambios que el paciente mantiene con otras personas y con el entorno general, e incrementar la capacidad de introspección.

Otro recurso terapéutico es la **persuasión**, esta implica el empleo de elementos racionales y emocionales para modificar el comportamiento inadecuado del paciente y la manera de afrontar determinadas situaciones, además podemos encontrar la **ventilación**, en esta se crean condiciones que faciliten que el paciente pueda expresar libremente sus tensiones y emociones negativas vinculadas a sucesos presentes o pasados.

La respuesta de escuchar del terapeuta (con actitud aceptante y paciente) contribuye a esta libre expresión de sentimientos que tienen un carácter consciente pero desagradable para el sujeto.

Otro recurso terapéutico que podemos encontrar es la **atracción**, éstas crean las condiciones para que el paciente pueda o tenga la oportunidad de expresar emociones reprimidas, vinculadas a determinados sucesos de su vida, presentes o pasados. Se trata de que disminuyan las defensas para que el contenido reprimido se pueda expresar.

Podemos encontrar además la **modificación del significado**, que implica una reestructuración del campo cognitivo – afectivo, se produce tratando de evitar las resistencias del sujeto, pasando de las quejas a los aspectos centrales del problema, brindando apoyo siempre que sea posible, utilizando argumentos que en alguna medida han sido aportados o insinuados por el sujeto.

1.6.2 RECURSOS TERAPÉUTICOS BIOLÓGICOS PARA LOS PACIENTES NEURÓTICOS.

Los recursos biológicos son aquellos cuya acción sobre los neurotransmisores inducen, de acuerdo con sus características, determinados cambios físicos, psicológicos y conductuales, aún cuando se utilizan en determinados casos como en las depresiones severas procedimientos como el electro – choque.

Los recursos biológicos más utilizados son los psicofármacos, entre los cuales podemos resaltar los ansiolíticos (tratamiento de la ansiedad), los antidepresivos (tratamiento de la depresión) y los neurolépticos (tratamiento de los síntomas psicóticos).

Estos psicofármacos deben ser administrados bajo la supervisión de un facultativo preparado (psiquiatra) quien decidirá la finalidad, la dosis, el tiempo, etc, además alertará al paciente sobre las contraindicaciones y efectos secundarios que algunos pueden provocar.

1.6.3 RECURSOS AMBIENTALES Y SOCIALES PARA LOS PACIENTES NEURÓTICOS.

En este grupo tenemos aquellos recursos ambientales y sociales que el terapeuta emplea con la finalidad de sustraer o proteger al sujeto de interacciones con personas o contextos que le provocan estrés, situaciones de conflictos o problemáticas, que

desbordan la capacidad de afrontamiento del sujeto y por lo cual este no tiene posibilidades de enfrentar.

Es muy importante para estos pacientes el lugar donde viven y las condiciones sociales que ellos puedan presentar, además la **reducción de la perturbación emocional** que ellos presentan, ya que en esta se trata de reducir los estados emocionales negativos tales como: ansiedad, depresión, frustración, etc, a niveles tolerables para el paciente y que no impidan o limiten su activa participación en la terapia.

Para lograr lo anterior se emplean técnicas de apoyo, relajación, desarrollo de la relación terapéutica, reestructuración cognitiva, entre otros procedimientos, en ocasiones se requiere el empleo de psicofármacos.

Otra técnica es **la designación de tareas terapéuticas**, que prescriben tareas cuya finalidad consiste en ayudar a la consolidación de determinadas habilidades, conductas, actitudes, propiciar cambios o bien lograr la generalización de estas a escenarios, además tenemos el desarrollo de la fe, confianza y una expectativa de cambio, esto se relaciona con los llamados factores inespecíficos a toda terapia, a los cuales se atribuye una parte importante de los cambios que se obtiene en la misma.

Tanto la confianza, como las expectativas desarrolladas por los pacientes y terapeutas en los resultados de las terapias, influyen de manera significativa en el desarrollo y conclusiones de esta.

La relación entre paciente y terapeuta y además el profesor de Cultura Física se estructura mediante un complejo proceso de comunicación y defensa que estará condicionado por los factores siguientes: características de personalidad de los participantes en la relación, por las actitudes que ambos manifiesten y la calidad del proceso de comunicación establecido. (Zaldívar, 1991).

1.7 OBJETIVOS TERAPÉUTICOS DE PACIENTES NEURÓTICOS.

Existen diferentes objetivos terapéuticos para los pacientes neuróticos, los cuales son: reducir el temor a la enfermedad y a la muerte, reducir los síntomas y sensaciones de malestar físico, reducir la ansiedad y/o depresión asociada, mejorar la comprensión de

los síntomas por el paciente, modificar la base cognitiva: Creencia de que se está enfermo, atención selectiva a cambios corporales e interpretaciones amenazantes ligadas a cambios corporales normales o pasajeros.

1.8 IMPORTANCIA DE LOS EJERCICIOS TERAPÉUTICOS.

La fisioterapia en procedimientos físicos científicos utilizados en el tratamiento de pacientes con una incapacidad, enfermedad, o lesión tiene una gran importancia, ya que se utiliza con el fin de alcanzar y mantener la rehabilitación funcional y de evitar una disfunción o deformidad. **Vincent J. Colling** plantea que los tratamientos están diseñados para reducir al máximo la incapacidad física residual, para acelerar la convalecencia, y para contribuir a la comodidad y bienestar del paciente.

La fisioterapia se prescribe en pacientes con trastornos ortopédicos, neurológicos, vasculares y respiratorios, que pueden ser congénitos, incapacidades adquiridas por enfermedades o traumatismos, o disfunciones hereditarias.

Los fisioterapeutas trabajan en hospitales, centros de rehabilitación, clínicas y centros para niños discapacitados; y en centros locales, estatales y privados. Además de la atención directa al paciente, los fisioterapeutas participan en otras áreas como consultas, supervisión, enseñanza, administración e investigación.

Estos ejercicios son de mucha importancia ya que a través de ellos estos pacientes: aprenden a sustituir viejos hábitos de conducta, ideas y actitudes desajustadas, interpreta su medio social y lo enfoca con mayor objetividad, le permite percibir mejor los estímulos positivos del medio, desarrollan una conducta adecuada de enfrentamiento contra los aspectos negativos.

Estos pacientes con esta ayuda pueden iniciar un esfuerzo racional y una lógica manifestación de su independencia y su capacidad de decisión.

Estos ejercicios les proporciona a estos pacientes diferentes ventajas como son: detienen la evolución de la enfermedad, ayuda a mejorar su estado físico y psíquico,” retardando su envejecimiento”, ayuda a relajarse y a desconectarse de las tensiones de la vida diaria.

1.9 INFLUENCIA DE LAS CLASES DE CULTURA FÍSICA TERAPÉUTICA.

Debemos estar conscientes de los beneficios de una actividad física regular, ya que esta puede mejorar nuestros niveles de energía mientras gastamos calorías.

La actividad física puede ser muy simple de incorporar en nuestras vidas, por ejemplo subiendo las escaleras en lugar de tomar el ascensor, caminar una cuadra extra, o realizar una caminata después de comer en lugar de dormir una siesta.

La actividad física regular puede ayudar a prevenir y controlar enfermedades tales como las enfermedades de las arterias coronarias, la hipertensión, la diabetes no insulina dependiente, la osteoporosis, y los problemas de salud mental tales como la depresión y la ansiedad.

La actividad física regular ha sido asociada con bajas tasas de cáncer de colon y con bajas tasas de incidencia de ataques cerebro vasculares. La actividad física puede tener un efecto significativo sobre la salud mental.

Los adultos físicamente activos tienen mejores conceptos sobre si mismos y tienen una elevada autoestima, lo cual está indicada por el incremento en la confianza, y en la estabilidad emocional, en la independencia y en el auto control. Tekin (1997) halló diferencias significativas entre pacientes deportistas y no deportistas de acuerdo con valores de percepción física y auto estima. La realización de ejercicios puede eliminar la ansiedad, la tensión, el estrés y demás trastornos bajo condiciones de presión.

La realización habitual de ejercicios como una técnica para el manejo del estrés tiene el beneficio de mejorar el estado de ánimo, incrementar la autoestima y reducir las reacciones físicas y psicológicas frente al estrés.

Además, cuanto mayor sea la destreza en el ejercicio, mayor será la apreciación de la calidad de vida y el auto descubrimiento mediante el ejercicio (Berger). De acuerdo con Graham, Holt y Parker (1998) las actividades físicas tales como el básquetbol, el tenis, el voleibol, el levantamiento de pesas, la defensa personal y la natación ayuda a los pacientes a mejorar y mantener su salud física y mental y la calidad de vida. Además,

se ha reportado que un programa de ejercicios de intensidad moderada tiene un efecto beneficioso sobre el sistema inmune (Nieman and Pedersen 1999).

Específicamente, se halló que el ejercicio de intensidad moderada reducía el número de días de enfermedad. La mejora de la función inmune puede derivar de la reducción en el estrés y de los beneficios del ejercicio en cuanto a la reducción de las concentraciones de las hormonas relacionadas con el estrés (i.e., cortisol). Aunque se han reportado niveles bajos de ansiedad en jóvenes que participaban en programas de ejercicios (Craft & Landers, 1998; Mutrie and Biddle, 1995), se sabe poco acerca de los efectos del ejercicio sobre la ansiedad en jóvenes.

La ansiedad puede ser eliminada principalmente por medio de la realización de ejercicios físicos. Los efectos del ejercicio sobre la ansiedad en jóvenes es todavía poco entendida. Por lo tanto, el presente estudio investigó si las actividades físicas recreativas reducían los niveles de ansiedad y demás trastornos mentales en estos pacientes neuróticos.

LAS CLASES FÍSICAS TERAPÉUTICAS EN LOS PACIENTES NEURÓTICOS.

Las clases físicas terapéuticas están establecidas en un programa, tienen una duración de 45 a 50 minutos, constan con una parte inicial, principal y final; son impartidas por el profesor de la escuela comunitaria dándole un seguimiento a la valoración que emite el médico. Cuando las clases han sido confeccionadas correctamente, la curva fisiológica se caracteriza por un incremento gradual con su punto máximo hacia la mitad de la parte principal de la clase y por la disminución de ella al concluir la parte final.

El grado con que se acelera el pulso, tanto en el transcurso de toda la clase como en su final, depende de la carga física aplicada, la gravedad de la enfermedad, la etapa de su desarrollo y la edad del enfermo. Al mejorar el estado del paciente y aumentar su grado de entrenamiento, disminuyen las variaciones del pulso para una misma carga y se acelera la recuperación.

Las clases físicas terapéuticas cumplen diferentes objetivos y en cada uno de ellas se atienden las diferencias individuales dependiendo del tipo de trastorno mental neurótico y de las características de las edades siendo de vital importancia tener un conocimiento sobre las transformaciones anatómicas, fisiológicas y psicológicas de estas edades.

Además se utiliza la Psicoterapia como tratamiento por procedimientos basados en la comunicación verbal y emocional, así como en otros comportamientos simbólicos.

CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO 1.

- Existen numerosos criterios sobre la cultura física terapéutica, la rehabilitación física y el tratamiento en pacientes neuróticos, valorado desde el punto de vista fisiológico, morfológico, clínico, etc.
- En los pacientes con estas limitaciones, tenemos que tener en cuenta algunas características psicológicas, que garanticen la efectividad del proceso; siendo lo más significativo los cambios físicos notables ya que necesitan independizarse de los padres y relacionarse estrechamente con sus coetáneos, que se tome en cuenta su opinión y que se respete su mundo espiritual. Además tienen una intensa actividad social y elevadas exigencias así mismo.
- En el tratamiento se pueden utilizar diferentes alternativas, todas encaminadas a restablecer la calidad de vida del paciente, considerándose la necesidad de movilizar la relación salud –paciente - actividad física desde la comunidad.

CAPÍTULO II: CARACTERIZACIÓN Y DETERMINACIÓN DEL ESTADO ACTUAL DE LOS PACIENTES NEURÓTICOS QUE OSCILAN ENTRE 18 A 25 AÑOS DE EDAD.

En este capítulo se presenta una caracterización completa y los resultados del diagnóstico inicial del problema objeto de estudio tomándose como referencia el estado de los pacientes neuróticos de 18 a 25 años de edad antes y después de realizar actividades físicas recreativas.

2.1 LA COMUNIDAD, ESPACIO IMPORTANTE PARA LA REHABILITACIÓN DE LOS PACIENTES NEURÓTICOS.

La comunidad es un eslabón importante en el desarrollo de los pacientes, pues de ésta puede depender su rehabilitación de forma general.

Es muy importante conocer la comunidad donde vivimos y todo lo que ella nos puede ofrecer para el desarrollo de una vida más sana, en ella se pueden realizar diferentes sueños, donde se planifica, se conduce, se evalúa y se ejecuta por la misma comunidad.

Todas las actividades que en ella se realizan se hacen con el objetivo de estimular, impulsar y lograr un desarrollo social, por medio de un proceso continuo, permanente, complejo e integral destrucción, conservación, cambio y creación a partir de la participación activa y consciente de sus pobladores.

(María Teresa Caballero Rivacoba). Su objetivo es potenciar los esfuerzos y la acción para lograr una mejor calidad de vida para su población y conquistar nuevas metas dentro del proyecto social socialista elegido por nuestro pueblo.

Llevar a cabo proyectos comunitarios es hoy todo un reto si tenemos en cuenta que la comunidad entendida como el eslabón primario de todo proceso participativo, de cohesión interpersonal y de sentimientos compartidos, constituye un ámbito complejo y vital en todo proceso de desarrollo social.

La necesidad de accionar en la comunidad permite afirmar que la importancia del trabajo comunitario radica en la posibilidad de atender mejor y de forma coordinada a las necesidades que la población expresa, aprovechar mejor los recursos disponibles de forma activa a la vida social económica y política del país a todos los pobladores, a través del protagonismo de la población en la transformación de su entorno.

¿Qué entender por comunidad?.

Según un grupo de educadores pertenecientes a la Asociación de Pedagogos de Cuba (APC) (2000), comunidad es un grupo humano que habita un territorio determinado con relaciones interpersonales, historia, formas de expresiones y sobre todo intereses comunes.

María Teresa Caballero Rivacoba define comunidad como: "El agrupamiento de personas concebido como unidad social cuyos miembros participan de algún rasgo común (intereses, objetivos, funciones) con sentido de pertenencia, situado en determinada área geográfica en la cual la pluralidad de personas interactúa intensamente entre sí e influye de forma activa o pasiva en la transformación material y espiritual de su entorno.

2.1.1 CARACTERIZACIÓN DEL CONSEJO POPULAR HERMANOS CRUZ.

El Consejo Popular "Hermanos Cruz" del municipio Pinar del Río fue creado el 11 de Agosto de 1992, el mismo se encuentra el Centro Comunitario de Salud Mental Hermanos Cruz.

Alrededor de este centro se encuentran 76 circunscripciones, donde hay una población dispensarizada de 67334 habitantes, población estimada de 63455 habitantes, con una

extensión territorial de 300 Km², con una densidad poblacional de 30611 hab/km, donde existen 6 Consejos Populares, 7 Grupos Básicos de Trabajo, 60 Consultorios Urbanos y 37 Consultorios Médicos Rurales.

Este consejo popular está conformado por diferentes **sectores** que permiten una adecuada atención a sus pobladores, lo cual no es suficiente por ser un Consejo Popular muy grande, entre ellos tenemos el:

Sector de Educación, el cual tiene: 6 Escuelas (1 Secundaria Básica Urbana llamada Carlos Ulloa, 3 Semi Internados Hermanos Cruz, José Antonio Echeverría y Salvador González, 1 Instituto Superior Pedagógico llamado Rafael María de Mendive y 1 Instituto Pre Universitario Vocacional Federico Engels, además contamos con 4 Círculos Infantiles, ellos son: Los Hermanitos, Pequeños Príncipes, Cochero Azul y Centenario de Baraguá.

Otro sector es el de **Salud**, el cual cuenta con un Policlínico Comunitario “Hermanos Cruz”, una sala de rehabilitación integral y 5 Consultorios Médicos de la familia y 2 Farmacias.

Otro sector es el **Cultural**, donde tenemos 1 Sala de Video, una Plaza de la Revolución, y 1 Área de Festejo.

Otro sector es el del **INDER** donde contamos con 1 Escuela Comunitaria,.

Por la parte de **Comercio** contamos con: 2 Unidades Comerciales, 2 Carnicerías, un Mercado Agropecuario, un Mercado Industrial.

En la **Zona Industrial** contamos con: Una fábrica de Componentes Electrónicos y una fábrica de Productos Lácteos.

2.2 CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES NEURÓTICOS DE 18 A 25 AÑOS DE EDAD DEL CENTRO DE SALUD MENTAL HERMANOS CRUZ.

En las entrevistas realizadas a las psiquiatras del Centro de Salud Mental pudimos conocer las diferentes características de los pacientes neuróticos de 18 a 25 años de edad utilizados en la muestra de nuestra investigación, ellas son las siguientes:

Los pacientes con **trastornos obsesivos compulsivos** tenían ideas obsesivas que le imponían actos impulsivos y agresivos, realizaban actos repetitivos de carácter simbólico y agotamiento producto a una lucha agotadora, es decir el enfermo se atrapa a sí mismo con sus propias defensas, por ejemplo (presentaban crisis de duda, timidez frente al contacto social, disposición al autoanálisis y la introspección, presentaban trastornos de la sexualidad, incluso alteraciones psicomotoras como la tartamudez.

Los pacientes con **crisis de angustia** presentaban síntomas respiratorios (ahogos, afonías), síntomas cardiovasculares (taquicardia, palpitaciones), síntomas digestivos (vómitos, diarreas, espasmos gástricos), síntomas neuromusculares (temblores, dolores pseudorreumáticos, etc), síntomas sensitivos (zumbidos de los oídos), además sentían síntomas de presentimientos, lamentaciones, amenazas, etc.

Los pacientes con **trastornos por angustia de separación** presentan una reacción excesiva de depresión cuando ocurre un conflicto, sobre todo alguna pérdida emocional, o distanciamiento de algunas personas, expresan cierto grado de hostilidad, se sienten personas inútiles, incapaces de agradar y ser rechazadas.

Los pacientes con **trastornos por ansiedad generalizada** presentaban dolores en los huesos, sensación de cansancio, dolores de cabeza, nerviosismo, falta de sueño, falta de memoria y presentaban una inapropiada apariencia física.

La tabla # 1 (anexo 1), indica la cantidad de pacientes neuróticos seleccionados de la muestra con los diferentes trastornos, adonde se observa que la mayoría de los pacientes padecen de trastorno de ansiedad generalizada, lo cual no interfiere en el desarrollo de nuestro trabajo, pues todos pueden trabajar en conjunto.

2.3 CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTIVIDADES FÍSICAS RECREATIVAS EN RELACIÓN CON LA REHABILITACIÓN DE LOS PACIENTES NEURÓTICOS DE 18 A 25 AÑOS DE EDAD.

Las actividades físicas recreativas para estos pacientes deben ser fundamentalmente de tipo aerobias, dinámicas, de forma moderada pues son pacientes que nunca han realizado actividad física.

Estas actividades pueden contribuir al mejoramiento de la rehabilitación de los pacientes neuróticos, lo ayudan de forma general a mejorar diferentes comportamientos o características que ellos suelen tener, además deben ser motivadas para que los pacientes no pierdan el interés de la actividad en el caso de las actividades recreativas y así pueden sentirse bien en el transcurso del desarrollo de las mismas.

El papel de la actividad física mejora el bienestar individual y social de estos pacientes. La práctica de estas actividades presenta un efecto especial ya que las personas dicen sentirse mejor inmediatamente después del ejercicio, efecto que suele permanecer durante varias horas.

La actividad física ha demostrado tener un impacto positivo en una diversidad de esferas, como el fortalecimiento de la autoestima, el aumento de la sensación de control, la mejora de la autoconfianza y la mejora del funcionamiento mental. Se han sugerido explicaciones psicológicas, fisiológicas y sociales para las distintas formas en que el ejercicio físico mejora el bienestar psicológico. Dado que el ejercicio físico está relacionado con esos cambios positivos, su práctica deberá ser alentada, promovida y facilitada por las personas e instituciones responsables. Según Tekin (1997) La actividad física suele tener un efecto significativo sobre la salud mental. Los adultos físicamente activos tienen mejores conceptos sobre si mismos y tienen una elevada autoestima, lo cual está indicada por el incremento en la confianza, y en la estabilidad emocional, en la independencia y en el auto control. La realización de ejercicios puede eliminar la ansiedad, la tensión y el estrés bajo condiciones de presión.

La realización habitual de ejercicios como una técnica para el manejo del estrés tiene el beneficio de mejorar el estado de ánimo, incrementar la autoestima y reducir las reacciones físicas y psicológicas frente al estrés. Además, cuanto mayor sea la destreza en el ejercicio, mayor será la apreciación de la calidad de vida y el auto descubrimiento mediante el ejercicio (Berger).

De acuerdo con Graham, Holt y Parker (1998) las actividades físicas tales como el básquetbol, el tenis, el béisbol, el levantamiento de pesas, y la natación ayuda a los

jóvenes a mejorar y mantener su salud física y mental y la calidad de vida. La ansiedad y los demás trastornos mentales pueden ser mejoradas y hasta eliminadas principalmente por los efectos de la realización de ejercicios físicos, por lo tanto, el presente estudio investigó como las actividades físicas recreativas tienen una influencia muy positiva en estos pacientes.

A partir de estos criterios la autora considera que los pacientes neuróticos pueden ser controlados mediante la práctica de actividades físicas recreativas y con un seguimiento de estas pueden hasta eliminarles los medicamentos a los pacientes, de esta forma le recomienda a todos los pacientes neuróticos realizar la práctica de actividades físicas recreativas.

CONTRAINDICACIONES PARA REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS RECREATIVAS EN LOS PACIENTES NEURÓTICOS.

- No tener fiebre ni otros síntomas de enfermedad que no le permita realizar la actividad.
- Ingerir alimentos antes de realizar la actividad.
- Presentar patologías que impidan la práctica de estas actividades.
- No realizar la actividad en caso de embarazo.

Después de realizar un amplio y minucioso estudio de los pacientes neuróticos consideramos que la práctica de actividades físicas recreativas tienen gran importancia para mejorar la rehabilitación de estos pacientes, incluso podemos agregar que a largo plazo alguno de estos trastornos pueden ser curados, como por ejemplo el trastorno por ansiedad.

2.4 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

Se realizó un **Diagnóstico Inicial** para observar las condiciones necesarias del lugar donde se realizarían las actividades físicas recreativas, el horario en que podrían realizar las mismas, los medios necesarios para la correcta realización de las actividades, la

motivación de los pacientes y la relación médico- paciente mediante la aplicación de técnicas como la **observación**.

Este diagnóstico permitió conocer los diferentes gustos e intereses de los deportes y actividades recreativas que les gustaría realizar a los pacientes para confeccionar las diferentes actividades físicas recreativas, garantizando la mayor asistencia de los pacientes mediante la aplicación de una **encuesta**, entrevistando además a los especialistas médicos con el objetivo de caracterizar a los pacientes neuróticos del Centro de Salud Mental para obtener información sobre el nivel de conocimientos sobre la influencia de actividades físicas recreativas para mejorar la rehabilitación de los pacientes, mediante la **entrevista**.

2.4.1 Como resultado de la observación (anexo 2) se pudo observar que el espacio y las condiciones donde se realizarán las actividades físicas recreativas son las necesarias pues contamos en la comunidad con una escuela donde hay un amplio espacio, iluminación para realizar las actividades, además contamos con dos salas de videos y un área de festejo para las actividades recreativas, además se cuenta con los medios necesarios y por la parte económica no es necesario ninguna contribución por parte de los pacientes.

Se contó con los 25 pacientes de la muestra seleccionada (tabla #2), (anexo 3) para saber el horario con que puedan realizar las actividades los cuales mencionaron que después de las 5 de la tarde sería lo mejor para un 100% de aceptación, conociendo además los días de la semana que ellos pueden asistir, refiriéndose a todos los días incluyendo algunos fines de semana para un 100%, los lugares elegidos para realizar las actividades físicas recreativas son los adecuados, pues son cálidos, amplios y luminosos.

Fue necesario saber el nivel de motivación de los pacientes neuróticos para realizar la actividad, lo que nos muestra la tabla #3, (anexo 4).

En cuanto a la aceptación de los pacientes el 100% se encuentra motivado ya que necesitan tratar su enfermedad, lo que refieren una máxima asistencia.

La relación médico paciente son las mejores ya que ellos asisten a las consultas y las doctoras se preocupan por su estado en general.

2.4.2 Se le aplicó una encuesta a los 25 pacientes de 18 a 25 años de edad de la muestra seleccionada (anexo 5) con el objetivo de conocer si habían realizado actividades físicas recreativas en el Centro alguna vez, se pudo observar que el 100% de los pacientes contestaron que nunca habían realizado actividad física recreativa en el Centro, por la importancia que le atribuyen a la práctica de estas actividades el 83% contestó que se sentirían muy bien al realizar las actividades y el resto contestó que se sentirían bien para un 17%, refirieron además que después del trabajo o escuela preferirían hacer ejercicios 15 pacientes para un 60%, leer 2 pacientes para un 8%, ver televisión 3 pacientes para un 12%, realizar excursiones ó campismos 16 pacientes para un 64%, por lo que pudimos constatar que los mayores por cientos son en hacer ejercicios y realizar excursiones. Pudimos apreciar también que de los 25 pacientes, 10 de ellos plantean que las actividades físicas recreativas son buenas para un 40%, los 25 se refieren a que son saludables, importantes, divertidas y agradables para un 100%.

Otro aspecto encuestado fue las actividades físicas recreativas que le agotan son: de los 25 pacientes contestaron buenas para un 100%, otros 17 contestaron que son saludables para un 68%, y 20 contestaron que son agradables para un 80%. Plantean además el 100% de los pacientes que las actividades físicas recreativas después del trabajo o la escuela es bueno, agradable y saludable.

Mencionan las diferentes actividades que les gustaría realizar, de los 25 pacientes, 20 mencionan la Bailoterapia para un 80%, 18 pacientes mencionan Caminar para un 72%, excursiones 25 para un 100%, 17 de ellos mencionan Taichi y Juegos de Mesa para un 68%, el Béisbol 13 para un 52% y los Cumpleaños Colectivos 15 para un 60%. Mediante dichos criterios elaboramos este grupo de actividades físicas recreativas como alternativa para mejorar la rehabilitación de estos pacientes. (tabla # 3), (anexo 6).

Después de haber realizado un serio análisis de la encuesta a los 25 pacientes neuróticos de nuestra muestra realizaremos el mismo a la entrevista a los especialistas.

2.4.3 Se le aplicó una entrevista a los especialistas los cuales tienen más de 10 años de experiencia en la profesión (anexo 7), donde se pudo observar que el 100% planteó que en el Centro de Salud Mental los pacientes neuróticos nunca habían realizado ninguna actividad física recreativa con anterioridad, además nos refieren que es de suma importancia para esos pacientes la práctica sistemática de actividades físicas recreativas, ya que siempre se ha conocido que la práctica de deportes es muy buena y saludable para la vida, además plantean que estos pacientes solamente reciben tratamiento farmacológico, por lo que sería de mucha importancia la práctica de actividades físicas recreativas especialmente para pacientes que puedan presentar cualquier tipo de patologías específicamente los pacientes neuróticos con que ellos trabajan, planteando además que la relación entre ellos y los pacientes son muy buenas pues siempre asisten a las consultas y se preocupan por ellos, que los tratan como de la familia pues llevan muchos años ejerciendo la profesión teniéndolos a ellos como pacientes.

Capítulo III: CONJUNTO DE ACTIVIDADES FÍSICAS RECREATIVAS PARA LOS PACIENTES NEURÓTICOS DE 18 A 25 AÑOS DE EDAD.

Este capítulo tiene como objetivo presentar un conjunto de actividades físicas recreativas con el propósito de mejorar la rehabilitación de los pacientes neuróticos de 18 a 25 años de edad.

3.1 FUNDAMENTACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DEL CONJUNTO DE ACTIVIDADES FÍSICAS RECREATIVAS.

La propuesta de un conjunto de actividades físicas recreativas se hace con el objetivo de mejorar la rehabilitación de los pacientes neuróticos de 18 a 25 años de edad a través del deporte, de la recreación, para que se sientan más motivados en la vida y además con el propósito de insertarlos a la sociedad.

Conjunto: Grupo de personas que actúan bailando y cantando, en algunos espectáculos teatrales, como variedades o revistas. Ej.: Bailoterapia.

Microsoft® Encarta® 2007. © 1993-2006 Microsoft Corporation.

RESERVADOS TODOS LOS DERECHOS.

Actividad Física Recreativa: Conducta mas protectora productora de la salud necesaria para un desarrollo armonioso y equilibrado del individuo, satisfaciendo las necesidades de esparcimiento y ocupación del tiempo libre a la población sana y organizada.

Basándonos en dichos criterios la autora asume como actividades físicas recreativas: al conjunto de actividades que se realizan con el objetivo de mantener una salud satisfactoria mediante la práctica de ejercicios ocupando el tiempo libre.

3.1.1 OBJETIVOS DEL CONJUNTO DE ACTIVIDADES FÍSICAS RECREATIVAS.

- Conseguir el desarrollo óptimo de sus facultades.
- Conseguir la adaptación social y la incorporación a la vida normal.
- Favorecer las relaciones interpersonales y la socialización de pacientes neuróticos.
- Mejorar las características neuróticas de los pacientes.
- Motivar a los pacientes para el tratamiento de su neurosis.

3.1.2 PRINCIPIOS DEL CONJUNTO DE ACTIVIDADES FÍSICAS RECREATIVAS PARA PACIENTES NEURÓTICOS.

⇒ Principio de diagnóstico.

- ⇒ Principio de la educación en los parámetros de salud relacionados con el contexto en que se desarrolla el individuo.
- ⇒ Principio de carácter sistemático, científico e ideológico.
- ⇒ Principio de la unidad entre la comunicación y las relaciones interpersonales.
- ⇒ Principio de la unidad entre comunicación y actividad.

Principio de diagnóstico: Permitió realizar un análisis de la situación actual de pacientes neuróticos de 18 a 25 años, pertenecientes al Centro Comunitario de Salud Mental, mostrando el problema de la investigación, facilitando la elaboración del conjunto.

Principio de la educación en los parámetros de salud relacionados con el contexto en que se desarrolla el individuo: Nos sirvió de guía para el cumplimiento de pasos esenciales que permitieran dotar a la muestra de la investigación de conocimientos necesarios respecto a la práctica de un conjunto de actividades físicas recreativas que contribuyan al mejoramiento de la rehabilitación de estos pacientes.

Principio de carácter sistemático, científico e ideológico: Este se manifiesta en la realización continuada del conjunto de actividades con una fundamentación científica en su estructuración y tributando a su vez en la forma de pensar de estos pacientes con relación a las actividades físicas recreativas para mejorar su rehabilitación.

Principio de la unidad entre la comunicación y las relaciones interpersonales: Nos brinda las herramientas para establecer de ser necesario modificaciones y reajustes durante el proceso de aplicación de este conjunto, partiendo de criterios generalizados entre los componentes partícipes de este asunto.

Principio de carácter sistemático, científico e ideológico: Este se manifiesta en la realización continuada del conjunto de actividades con una fundamentación científica en su estructuración.

Principio de la unidad entre conciencia y actividad: Posibilita que los practicantes concientizen el, cómo, por qué y para qué de la necesidad de implicarse en la práctica de este conjunto de actividades.

3.1.3 ETAPAS DEL CONJUNTO DE ACTIVIDADES FÍSICAS RECREATIVAS PARA PACIENTES NEURÓTICOS.

1^{ra} Etapa Exploratoria: Consiste en el diagnóstico del estado actual en que se encuentran los pacientes neuróticos. (Capítulo 2).

- Elaboración del conjunto de actividades físicas recreativas.

2^{da} Etapa: Ejecución: Durante esta etapa, se pone en práctica la ejecución del conjunto de actividades físicas recreativas dirigidas a los pacientes neuróticos de 18 a 25 años con el objetivo de mejorar la rehabilitación de los mismos.

3^{ra} Etapa: Control: En esta etapa, se comprueban las características de los pacientes neuróticos, los cuales han ido disminuyendo en la medida que se pone en práctica el conjunto de actividades físicas recreativas, realizando una valoración del cumplimiento del objetivo de la investigación.

La evaluación del conjunto de actividades, se valorará a partir del diagnóstico final, en dependencia de la actitud que tomen las pacientes, en la sistematización del conjunto de actividades físicas recreativas propuestas.

3.1.4 PROPUESTA DE ACTIVIDADES FÍSICAS RECREATIVAS QUE CONTRIBUYEN AL MEJORAMIENTO DE LA REHABILITACIÓN DE LOS PACIENTES NEURÓTICOS.

Cada paciente lleva un plan individual de Rehabilitación que sería la ruta crítica, pero en este trabajo nos enmarcamos con pacientes que tienen afectada el área psíquica y todos se encuentran dentro del grupo de los trastornos menores de la psiquiatría (trastornos neuróticos). Después de la entrevista por el equipo de Salud Mental y determinándose las manifestaciones psico patológicas de la muestra de estudio, consideramos aplicar las mismas actividades físicas recreativas de forma generalizada, sin tener un orden cronológico de realización.

Estas actividades serán físicas y recreativas, no tendrán un rigor a la hora de realizarlas, se realizarán acorde a los gustos de los pacientes sin que se les imponga un orden.

Actividad 1: Juegos de Mesa (Parchís y Ajedrez.)

Características. En este juego no se necesita de gran gasto energético, se forman equipos, pero se juega individualmente.

Objetivo: Contribuir con la capacidad resolución de problemas, desarrolla la agilidad mental y aumenta la concentración de cada persona.

Actividad 2: Baseball

Características: Este juego se realiza en equipos que a este nivel pueden ser mixtos y por sus reglas que son especiales se realiza muy dinámico.

Ejemplo de reglas: Un stray es out, si se fildea la pelota de un solo picó se considera un out y si se fildea de aire son los tres out. Es por ello que requiere de un gasto energético de poca intensidad para no provocar el desinterés de los pacientes y no llegar al cansancio.

Objetivo: Desarrollar colectivismo, solidaridad humanismo, así como utilizar el tiempo libre de forma sana.

Actividad 3: Bailoterapia.

Características: Esta actividad se realizará todos los días, incluyendo ambos sexos, se realizará con música donde realizarán diferentes pasos auxiliares (cha chá, merengue, conga, etc), de esta forma se motivarán para realizar la actividad, incrementando en cada clase diferentes pasos hasta llegar a hacer una coreografía.

Objetivo: Lograr la motivación de los pacientes e integrarlos a realizar actividades en conjunto con las demás personas y a la vez aumentar la capacidad de trabajo para evitar los diferentes problemas respiratorios.

Actividad 4: Excursiones y Campismos.

Características: Estas actividades se realizarán algunos fines de semana, se visitarán diferentes campismos y lugares históricos de la provincia.

Objetivo: Elevar los conocimientos culturales de los pacientes a la vez inculcarlos a la vida con la naturaleza, elevando las relaciones interpersonales.

Actividad 5: Estas actividades se realizarán en los campismos y también en la comunidad.

- Tracción de la soga.

Características: Esta actividad se realizará en equipo mixtos y cuando la actividad se prolongue mucho tiempo, para evitar el cansancio se cambian los equipos ya que el propósito es fundamentalmente la diversión de los mas sano posible y así no se realiza gran gasto energético.

Objetivo: Desarrollar colectivismo, solidaridad humanismo y la formación de carácter.

- Carrera de Relevó.

Características: Esta actividad se puede realizar con dos o más equipos, son de distancias cortas para evitar los gastos energéticos grandes.

Objetivo: Desarrollar colectivismo, solidaridad humanismo y sensibilidad.

- **Carrera en saco.** (Con las piernas atadas).

Características: Esta actividad se realiza en equipos mixtos en distancias cortas es por ello que tiene características específicas.

Objetivo: Desarrollar colectivismo, solidaridad, humanismo, sensibilidad y destreza.

Actividad 6: Cumpleaños Colectivos.

Características: Se celebrará teniendo en cuenta las diferentes fechas de los pacientes, se realizarán cada 4 meses y así todos estarán involucrados pues estarían todas las fechas de cada uno de sus cumpleaños.

Objetivo: Inculcar el colectivismo, solidaridad, compañerismo, etc.

Actividad 7: Encuentros de familiarización con los pacientes neuróticos.

Características: Se realizarán a partir de las 8 de la noche en las salas de videos del Consejo Popular, donde pueden participar otros miembros de la Comunidad y familiares de los pacientes, además de los médicos de los consultorios y el policlínico.

Objetivo: Que los pacientes se familiaricen con las actividades que ellos realizan y la importancia que tiene para su salud, además de conocer más acerca de la enfermedad que padecen.

Actividad 8: Terapia Tradicional China. (Taiji Tsi) (Tai Tsi Chong).

Características: Sistema compuesto por 8 tipos de ejercicios, estos se realizarán en un orden continuo o aleatorio, preferentemente en las mañanas bien temprano o cayendo la tarde, en este caso lo realizaremos cayendo la tarde.

Estos ejercicios lo realizará un especialista en Tai Chi. Se realizarán 3 veces en la semana. Estos ejercicios son:

- Abrazar la luna.
- Tensar la cuerda.

- El fénix rojo despliega las alas.
- El dragón negro mueve la cola.
- Un rayo de sol cruza por la espalda.
- Abrazar la cabeza del dragón y empujar la montaña.
- Pelota.
- Abrazar el sol.

Principales factores de realización: la concentración y la relajación del paciente.

Objetivo: Favorecer las capacidades físicas tanto las coordinativas y condicionales como el equilibrio, la agilidad y la fuerza.

Actividad 9: Ejercicios respiratorios.

Juegan un importante papel dentro de los programas de ejercicios físicos para pacientes neuróticos, ya que contribuyen a una mejor oxigenación por parte del paciente, ayudando a la asimilación de las cargas de trabajo y a una más rápida recuperación. Se realizarán siempre al terminar una clase.

Nº 1

PI. Decúbito supino, realizar inspiración profunda por la nariz a la vez que se llevan los brazos extendidos por los laterales hasta arriba, regresar a la posición inicial, realizando el movimiento a la inversa espirando y bajando los brazos.

Nº 2

PI. Parado, caminar en la punta de los pies tomando aire por la nariz (fuerte y profundo), expulsarlo por la boca (suave y prolongada).

Nº 3

PI. Parado, realizar elevación de brazos por los laterales arriba suavemente, tomando el aire por la nariz y expulsándolo por la boca a la vez que se bajan los brazos.

Nº 4

PI. Parado, realizar caminata suave, haciendo inspiración profunda por la nariz y expulsarlo fuertemente por la boca en forma de soplido.

Nº 5

PI. Decúbito supino, realizar elevación de los brazos por el frente hasta los lados de la cabeza, tomando el aire por la nariz, hasta llenar los pulmones y bajar los brazos por los laterales, expulsando lentamente el aire por la boca hasta la posición inicial.

Nº 6

PI. Decúbito supino, piernas flexionadas en un ángulo de 45 grados, plantas de los pies apoyados al piso y las manos sobre el abdomen, realizar inspiración profunda por la nariz y espiración por la boca suave y prolongada.

Actividad 10: Ejercicios de relajación muscular.

Son utilizados en la parte final de la clase con el objetivo de lograr una total recuperación de los signos vitales (presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria) y de la musculatura que intervino en la actividad. Generalmente son combinados con los ejercicios respiratorios, desde la posición decúbito supino o sentado.

Actividad 11: Natación.

Características: Se realizará una vez a la semana, en ella se realizarán juegos de Voleibol para el entretenimiento de los pacientes. Fue una de las actividades elegida por los pacientes.

Objetivo: Motivar a los pacientes y lograr la relajación de los músculos.

Actividad 12: Visita a Galas Culturales.

Características: Se realizarán una vez a la semana, en el horario de la noche.

Objetivo: Que los pacientes se encuentren motivados y se relacionen con el medio, además contribuye a la ocupación del tiempo libre.

Actividad 13: Caminatas.

Características: Se realizarán mediante las excursiones y en la comunidad determinando una distancia moderada.

Objetivo: Elevar la frecuencia respiratoria y desarrollar cualidades volitivas de la personalidad.

Todas estas actividades facilitan las relaciones interpersonales y de socialización con el profesor y demás compañeros mediante la ejecución de las mismas, además ayudan a lograr un pensamiento divergente en los pacientes, es decir, los alejan de la realidad en que viven.

3.5 RESULTADOS DE LAS ACTIVIDADES FÍSICAS RECREATIVAS DESARROLLADAS.

Las actividades físicas recreativas para pacientes neuróticos de 18 a 25 años de edad se pusieron en práctica durante 8 meses en el Consejo Popular Hermanos Cruz, durante este período de ejecución se pudo observar que los pacientes tuvieron un cambio significativo en las características iniciales que se habían mencionado anteriormente (capítulo 2.2).

Estas actividades contribuyeron a la ocupación del tiempo libre de los pacientes, se elevó la calidad de vida de los mismos, despertaron interés por la práctica de las actividades físicas y la recreación sana, desarrollaron el colectivismo, la solidaridad, la unión, la integración a sociedad.

Los resultados mostraron que la participación en un programa de actividades físicas recreativas provocó una disminución en el nivel de **ansiedad generalizada** de ambos sexos. De acuerdo con la edad, se observó un nivel de ansiedad similar al comienzo.

Estas actividades provocaron una reducción en los niveles de ansiedad en todas las categorías de edad, produjo el cambio en el estado de ánimo, la reducción de emociones vinculadas al estrés, como el estado de ansiedad.

Estos pacientes ya no presentaban síntomas respiratorios como anteriormente, eran capaces de realizar las actividades sin presentar problemas respiratorios, ya no se

ahogaban como antes, las palpitaciones disminuyeron en el transcurso del tiempo, ya no sentían temblores, ni dolores reumáticos, eran menos los zumbidos en los oídos, ya no presentaban síntomas de presentimientos ni lamentaciones, quiere decir que de forma general las características iniciales habían disminuido considerablemente, los dolores de cabeza disminuyeron, a la hora del sueño lo conciliaban normalmente, se les notó el cambio en su apariencia física.

De forma general se pudo observar que en los pacientes con **trastornos obsesivos compulsivos** había disminuído sus características iniciales, por ejemplo, ya no sentían timidez al enfrentarse a los grupos sociales, se manifestaban ante la sociedad sin dudar de sus cualidades, etc.

Los pacientes con **trastornos por angustia de separación** también se les notó el cambio en sus características pues de una forma u otra estaban consciente de cualquier pérdida que pudiera ocurrir en su vida, por ejemplo, hubo pacientes que rompieron relaciones con sus parejas, y tuvieron pérdidas de familiares, los mismos supieron enfrentarse a la realidad que estaban viviendo, ya no se sentían personas inútiles, se sentían muy motivados a realizar cualquier actividad, ya se sentían personas agradables ante la sociedad.

3.6 VALORACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA PROPUESTA DE ACTIVIDADES FÍSICAS RECREATIVAS PRESENTADA.

Después de un análisis detallado de la elaboración de las actividades físicas recreativas para mejorar la rehabilitación de los pacientes neuróticos de 18 a 25 años se realizó una valoración crítica de los diferentes especialistas:

Saray López Díaz (Dra. Psiquiatría, Especialista de 1er Grado en Psiquiatría de Adulto y MsC en Psicología Social Comunitaria).

Considera que el trabajo realizado por la Licenciada Arnelis Hernández Monsibaez cumplió el propósito trazado, por lo cual recomendamos su aplicación generalizada, ya

que la Rehabilitación busca la total adaptación psico – física del paciente a la sociedad, ello supone el logro de metas específicas que son las compensaciones fundamentales en las áreas menos cavadas, así como una estimulación y desarrollo máximo de las capacidades indemnes (que están perdidas, dañadas). No obstante de nada serviría el conseguir compensaciones físicas por muy dinámicas que fuera, si el paciente no ha adquirido a lo largo de este proceso una serie de aptitudes hipotensiales que le ayuden al equilibrio emocional, al autodomínio y a las tendencias competitivas posibles de acuerdo con sus capacidades.

A partir de las valoraciones realizadas por los especialistas acerca de la elaboración de las actividades físicas recreativas coinciden con su fácil ejecución ya que no requiere de gastos económicos por parte de los pacientes, no se necesitan equipos sofisticados, ni áreas específicas en la comunidad para la realización del conjunto de actividades físicas recreativas, por lo que los especialistas lo consideran de gran efectividad.

Concuerdan que la elaboración de las actividades está estructurada correctamente, además se planificaron de acuerdo a los intereses de los pacientes, donde se pudo observar el cambio de características de los pacientes, específicamente la reinserción de los pacientes a la sociedad.

Dr. Idalia Rivera Méndez (Lic en Psicología Salud Mental).

El trabajo desarrollado por la Licenciada Arnelis Hernández Monsibaez es de gran relevancia social y sus efectos positivos satisfacen las necesidades psicológicas, sociales y biológicas de los pacientes neuróticos, contribuyendo al desarrollo de la comunidad. Cumple con las exigencias psicobiológicas necesarias en correspondencia con la enfermedad que presentan estos pacientes satisfaciendo sus necesidades espirituales y biológicas.

Estas actividades permitieron a los pacientes incorporarse a los diferentes grupos sociales, a participar de forma positiva en cualquier lugar, a hacerse sentir ante la comunidad, a no sentirse despreciados ni rechazados por la sociedad, permitieron además el intercambio entre los pacientes y entre los miembros de la familia.

Como autora de este trabajo puedo enunciar que todos estos cambios positivos pudimos contactarlos a través de las diferentes consultas de los pacientes, donde las

doctoras podían conocer cómo se sentían después de estar realizando actividades físicas recreativas, además de las diferentes charlas que teníamos con los pacientes donde nos daban a conocer la efectividad de las actividades físicas recreativas.

CONCLUSIONES

Al culminar el trabajo realizado arribamos a las siguientes conclusiones:

1. El análisis de los criterios teóricos más actuales a nivel nacional e internacional relacionados con la rehabilitación de los pacientes neuróticos, fundamenta la propuesta de la investigación y su objeto de estudio.
2. El estado actual de la rehabilitación de los pacientes neuróticos de 18 a 25 años de edad del Centro de Salud Mental del Reparto Hermanos Cruz, no es satisfactorio, pues no cuentan con herramientas teóricas y prácticas necesarias para enfrentar la enfermedad en la comunidad a partir de la realización de actividades físicas recreativas.
3. El conjunto de actividades físicas recreativas propuesto para los pacientes neuróticos de 18 a 25 años de edad del Centro de Salud Mental del Reparto Hermanos Cruz se integró sobre la base de actividades físicas recreativas compatibles con su enfermedad, por lo que no se limita su aplicación.
4. La valoración de la efectividad de la propuesta ofrecida, demostró, luego de su aplicación, la eficacia del conjunto de actividades físicas recreativas para mejorar la rehabilitación de los pacientes neuróticos de 18 a 25 años de edad del Centro de Salud Mental del Reparto Hermanos Cruz.

RECOMENDACIONES

- 1- Ofrecer el documento que recoge el grupo de actividades físicas recreativas y las orientaciones para su realización en los Centros de Salud Mental en coordinación con el INDER para su estudio y generalización.
- 2- Hacer extensivo este trabajo en todos los Centros de Salud Mental del país para una mejor rehabilitación de los pacientes neuróticos.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Adler A (1995). El sentido de la vida. Barcelona: Editorial Luis Miracle
2. Alonso, A. A., Mendoza, T. E. (2003) Estudio de la Capacidad Intelectual en sujetos con trastornos Neuróticos. [Revista Cubana de Psicología](#) (20) 2.
3. Álvarez, G. (1989). [Stress](#); un enfoque neuroendocrino. La Habana, Editorial Pueblo y Educación.
4. Arias, G. (2002) "La Orientación psicológica; un intento de elaboración teórica", La Habana, Universidad, Facultad de Psicología (en preparación).
5. Barbero Álvarez, José C. (2000) Los Juegos y deportes alternativos en educación física.
6. Bello, Casales, J. C. (2002). Psicología general. La Habana, Editorial "Félix Varela.
7. Bonet, J, Luchina, C. (1998) El Estrés, el 'síndrome x' y la enfermedad, Editorial Biblos.
8. Bustamante José A. (1975) Psiquiatría. La Habana: Editorial Científico Técnica.
9. _____. (1980). Psicología médica Tomo I. La Habana, Editorial Científico-Técnico.
10. Calviño, M. (2002). Análisis dinámico del comportamiento. La Habana, Editorial "Félix Varela".
11. Caminero P. Sanabria G. (1997) Participación comunitaria; modelo de intervención educativa para profesores de GBT. La Habana, Facultad de Salud Pública.
12. Camerino, O y Castañer, M. (1988). "1001 Ejercicios y juegos de recreación". Barcelona, Editorial Paidotribo.
13. Cervantes, J. L (1992). Programación de actividades recreativas. México, Editorial Hungría.
14. CD de la Maestría de Recreación (2007)
15. Conocimiento y dominio del estrés (1996). La Habana, Editorial Científico Técnica.
16. Corral, R. (1995). El Estudio de la [memoria](#) en la psicología cognitiva contemporánea. Ciudad de La Habana. Editorial "Félix Varela"
17. Domínguez, L. (2002). Pensando en [la personalidad](#) Tomo I. La Habana, Editorial "Félix Varela".

18. Dzhamgarov. T. T. y Puni. T S. A (1991) Psicología de la educación física y el deporte. La Habana., Editorial Científico-Técnica.
19. Los Ejercicios físicos con fines terapéuticos (1989) Tomo II. Ciudad de La Habana, Editorial Pueblo y Educación.
20. Ellis, A. (1980). Razón y emoción en [psicoterapia](#). Bilbao, Editorial Desclée de Brouwer.
21. Encarta ® 2006. © 1993-2006 Microsoft Corporation Reservados todos los derechos.
22. Fernández Berrocal, B. P. Ramos D. N. (1999). Investigaciones empíricas en el ámbito de la inteligencia emocional. Revista Ansiedad y Estrés, 5(2-3), 247-260 p.
23. Fernández-Berrocal, B. P. – Salovey, P. – Vera, A. – Ramos, N. (1999) Extremera, N. Cultura, inteligencia emocional percibida y ajuste emocional: un estudio preliminar (4): 8-9 p Revista Electrónica de Motivación y Emoción.
24. Fernández, L. (2002). Pensando en la personalidad. Tomo II. La Habana, Editorial "Félix Varela.
25. Folleto de rehabilitación física (2003) La Habana, EIEFD.
26. Galindo, G; Salvador, J.; Cherror, Y. Son, E. (1993) La Nueva psicología contemporánea. Revista Salud Mental (16) 1.
27. Goleman, D. (1999). Inteligencia emocional. [España](#), Editorial Kairos.
28. González, R. (2000) Clínica psiquiátrica. La Habana, Editorial "Félix Varela"
29. _____. (1994). Personalidad, modo de vida y salud. La Habana, Editorial Pueblo y Educación.
30. Hernández Sampier, R. (1998). Metodología de la investigación 1. La Habana, Editorial Pueblo y Educación.
31. Herrera, J. L. F, García M. N. (2003) La Investigación en psicoterapia: En: busca de sederos eficientes. Revista Cubana de Psicología (20) 2.
32. _____ (2001) Orientación y psicoterapia escolar, Argentina, Universidad Nacional de Catamarca.
33. Iriarte, G. (2002) ¿Qué entendemos por inteligencia emocional...? [http://www.inteligencia emocional.com](http://www.inteligenciaemocional.com).

34. La Inteligencia y la inteligencia emocional (2002) <http://www.inteligenciaemocional.com.mx>.
35. La Intervención psicológica (2001). México, Editorial IMCED, Michoacán.
36. Kaplan Harold I, Sadock Benjamín. J. (2002) Compendio de psiquiatría. 2da. ed. La Habana, [Edición](#) Revolucionaria, 246- 494 p.
37. Laptev. A. y MINJ. A (1987) Manual de la cultura física y el deporte. La Habana, Editorial Pueblo y Educación.
38. Lattanzio, M. Mente (1998) Inteligencia emocional; mente-cerebro una sociedad perfecta. [../indexhtml](#)
39. Lugo, F. (2001). Análisis del procesamiento de la información en pacientes con trastornos neuróticos. Luis Felipe Herrera Tutor. T. M. U. C. L.V.
40. Madrid, N. (2001) La Autorregulación emocional como elemento central de la inteligencia emocional. <http://www.psicologia-online.com>
41. Martín, D. R. (1998). Exámen neuropsicológico en pacientes neuróticos depresivos con más de tres años de evolución y persistencia de la sintomatología. T: D, U.C.L.V.
42. Mestre, J. M., Guil, M. R. & Carreras de [Alba](#), M. R.& Braza, P. (1994) Cuando los constructos psicológicos escapan del [método científico](#): el caso de la inteligencia emocional y sus implicaciones en la validación y evaluación. (3) 4 [Revista Electrónica Motivación y Emoción](#). (*Universidad de Cádiz España.*)
43. Morales, C. F. (1999). Psicología de la salud; conceptos básicos y proyecciones de trabajo. La Habana, Editorial Científico- Técnica.
44. _____ (1998) Neuropsicología de las emociones. La Habana, Editorial Científico-Técnica.
45. Nepumoceno, N. (1998). Particularidades neuropsicológicas de la memoria y el pensamiento en [adolescentes](#) con retardo en el desarrollo psíquico, Luis Felipe Herrera, tutor. – T. D. MsC. U. C. L. V.
46. Nobelo, M. G. (2001) El Uso inteligente de las emociones. Instituto Dorh, S.C. desarrollo de [recursos Humanos](#). <http://www.psicologia-online.com>
47. Núñez de Villavicencio Porro F. (2001) Psicología y salud. La Habana, Editorial Ciencias Médicas.

48. _____ (2000). Psicología médica. Tomo II
49. OMS. CIE 10 (1993) Trastornos mentales y del comportamiento. [Madrid](#), Editorial Rafael Salgado. 294 p.
50. Organización Panamericana de la Salud; clasificación y problemas relacionados con la salud. (2001) Décima Revisión. Vol. I. Washintong.
51. Orlandini, A (1994). Psicología del estrés. Santiago de Cuba, Editorial Oriente.
52. Ortiz, J (1995) La Calidad de vida y el estrés. Rev. Renglon/ Revista del Iteso. (11) 31: 4-6.
53. Pampliega de Quiroga, A (1996). La Neurosis en la actualidad. Rev. Prometeo/Universidad IBEROAMERICANA (17) 2-10.
54. Pascuale, E. (2000) Manual del operador en salud mental comunitaria, La Habana, Editorial Pueblo y Educación. 114p
55. Pérez Sánchez, Aldo. (2003). Recreación; fundamentos teóricos, metodológicos. soporte digital. Ciudad de La Habana, Instituto Superior de Cultura Física. "Manuel Fajardo". Departamento de Recreación
56. _____ Col. (1997) Recreación; fundamentos teóricos y metodológicos, México, Centro Histórico. DF.
57. _____. (2000). Fundamentos teóricos, metodológicos de recreación. <<Poner edición>>. La Habana Revista Digital, Buenos Aires, No.22, Junio.
58. Petrovski. V. A (1979) Psicología general. La Habana, .Editorial Pueblo y Educación.
59. Phares, J. E. (1999). Psicología clínica; conceptos, métodos y práctica. México, Editorial "El Manual Moderno", S. A.
60. Portero Cabrera, D. (1996). Las Contradicciones internas de la personalidad en la determinación de los estados patológicos y no patológicos de ansiedad. Tesis Docoral UCLV.
61. Popov. S. N (1988) La Cultura física terapéutica. La Habana, Editorial Pueblo y Educación.
62. Rebolledo S, Rodríguez L. (1998) Psicoeducación de personas vulnerables a la esquizofrenia. Editorial Fundación Nou Couri.

63. Roca, M. (2000) Psicología clínica; una visión general. La Habana, Editorial Félix Varela.
64. Rubinstein, S. L. (1981). [Principios](#) de psicología general. La Habana, Editorial Pueblo y Educación
65. Salovey, P., Woolery, A., y Mayer, J. D. (2001). Emotional Intelligence: Conceptualization and measurement. En G.J.O. Fletcher & M. S. Clark (Eds). Blackwell handbook of Social psychology: Interpersonal processes. Malden, MA: Pp. 279-307.
66. Salvador, J. (1999) Aplicación de una [estrategia](#) terapéutica individual en adolescentes y adultos portadores de trastornos neuróticos. Nancy Nepomuceno. Tutor. – T.M, U.C.L.V.
67. Sierra-Fitzgerald, O., Quevedo-Caicedo, J. (2001) La teoría de las [inteligencias](#): contexto neurocognitivo adecuado para la hipótesis neuropsicológica sobre factores y mecanismos de la superioridad. [Revista Neurología](#). 33-11 p.
68. Sviadosch, A. (1961) Las Neurosis y su tratamiento. [Buenos Aires](#), Editorial Change.
69. Temas de psicoterapia (1998) EMPES – MES.
70. Teoría y práctica de la psicoterapia (1991) La Habana, Editorial MPES.
71. Vigostky, L. S. (1968) Pensamiento y [lenguaje](#). La Habana, Editorial Pueblo y Educación.
72. Ysern. D. A. (1998) Inteligencia emocional en el adulto mayor. Avances y desafíos para un enfoque integral. <http://www.inteligenciaemocional.com>.
73. Zaldívar Pérez, D. (1999) “Introducción a la psicoterapia”. La Habana, Universidad. Facultad de Psicología.
74. _____. (1996). Conocimiento y dominio del estrés. La Habana, Editorial Científico Técnica.

ANEXO 1

#	CANTIDAD DE PACIENTES	TIPO DE TRASTORNOS
1	12	Ansiedad Generalizada
2	6	Crisis de Angustia
3	5	Obsesivo Compulsivo
4	2	Angustia de Separación
Total	25	

ANEXO 2

Guía de observación de las características generales de los pacientes neuróticos que se atienden en el Centro de Salud Mental Hermanos Cruz.

Objetivo: Observar las características generales de los lugares para el desarrollo favorable del conjunto de actividades físicas recreativas.

CARACTERÍSTICAS GENERALES	BIEN	REGULAR	MAL
1- Las condiciones del espacio físico donde se van a realizar las actividades físicas recreativas.	X		
2- El horario que se puede utilizar para practicar las actividades físicas recreativas.	X		
3- Los medios y recursos económicos y humanos que se dispone.	X		
4- Las condiciones ambientales del lugar.	X		
5- La motivación de los pacientes hacia la práctica de actividades físico-recreativas.	x		
6- Las relaciones sociales entre médico – paciente.	X		

ANEXO 3

Criterios de los pacientes neuróticos para realizar las actividades físicas recreativas.

CRITERIOS	CANTIDAD DE PACIENTES	%
1- Días de la Semana.	25	100
Lunes, Miércoles, Viernes.	0	0
Martes, Jueves, Sábado.	0	0
Todos los días.	25	100
Algunos fines de semana.	25	0
2- Horario	0	0
De 8 a 9 a.m.	0	0
Después de las 5 p.m.	25	100

ANEXO 4

CANTIDAD DE PACIENTES	MOTIVADOS	No MOTIVADOS.	%
25	25	0	100
Total	25	0	100

ANEXO 5

ENCUESTA PARA LOS PACIENTES.

PREGUNTAS:

1- **Marca con una cruz lo que describe mejor tus sentimientos sobre esa pregunta. Asegúrate de marcar sólo una cruz.**

A. ¿Has realizado actividades físicas recreativas alguna vez en el Centro Comunitario de Salud Mental?

Sí _____ No _____

B. ¿Cómo te sentirías si la realizaras?

Muy bien _____ Bien _____ Regular _____ Mal _____

2- **Marca con una cruz las actividades que preferirías hacer si tuvieras que hacerla.**

A. Después de la escuela o el trabajo preferirías:

Hacer ejercicios.

Leer un libro

Ver televisión.

Hacer una excursión o ir a campismos con los amigos los fines de semanas.

3- **Escoge y marca tres palabras según tus criterios.**

Las actividades físicas recreativas son:

Buenas Malas No saludables Saludables Tristes Agradables
 Importantes No importantes Divertidas Aburridas

4- **Las actividades recreativas que me cansan o que me hacen sudar son:**

Buenas malas no saludables saludables tristes

Agradables importantes no importantes divertidas Aburridas

5- **Hacer actividades físicas recreativas después de la escuela o el trabajo sería:**

Bueno malo no saludable saludable triste

Agradable importante no importante divertido

6- **¿Cuáles de estas actividades físicas recreativas te gustaría realizar?**

Voleibol_____ Bailoterapia_____ Caminar_____ Excursiones_____

Ejercicios respiratorios_____ Dominó_____ Damas_____ Parchi_____

Béisbol o Softball_____ Taichi_____ Cumpleaños Colectivos_____

Maratones deportivos_____ Campismos_____ Galas Culturales_____

Festivales Danzarios_____ Ajedrez_____

ANEXO 6

OPCIONES	CANTIDAD DE PACIENTES	%
1 A- Han realizado Act Fís. Rec. en el Centro alguna ves	25	
Sí		
No	25	100
1 B-Cómo se sentirían	25	
Muy Bien	17	83
Bien	8	17
2- Preferirían:	25	
Hacer Ejercicios	15	60
Leer	2	8
Ver TV	3	12
Excursiones - Campismos	16	64
3- Actividades Físicas recreativas son:	25	
Buenas	10	40
Saludables	25	100
Importantes	25	100
Divertidas	25	100
Agradables	25	100
4- Actividades Físicas que agotan son:	25	
Buenas	25	100
Saludables	17	68
Agradables	20	80
5- Hacer Act Fís. después del trabajo o escuela es:	25	
Bueno	25	100
Saludable	25	100
Agradable	25	100
6- Preferencias:	25	
Bailoterapia	20	80
Caminar	18	72
Excursiones	25	100
Taichi	17	68
Juegos de Mesa	17	68
Béisbol	13	52
Cumpleaños Colectivos	15	60

ANEXO 7

ENTREVISTA A ESPECIALISTAS.

- **OBJETIVO:** Obtener información acerca de la influencia que ejerce un grupo de actividades físicas recreativas en los pacientes neuróticos.

- **GUÍA DE PREGUNTAS:**
 - 1) ¿Cuántos años de experiencia lleva usted?
 - 2) ¿Se han realizado actividades recreativas con anterioridad?
 - 3) ¿Qué influencia podría ejercer estas actividades recreativas en los pacientes neuróticos?
 - 4) ¿Cómo son las relaciones entre médico y paciente?
 - 5) ¿Qué otras valoraciones nos puede dar acerca del tema?

ANEXO 8

