



Rehabilitación integral en psiquiatría para la independencia física en pacientes esquizofrénicos hospitalizados

Comprehensive rehabilitation in psychiatry for physical independence in hospitalized schizophrenic patients

Juan Carlos Mirabal Requena^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-9159-6887>

Belkis Alvares Escobar² <https://orcid.org/0000-0002-8701-9075>

José Alejandro Concepción Pacheco³ <https://orcid.org/0000-0001-6249-8789>

Gladys Alejandra Rojas Sánchez⁴ <https://orcid.org/0000-0002-9037-0448>

¹Universidad de Ciencias Médicas de Sancti Spíritus. Dirección Provincial de Salud. Sancti Spíritus, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de Sancti Spíritus. Departamento metodológico. Sancti Spíritus, Cuba.

³Universidad de Ciencias Médicas Sancti Spíritus. Departamento posgrado. Sancti Spíritus, Cuba.

⁴Universidad de Ciencias Médicas Sancti Spíritus. Departamento psicología. Sancti Spíritus, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: juancmirabal@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La independencia física es cuando una persona no necesita de otra para realizar actividades de la vida diaria. La esquizofrenia está dentro de las 10 enfermedades más discapacitantes.

Objetivo: Describir los cambios en la independencia física después de aplicado un programa de rehabilitación integral para el adulto esquizofrénico hospitalizado.



Métodos: Investigación desarrollada entre el 20 de enero de 2018 y el 13 de febrero de 2022. Integró técnicas y procedimientos de la investigación cualitativa y cuantitativa. Se utilizó un grupo único. Fue aplicada la consulta a especialistas. Participaron 65 pacientes esquizofrénicos que tenían más de 6 meses de estadía hospitalaria, menos de 60 años y que no estaban en su fase aguda o brote. Se diseñó el programa y se aplicó en un periodo de 6 meses con la participación del equipo de salud mental, previa capacitación.

Resultados: Después de aplicado el programa predominó la categoría “independiente”. Se logró mejoría cognitiva, afectiva, conductual, así como de los síntomas positivos y negativos. Se lograron cambios hacia niveles superiores de rehabilitación. Primaron los pacientes satisfechos con el tratamiento recibido. Los 10 especialistas consultados consideraron el programa viable.

Conclusiones: El programa de rehabilitación integral para el adulto esquizofrénico hospitalizado, mejora la independencia física, favorece los cambios positivos y es factible de ser aplicado.

Palabras clave: esquizofrenia; programa; rehabilitación.

ABSTRACT

Introduction: Physical independence is when a person does not need another person to carry out activities of daily living. Schizophrenia is among the 10 most disabling diseases.

Objective: To describe the changes in physical independence after applying a comprehensive rehabilitation program for hospitalized schizophrenic adults.

Methods: Research developed between January 20, 2018 and February 13, 2022. It integrated qualitative and quantitative research techniques and procedures. A single group was used. The consultation was applied to specialists. 65 schizophrenic patients participated who had been in hospital for more than 6 months, were less than 60 years old, and who were not in their acute phase or outbreak. The program was designed and applied over a period of 6 months with the participation of the mental health team, after training.

Results: After the program was applied, the “independent” category predominated. Cognitive, affective, and behavioral improvement were achieved, as well as positive and negative symptoms. Changes were achieved towards higher levels of rehabilitation. Patients satisfied with the treatment received prevailed. The 10 specialists consulted considered the program viable.



Conclusions: The comprehensive rehabilitation program for the hospitalized schizophrenic adult improves physical independence, promotes positive changes and is feasible to be applied.

Keywords: independence; schizophrenia; program; rehabilitation.

Recibido: 22/08/2023

Aprobado: 28/11/2023

INTRODUCCIÓN

La independencia física o funcional es cuando una persona no necesita de otra para realizar actividades de la vida diaria (AVD). Es la capacidad del sujeto para llevar una existencia independiente efectiva.⁽¹⁾

La dependencia funcional, es cuando una persona, producto de una deficiencia física, psíquica o social, necesita de asistencia o ayuda para realizar sus tareas cotidianas.^(2,3)

La esquizofrenia es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS),⁽⁴⁾ dentro de las 10 enfermedades más discapacitantes. Está presente en una persona de cada 100.⁽⁶⁾ Los enfermos tienen el agravante del deterioro de sus hábitos y habilidades.⁽⁵⁾ Tienen afectado el pensamiento, las emociones y el comportamiento.

Es importante que los adultos esquizofrénicos mantengan su independencia en las AVD.⁽⁷⁾ Necesitan ser autónomos y preservar su estado general y las actividades físicas son formas de que se mantengan activos, con actividades de tipo personal y social. Además, es importante rodearles de cariño y la familia juega un papel preponderante.⁽⁸⁾

Debido a la institucionalización, la autonomía e independencia de estos pacientes se deteriora.⁽⁹⁾ La rehabilitación integral incluye acciones médicas, sociales, educativas, de trabajo, entre otras, para lograr la máxima recuperación del paciente. Estas acciones disminuyen el déficit funcional, favorecen el autovalidismo, la aceptación de la discapacidad y la inserción social. Deben realizarse según las características individuales. El mantenimiento o incorporación de aspectos vocacionales, la mejoría en



las esferas psicológicas cognitiva, conductual y afectiva, favorece la reinserción social en pacientes con posibilidades de adaptación al medio.⁽¹⁰⁾

Según diferentes investigaciones^(11,12,13,14) sobre rehabilitación en pacientes con esquizofrenia y sobre la aplicación de programas de rehabilitación, se ha demostrado que son efectivas.^(15,16) En estas fuentes, no se realiza un análisis sistémico de la esfera psicológica y en varias, no se incluye la mejoría de los síntomas positivos y negativos, en función de la independencia física.

El objetivo del presente trabajo es describir los cambios en la independencia física después de aplicado un programa de rehabilitación integral para el adulto esquizofrénico hospitalizado.

MÉTODOS

Diseño

Se realizó un diseño mixto, cualitativo y cuasiexperimental, entre el 20 de enero de 2018 y el 13 de febrero de 2022, en el Hospital Psiquiátrico Docente Provincial de Sancti Spíritus, Cuba.

Sujetos

Los sujetos estudiados fueron pacientes, diagnosticados como portadores de esquizofrenia por los especialistas de psiquiatría del centro sede del estudio, según los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, quinta edición (DMS-V).⁽¹⁷⁾ De estos se seleccionaron quienes tenían más de 6 meses de estadía hospitalaria (caracterizados en un estudio previo),⁽⁹⁾ menos de 60 años y que no estuviesen en fase aguda o brote (n= 65).

Variables

Variable independencia física (dependiente, mínimo dependiente o independiente). Se definió como la competencia para realizar las actividades de la vida diaria y el autocuidado, sin la ayuda de terceros, con mejoría de la cognición, afectividad y conducta. Se consideraron las siguientes dimensiones e indicadores:



- Dimensión 1: esfera afectiva con cambios positivos; muestra afectividad hacia los demás, capacidad de expresar lo que siente y de realización personal. Los indicadores fueron:
 - Interés en realizar una actividad determinada.
 - Deseo de integrarse o participar en actividades colectivas (deportivas, recreativas, culturales).
 - Desarrollo de relaciones interpersonales (con otros pacientes, con el equipo de salud mental, con miembros de la familia, de la comunidad hospitalaria).
 - Capacidad de expresar sentimientos (alegría, tristeza, aceptación, irritabilidad).Escala valorativa (al menos 3 indicadores presentes y siempre tenía que estar presente el primero):
 - Aceptable: Expresa interés por el desarrollo de una actividad determinada, deseo de integrarse o participar en actividades colectivas, desarrolla relaciones interpersonales adecuadas, y manifiesta sentimientos personales.
 - Mínimo aceptable: Tiene algunas limitaciones para expresar interés por el desarrollo de una actividad determinada, el deseo de integrarse o participar en actividades colectivas, desarrolla relaciones interpersonales medianamente adecuadas y manifiesta algunos de sus sentimientos personales.
 - Inaceptable: No tiene interés por el desarrollo de una actividad determinada, ni el deseo de integrarse o participar en actividades colectivas, son pobres sus relaciones interpersonales y no manifiesta con claridad sus sentimientos personales.
- Dimensión 2: Esfera cognitiva con cambios en la respuesta, sobre la base de los niveles de rehabilitación. Se tuvo en cuenta la evolución hacia niveles de rehabilitación superiores, según los siguientes niveles y escala valorativa:
 - Nivel I: dependientes para realizar cualquier actividad.
 - Nivel II: independencia parcial en el desarrollo de su actividad.
 - Nivel III: mayor grado de independencia, mantienen vínculo con la comunidad y reciben algún tipo de estímulo por la actividad que realizan.
 - Nivel IV: realizan trabajos que exigen buena atención y raciocinio casi normal, tales como cultivos y confecciones, entre otras.



- Dimensión 3: Esfera conductual con cambios positivos y retorno al comportamiento adecuado. Los indicadores fueron:

- Mantiene o retoma las actividades de la vida diaria (aseo personal, alimentación).
- Mantiene o retoma actividades instrumentadas de la vida diaria (laborales u oficios, manuales o no; manejo monetario personal).
- Participa espontáneamente en actividades colectivas (deportivas, recreativas, culturales).
- Desarrolla relaciones interpersonales efectivas.
- Supera los sentimientos de vacío y las conductas extravagantes o inadecuadas.

Escala valorativa:

- Aceptable (al menos 3 de los indicadores presentes): mantiene sus actividades de la vida diaria, instrumentadas o no; se relaciona socialmente, participa en las actividades que se le programen con alta motivación y no muestra expresiones de conductas extravagantes o inadecuadas.
 - Mínimo aceptable (al menos 2 de los últimos 3 indicadores): mantiene sus actividades de la vida diaria, instrumentadas o no, pero presenta manifestaciones de aislamiento social, pérdida de motivaciones y algunas conductas extravagantes o inadecuadas.
 - Inaceptable (al menos 4 de los indicadores): presenta dificultades para desarrollar sus actividades de la vida diaria, instrumentadas o no, junto al aislamiento social, pérdida de motivación y energía, el sentimiento de vacío, conductas extravagantes o no adecuadas.
- Dimensión 4: Presencia y modificaciones de los síntomas positivos y negativos de la enfermedad.⁽¹⁸⁾

Los indicadores fueron:

- a: presencia o ausencia de síntomas positivos.
- b: presencia o ausencia de síntomas negativos.

Escala valorativa:

- Aceptable: mantiene una adecuada participación en las actividades de la vida diaria y de rehabilitación, inexistencia de alucinaciones, mayor interacción con el resto de las personas y mansedumbre en su comportamiento.



- Mínimo aceptable: mantiene participación en las actividades de la vida diaria y de rehabilitación, pero presenta alucinaciones, delirios y rasgos agresivos que afecten su interacción con el resto de las personas.
- Inaceptable: manifiesta pensamientos o experiencias desconectados de la realidad, habla y se comporta de manera desorganizada, manifiesta dificultades en la concentración y la memoria, disminuye ostensiblemente su participación en las actividades cotidianas.

Variable satisfacción del paciente: medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del paciente. Los indicadores fueron:

- Indicadores: atención recibida, su repercusión en el estado de salud y trato recibido durante el proceso de atención.
 - Muy satisfecho (MS): rehabilitación y apoyo que recibe el paciente y su familia al 100 %. Estado de las relaciones entre los miembros del equipo de salud al 100 %. Estado de las relaciones entre la enfermera y usted al 100 %. Cuidados que le brinda el rehabilitador al 100 %.
 - Satisfecho (S): rehabilitación y apoyo que recibe el paciente y su familia al 70 %. Estado de las relaciones entre los miembros del equipo de salud al 70 %. Estado de las relaciones entre la enfermera y usted al 70 %. Cuidados que le brinda el rehabilitador al 70 %.
 - Poco satisfecho (PS): rehabilitación y apoyo que recibe el paciente y su familia al 50 %. Estado de las relaciones entre los miembros del equipo de salud al 70 %. Estado de las relaciones entre la enfermera y usted al 50 % y cuidados que le brinda el rehabilitador al 50 %.
 - No satisfecho (NS): rehabilitación y apoyo que recibe el paciente y su familia a menos del 50 %. Estado de las relaciones entre los miembros del equipo de salud a menos del 50 %. Estado de las relaciones entre la enfermera y usted a menos del 50 %. Cuidados que le brinda el rehabilitador a menos del 50 %.
 - No puede responder (NP).



Variable factibilidad del programa: según juicio de especialistas (factible o no factible). Fueron consultados 10 especialistas (4 psiquiatras, 3 fisiatras, 2 terapeutas ocupacionales y 1 especialista en medicina interna), con 10 años o más de experiencia en la rehabilitación de adultos esquizofrénicos; 7 profesores auxiliares y 3 profesores asistentes. Recibieron el programa vía correo electrónico, emitieron su juicio y respondieron por la misma vía.

Procedimientos

El Programa de Rehabilitación Integral para el adulto esquizofrénico hospitalizado (PRIAEH) fue aplicado al grupo de sujetos seleccionados (los detalles del programa están disponibles como archivo complementario). Primero se capacitaron los equipos de salud que aplicaron el PRIAEH.

Fueron evaluadas las variables con sus dimensiones e indicadores antes y después de la implementación del PRIAEH. La Escala de los síntomas positivos y negativos (PANSS)⁽¹⁸⁾ se utilizó para la Dimensión 4. El nivel de satisfacción de los pacientes con el PRIAEH se realizó según los criterios de *Braza*⁽²⁰⁾ y *Calle*.⁽²¹⁾

Se realizó observación de cada paciente,⁽²²⁾ durante todo el programa para corroborar directamente la evolución.

La consulta a especialistas,⁽²³⁾ fue el método empleado en la valoración de la factibilidad del programa.

Procesamiento

Se empleó el programa estadístico IBM-SPSS v. 20.0 para Windows en el procesamiento estadístico.

Se planteó como hipótesis nula: no existen diferencias en la tendencia central de la independencia física antes y después de aplicado el programa. La hipótesis alternativa: existen diferencias en la tendencia central de la independencia física entre antes y después de aplicado el programa.

Para comparar los datos de la variable independencia física, antes y después de aplicado el programa, se utilizó la prueba de Wilcoxon. Se utilizó un nivel de significación de 0,05.

Aspectos bioéticos

El estudio se aprobó por la Comisión de Ética del Consejo Científico de la Facultad “Dr. Faustino Pérez Hernández” de la Universidad de Ciencias Médicas y del Hospital Psiquiátrico Docente Provincial de Sancti Spíritus. Los datos primarios fueron utilizados con fines investigativos, según lo estipulado en la Declaración de Helsinki.⁽²⁴⁾



RESULTADOS

Antes de aplicar el programa predominó la categoría “mínimo dependiente” (n= 33; 50,77 %); después predominó la categoría “independiente” (n= 47; 72,3 %) (tabla 1). Las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0,05$), por lo cual se descarta la hipótesis nula.

Tabla 1 – Modificaciones del nivel de independencia física de los adultos esquizofrénicos hospitalizados antes y después del PRIAEH

Nivel de independencia física	Antes		Después	
	n	%	n	%
Dependiente	13	20	5	7,7
Mínimo dependiente	33	50,77	13	20
Independiente	19	29,23	47	72,3
Total	65	100	65	100

$p < 0,05$

En la tabla 2 se muestran las dimensiones 1, 2 y 3 (esferas psicológicas). Se evidencian los cambios marcados en las 3 esferas.

Tabla 2 – Cambios en la afección de las esferas psicológicas (dimensiones 1, 2 y 3)

Esferas psicológicas	Antes		Después	
	n	%	n	%
Cognitiva	65	100	17	26,15
Afectiva	39	60	5	7,7
Conductual	63	96,92	5	7,7

En cuanto a la presencia y evolución de los síntomas positivos y negativos, en la tabla 3 se muestran, antes y después de aplicado el programa.



Tabla 3 – Modificaciones de los síntomas positivos y negativos

Síntomas	Antes		Después	
	n	%	n	%
Síntomas positivos				
Delirios	23	35,38	5	7,7
Desorganización del pensamiento	65	100	5	7,7
Comportamiento alucinatorio	34	52,3	5	7,7
Excitación	43	66,15	5	7,7
Grandiosidad	13	20	11	16,92
Susplicacia/perjuicio	10	15,38	4	6,15
Hostilidad	47	72,30	5	7,7
Síntomas negativos				
Embotamiento afectivo	57	87,69	5	7,7
Retraimiento afectivo	35	53,84	5	7,7
Contacto pobre	16	24,61	5	7,7
Retraimiento social	11	19,92	5	7,7
Dificultad en el pensamiento abstracto	63	96,92	57	87,69
Ausencia de Espontaneidad	48	73,84	5	7,7
Deterioro de la fluidez en la conversación	19	29,23	5	7,7

Los síntomas que menos mejoraron fueron la grandiosidad y la dificultad para el pensamiento abstracto. Los cambios a niveles superiores de rehabilitación se muestran en la tabla 4.

Tabla 4 – Modificaciones en los niveles de rehabilitación, antes y después de aplicado el programa

Nivel de rehabilitación	Antes		Después	
	n	%	n	%
1	13	20	5	7,7
2	18	27,7	4	6,15
3	15	23,07	9	13,84
4	19	29,23	47	72,30



El nivel IV fue el de mayor frecuencia, pero los cambios hacia niveles superiores ocurrieron en todos los niveles. Los 5 pacientes que se mantuvieron en el nivel 1 de rehabilitación, son los que menos cambios favorables presentaron en las esferas psicológicas y en los síntomas positivos y negativos.

DISCUSIÓN

Toda acción de rehabilitación con adultos esquizofrénicos debe ser integral. Debe prestarse especial atención al fomento de las relaciones sociales,⁽²⁵⁾ brindar vías para enfrentar el estigma, lograr la incorporación laboral y dar el apoyo psicoeducativo necesario para prevenir recaídas. El objetivo es la reinserción social y disminuir los reingresos. Se pretende que alcancen responsabilidad, progresiva, en la gestión y provisión de servicios, a partir de su propia experiencia en lidiar con los problemas de salud mental.

González y otros,⁽²⁶⁾ *Dorado Rodríguez y otros,*⁽²⁷⁾ así como *Reinante y otros,*⁽²⁸⁾ demuestran que los programas de rehabilitación favorecen cambios satisfactorios en la esfera cognitiva, lo cual coincide con la presente investigación en esa esfera; solo que estos autores no integran las 3 esferas psicológicas, y los sujetos, son pacientes hospitalizados de larga estadía.

La rehabilitación cognitiva es la que más se ha desarrollado, para lograr mejores relaciones sociales; sin embargo, el trabajo integral con los pacientes esquizofrénicos hospitalizados, tiene que tener en cuenta la necesidad de llevar a la par, las 3 esferas, así como los síntomas negativos y positivos.

Los resultados coinciden con los de *Tortosa,*⁽²⁹⁾ quien plantea que las intervenciones se adaptan a las necesidades del paciente, según los síntomas positivos y negativos. De igual forma, se coincide con *Cruz,*⁽³⁰⁾ cuando refiere la importancia de fomentar adecuados hábitos de higiene personal y alimentación, lograr una adecuada percepción de los riesgos de accidentes en la vida cotidiana y la práctica de actividades físicas y de ocio.

El tratamiento a pacientes con trastornos psiquiátricos ha de incluir las áreas de trabajo y de socialización; sin desatender que el paciente presente y mantenga una imagen saludable. Además, que los pacientes dependan cada vez menos de un cuidador, trae consigo importantes mejoras sociales, económicas y psicológicas, en el paciente, la familia y la comunidad. La rehabilitación a pacientes psiquiátricos



hospitalizados, no puede verse como un conjunto de intervenciones durante su estancia en el centro: abarca procedimientos biopsicosociales que mejoran el funcionamiento, reduce las limitaciones propias de su discapacidad y atenúa el impacto del estigma sobre estas personas. Cuando mejora la calidad de vida, se incrementa la productividad social y económica del paciente. Toda sociedad ha de tener preocupación por sus miembros en situaciones vulnerables; constituyen un problema de salud pública. Es esencial promover o asegurar oportunidades de empleo una vez se integren a la sociedad.

La gravedad y duración de las manifestaciones de esquizofrenia, difieren entre un individuo con hospitalización prolongada y quienes se mantienen en la sociedad. Esto lleva a que, al aplicar intervenciones de rehabilitación, educacionales y de salud, en ambientes hospitalarios, se tengan en cuenta las necesidades del paciente, se implique a la familia, así como a otros factores de la sociedad.

En pacientes con esquizofrenia existen posibilidades de abandono del tratamiento; por tanto, es beneficioso conocer el grado de satisfacción del paciente y su experiencia subjetiva, para predecir el cumplimiento terapéutico y tomar las decisiones apropiadas.⁽²⁰⁾ Según *Calle*,⁽²¹⁾ se evidencia que los pacientes con mayor satisfacción, tienen mejor adherencia al tratamiento. La presente investigación coincide con lo planteado por *Fernández* y otros.⁽³¹⁾ Además, la satisfacción de los pacientes constituye un indicador de calidad de los servicios y predice la cooperación con el tratamiento.

La integralidad de la rehabilitación propuesta, parte de la visión desde la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación, junto al equipo de salud mental, con sus puntos de vistas integrados.

El presente estudio tiene como limitación el haber sido desarrollado en una misma institución de atención a pacientes psiquiátricos, y las propias del diseño utilizado.

El programa de rehabilitación integral para el adulto esquizofrénico hospitalizado, mejora la independencia física, favorece los cambios positivos y es factible de ser aplicado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Querejeta González M. Discapacidad/Dependencia unificación de criterios de valoración y clasificación. Gipuzkoa: IMSERSO; 2004. [acceso: 06/03/2023]. Disponible en:

<http://scielo.sld.cu>

<https://revmedmilitar.sld.cu>



<http://riberdis.cedid.es/bitstream/handle/11181/3397/Discapacidad-dependencia.pdf?sequence=1&rd=0031621477151600>

2. Licea Amador AG, Robles Saavedra D, Díaz Garfía CX, Juárez Chávez J. Trastorno psiquiátrico-esquizofrenia. TEPEXI. 2019 [acceso: 06/03/2023]; 11:34-9. Disponible en:

<https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/tepexi/article/view/3832/6010>

3. López Rodríguez P, Sanmillán Brooks H, Cainet Beltrán A, Olivares Martínez OD. Algunas consideraciones teóricas relacionadas con el estudio de la esquizofrenia. Rev Inf Cient. 2015 [acceso: 06/03/2023]; 93(5): [aprox. 17 p.]. Disponible en:

<http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/189>

4. García Fernández NC. Rehabilitación psicosocial: una estrategia integral para el tratamiento de la esquizofrenia. [Tesis de grado]. Uruguay: Universidad de la República; 2022. [acceso: 06/03/2023]. Disponible en:

https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/33025/1/tfg_natalia_garcia2.pdf

5. Mirabal Requena JC. Necesidad de Rehabilitación integral individualizada al adulto mayor con esquizofrenia residual. AMC. 2019 [acceso: 06/03/2023]; 23(5): 559-62. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000500559&lng=es

6. Organización Mundial de la Salud. Esquizofrenia. Ginebra: WHO; 2018. [acceso: 06/03/2023].

Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

7. Green MF, Horan WP, Lee J, McCleery A, Reddy LF, Wynn JK. Social disconnection in schizophrenia and the general community. Schizophr Bull. 2018 [acceso: 06/03/2023]; 44(2):242-9.

Disponible en: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/44/2/242/3873531>

8. Castillo J, Galan D, García B. Deporte e Inclusión social en personas con Trastorno Mental Grave (TMG). Sociedad de Psicología y Educación. 2019 [acceso: 06/03/2023]; 12(1):71-83.

DOI:10.25115/psye.v0i0.2343

9. Mirabal Requena J, Alvarez Escobar B, Concepción Pacheco J, Naranjo Hernández Y.

Caracterización de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Psiquiátrico Provincial de Sancti Spíritus. Archivo Médico Camagüey. 2023 [acceso: 06/03/2023]; 27: [aprox. 10. p.]. Disponible en:

<https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/9365>

<http://scielo.sld.cu>

<https://revmedmilitar.sld.cu>



10. Schmidt SJ, Mueller DR, Roder V. Social cognition as a mediator variable between neurocognition and functional outcome in schizophrenia: Empirical review and new results by structural equation modeling. *Schizophr Bull.* 2011 [acceso: 06/03/2023]; 37(2):41–54. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3160114/>
11. Marquez DX, Aguiñaga S, Vásquez PM, Conroy DE, Erickson KI, Hillman C, et al. A systematic review of physical activity and quality of life and well-being. *TBM.* 2020 [acceso: 06/03/2023]; 10:1098–109. Disponible en: <https://academic.oup.com/tbm/article/10/5/1098/5921063>
12. Arnautovska U, Kesby JP, Korman N, Rebar AL, Chapman J, Warren N, et al. Biopsychology of Physical Activity in People with Schizophrenia: An Integrative Perspective on Barriers and Intervention Strategies. *Neuropsychiatric Disease and Treatment.* 2022 [acceso: 06/03/2023]; 18:2917-26. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.2147/NDT.S393775>
13. Carmona VR. Eficacia de los modelos de rehabilitación vocacional y necesidades de soporte al empleo en personas con esquizofrenia. [Tesis doctoral]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2018. [acceso: 06/03/2023]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/666984>
14. Taborda Zapata E, Montoya González LE, Gómez Sierra NM, Arteaga Morales LM, Correa Rico OA. Manejo integral del paciente con esquizofrenia: más allá de los psicofármacos. *Revista Colombiana de Psiquiatría.* 2016 [acceso: 06/03/2023]; 45(2):118-23. Disponible en: <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S0034745015001110&r=379>
15. Chapi Mori JL. Rendimiento neuropsicológico de personas con esquizofrenia pertenecientes a un programa de rehabilitación integral. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala.* 2011 [acceso: 06/03/2023]; 14(4):136-59. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2011/epi114h.pdf>
16. Loubat M, Astudillo-Zúñiga A. Revisión sistemática (2010-2017) de los instrumentos de evaluación y programas de rehabilitación de la cognición social utilizados con personas con esquizofrenia. *Terapia psicológica.* 2019; 37(3):295-316. DOI: 10.4067/S0718-48082019000300295
17. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5®). APA; 2014. [acceso: 06/03/2023]. Disponible en:



<https://www.medicapanamericana.com/es/libro/dsm-5-manual-diagnostico-y-estadistico-de-los-trastornos-mentales-incluye-version-digital>

18. Stanley RK, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1987; 13(2):261–76. DOI: 10.1093/schbul/13.2.261

19. Rodríguez Cárdenas O, Martínez Hernández O, González Ledesma Y, Rodríguez Hernández LA, Zamora Lombardía E, Sierra Muñiz M. Rehabilitación integral del paciente con trastorno mental grave. Hospital Psiquiátrico de Matanzas. *Rev. Med. Electrón*. 2015 [acceso: 06/03/2023]; 37(5):479-87.

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000500007&lng=es

20. Braza Ruiz S. Resultados comunicados por pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. [Tesis de grado]. España: Universidad de Cádiz; 2020. [acceso: 06/03/2023]. Disponible en:

<https://rodin.uca.es/bitstream/handle/10498/23640/BRAZA%20RUIZ%2c%20S..pdf?sequence=1&isAllowed=y>

21. Calle Guailupo AL. Satisfacción de la atención y adherencia del tratamiento de usuarios con esquizofrenia del hospital Sergio Bernales, 2019. [Tesis de maestría]. Perú: Universidad Nacional del Callao; 2019. [acceso: 06/03/2023]. Disponible en:

http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/4276/CALLE%20GUAILUPO_POSGRADO_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

22. Soledad Fabbri M. Las técnicas de investigación: la observación. Instituto Ciencias Humanas; 2020. [acceso: 06/03/2023]. Disponible en:

https://www.academia.edu/36157300/Las_t%C3%A9cnicas_de_investigaci%C3%B3n_la_observaci%C3%B3n

23. Fuentes Morales IG, Toledano Prieto Y, Capote Pérez AA. Valoración del producto científico por criterios de usuarios: necesidad apremiante para su perfeccionamiento. *EDUMECENTRO*. 2018 [acceso: 06/03/2023]; 10(3):249-53. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742018000300019&lng=es



24. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Helsinki: AMM; 2013. [acceso: 06/03/2023]. Disponible en: http://www.anmat.gov.ar/comunicados/HELSINSKI_2013.pdf
25. Lozano Rengifo MJ, Chavarro Carvajal DA. Deterioro funcional hospitalario. Revisión y actualización con una perspectiva orientada a mejorar la calidad de atención del anciano. Univ Med. 2017 [acceso: 06/03/2023]; 58(3):e1. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/2310/231053755008/html/>
26. González Lorenzo C, Martín Estévez A, Torres Hernández RC. Eficacia de las técnicas cognitivas en la esquizofrenia. Revisión sistemática. [Tesis final de grado]. España: Universidad de La Laguna; 2021. [acceso: 06/03/2023]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/23977/Eficacia%20de%20las%20tecnicas%20cognitivas%20en%20la%20esquizofrenia.%20Revisión%20sistemática..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
27. Dorado Ramírez CA, Castaño Correa D. Efectividad de los programas computarizados en rehabilitación cognitiva de pacientes con esquizofrenia. Pensamiento Psicológico. 2018 [acceso: 06/03/2023]; 16(2):73-86. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v16n2/1657-8961-pepsi-16-02-73.pdf>
28. Reinante Mariscal G, Sánchez Reales S, Fernández Rodríguez L. Déficit en la cognición social en pacientes con diagnóstico del espectro de la esquizofrenia. Eficacia e importancia de un programa de entrenamiento en interacción y cognición social. Psiquiatria.com. 2020 [acceso: 06/03/2023]; 24: e22. Disponible en: https://psiquiatria.com/trabajos/usr_1793055127.pdf
29. Tortosa Rodenas A. Programa en Psicoeducación y Bienestar para Personas con Esquizofrenia en Servicios de Rehabilitación Psiquiátrica Intensiva. [Tesis de grado]. España: Universidad Católica de Valencia; 2020. [acceso: 06/03/2023]. Disponible en: https://riucv.ucv.es/bitstream/handle/20.500.12466/1381/TFG_TORTOSA_RODENAS_ANDREA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
30. Cruz Viola H. Psicoeducación en hábitos saludables a pacientes esquizofrénicos. [Tesis de grado]. Argentina: Universidad Siglo 21; 2019. [acceso: 06/03/2023]. Disponible en:



<https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/18641/VIOLA%20HERNAN%20TFG%20-%20Hernan%20Viola.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

31. Fernández Carbonell MJ, García Merita DC, Fuentes Inmaculada ML. Satisfacción de pacientes y familiares con una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. *Anales de Psicología*. 2012 [acceso: 06/03/2023]; 28(2):378-86. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16723135008>

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: *Juan Carlos Mirabal Requena, Belkis Alvarez Escobar.*

Curación de datos: *Juan Carlos Mirabal Requena, Belkis Alvarez Escobar.*

Análisis formal: *Juan Carlos Mirabal Requena.*

Investigación: *Juan Carlos Mirabal Requena.*

Metodología: *Juan Carlos Mirabal Requena, José Alejandro Concepción Pacheco, Gladys Alejandra Rojas Sánchez.*

Administración del proyecto: *Juan Carlos Mirabal Requena.*

Recursos: *Juan Carlos Mirabal Requena.*

Supervisión: *Juan Carlos Mirabal Requena.*

Validación: *José Alejandro Concepción Pacheco, Gladys Alejandra Rojas Sánchez.*

Redacción – borrador original: *Juan Carlos Mirabal Requena, Belkis Alvarez Escobar.*

Redacción – revisión y edición: *Juan Carlos Mirabal-Requena, José Alejandro Concepción Pacheco, Gladys Alejandra Rojas Sánchez.*