

## UN MODELO INTRACOMUNITARIO DE REHABILITACION PARA PERSONAS DISCAPACITADAS DE CAUSA PSIQUIATRICA

Cuad. Méd.-Soc., XXXV, 3, 1994/ 25-29

Dr. Rafael Sepúlveda Jara\*

### INTRODUCCION

La creciente introducción del modelo psicosocial como explicación y forma de definir temas e intervenciones posibles en el trabajo de salud mental es un hecho de gran relevancia acaecido recientemente en nuestro país.

Según este modelo, la incidencia de problemas de salud resulta de una razón variable que depende, por una parte, de causas orgánicas, de circunstancias medioambientales estresantes y de las necesidades en general; y por otra, de los recursos disponibles para hacer frente a estas situaciones y necesidades: de recursos personales, sociales y económicos.

De este modo han emergido temas como los aspectos de salud mental en la atención primaria de salud, el embarazo adolescente, el maltrato infantil y la violencia doméstica.

La introducción de estas temáticas trasciende la práctica habitual de la Psiquiatría y la Psicología en nuestro país, y significa un indudable aporte al trabajo en salud.

Sin embargo, la enfermedad mental y la discapacidad de causa psiquiátrica no pueden ser desatendidas.

Estos temas se han asociado clásicamente al trabajo de las instituciones psiquiátricas. En nuestro país esto se refiere a los hospitales psiquiátricos y el intento por transformarlos siguiendo criterios de salud pública que les permitan trascender los criterios manicomiales sobre los cuales se constituyeron.

El mismo modelo psicosocial que fundamenta la incorporación de los nuevos temas mencionados al ámbito de la competencia de la salud mental, puede iluminar la práctica de la psiquiatría haciéndola más integral, más pertinente en la vida concreta de las personas afectadas por la enfermedad mental y de sus familias. De este modo aspectos tales como las redes sociales, el soporte social y las competencias psicosociales quedan en un primer plano, evidenciando muchas nuevas formas de intervención e innumerables recursos que activar, para el logro de la rehabilitación y la reinserción social de quienes sufren enfermedades mentales.

Esta misma óptica muestra el tema dentro del ámbito de competencia del conjunto de la política social, no sólo del sector salud, y destaca el rol de la planificación social y los aspectos sociopolíticos involucrados en la solución del problema social de la discapacidad de causa psiquiátrica.

### Modelo de la intervención:

En este marco resulta muy relevante la experiencia de más de dos años y medio de funcionamiento del Programa de Psiquiatría Mayor del Centro Comunitario Familiar Colón, de la Municipalidad de Las Condes<sup>1</sup>, situado en el corazón del sector Colón-Vital Apoquindo, donde se concentran las familias con menores ingresos de la comuna.

Allí, a partir de un modelo de Consultorio de Psiquiatría localizado, se evolucionó hacia un programa que valora como elementos centrales de su estrategia lo siguiente:

\* Médico-Psiquiatra, Magister en Sociología (C), Subjefe de Servicio del Servicio C Norte del Instituto Psiquiátrico de Santiago, Psiquiatra del Centro Comunitario "Padre Hurtado" e Investigador de CEIS (Centro de Estudios e Intervenciones Sociales).  
<sup>1</sup> Ahora denominado Centro Comunitario "Padre Hurtado".

### **1. Localización intracomunitaria:**

El Programa se estableció en un punto de confluencia de varias poblaciones y villas del sector, en un Centro que ejecuta otra serie de programas sociales de corte asistencial o de estímulo al desarrollo de la comunidad, facilitando el acceso de los pacientes y sus familias, en un contexto favorecedor de la integración de las personas afectadas de enfermedad psiquiátrica a otras sin patología.

### **2. Psicoeducación:**

El Programa enfatiza la entrega de información detallada y precisa sobre la esquizofrenia y otras enfermedades de psiquiatría mayor, su curso, pronóstico y tratamiento, a las familias y a los pacientes, destacando los logros posibles de la rehabilitación.

### **3. Compromiso y apoyo a las familias:**

Con el supuesto de que el rol de la familia o convivientes del paciente influye claramente en el bienestar de éste, y que el estado del paciente afecta de igual modo a la familia, se ha buscado hacer evidente y operante esta relación directa, de modo de comprometer a la familia en apoyar al paciente en su tratamiento y rehabilitación. A la vez se apoya a la familia para incrementar sus competencias de ayuda y manejar sus ansiedades.

### **4. Medicación psiquiátrica balanceada:**

Usando de preferencia neurolepticos de depósito y controlando frecuentemente a los pacientes, se ha procurado reducir al máximo los efectos secundarios de la medicación, manteniendo las mínimas dosis útiles para evitar las reagudizaciones.

### **5. Estímulo al autocuidado y a la autogestión:**

Un mensaje permanente en todo momento, implícito y explícito, ha sido la necesidad de que los jóvenes discapacitados y sus familias asuman roles protagónicos en el proceso de rehabilitación y re inserción social, entendiéndose no sólo como beneficiarios sino también como cogestores de iniciativas y capaces de contribuir con recursos propios, entre otros, su trabajo.

## **RESULTADOS**

### **1. Bienestar de los pacientes y sus familias:**

#### **1.1. Aspectos cuantitativos:**

Durante sus primeros 22 meses de gestión el Programa de Psiquiatría Mayor del Centro Comunitario Familiar estableció contacto con 47 personas;

diagnosticadas como portadores de esquizofrenia (27), otros trastornos paranoideos (5), trastorno afectivo bipolar (1), cuadros mixtos epiléptico/esquizomorfos (2), retardo mental (7), cuadro orgánico cerebral (5) y trastorno de personalidad con adicción (1).

No todas las personas contactadas se adhirieron al programa. Lo hicieron 20 con diagnóstico de esquizofrenia y 10 con otros diagnósticos (cuadros mixtos epilépticos/esquizomorfos (2), cuadro orgánico cerebral (2) y retardo mental (6)).

El resto sostuvo contactos irregulares y menos formalizados, situación generalmente concordante con dificultades para establecer relación entre el programa y sus familias.

Las características generales de los pacientes y su evolución se consignan en los cuadros N° 1 y N° 2.

El primer cuadro se refiere a personas diagnosticadas de esquizofrenia.

De estos 20 pacientes, 16 son hombres. Su edad promedio es de 27,7 años. En total sumaban 50 hospitalizaciones previas a su ingreso al Programa (N° total de hospitalizaciones/N° total meses de enfermedad = 0.0231). Durante su permanencia en el Programa sólo dos fueron hospitalizados (N° hospitalización/sumatoria meses en el programa = 0.0068), aunque se registraron 7 reagudizaciones. El nivel de adaptación mejoró en 14 pacientes y se mantuvo en otros 6.

En el caso de los pacientes con otros diagnósticos la situación es esencialmente similar, aunque los cambios positivos son menos dramáticos, ya que el nivel previo al ingreso al Programa no era tan insatisfactorio.

De los 10 pacientes de este grupo, 9 son hombres. Su edad promedio es de 22,4 años. El grupo registraba 5 hospitalizaciones, limitadas a dos pacientes, previas a su ingreso al Programa (al ingreso 4 estaban desajustados psiquiátricamente).

Durante su permanencia en el Programa se registraron 3 descompensaciones, y se debió recurrir a la hospitalización en un solo caso.

El nivel de adaptación mejoró en 5 pacientes y se mantuvo en otros 5.

#### **1.2. Aspectos cualitativos:**

Los logros en el nivel de adaptación de las personas incorporadas al Programa están en clara relación con el bienestar psicosocial percibido en sus familias y que éstas refieren en las reuniones quincenales.

Desde autodenominarse "niños enfermos", los pacientes han transitado hasta una autopercepción que los impulsó a rebelarse contra la denominación

## CUADRO I

Programa Psiquiatría Mayor Centro Comunitario Familiar Colón (Septiembre 1990 - Julio 1992)  
Resumen evolución de 20 pacientes con diagnósticos de esquizofrenia

Sexo	M'	M	M	M	M	M	M	F	M	M	M	M	F	M	M	M	F	M	M	M	F	M	M	F
Edad	24	25	24	33	33	26	31	22	18	33	40	38	24	20	23	37	19	19	31	33				
Años evolución enf.	7	4	2	3	17	6	14	9	4	17	20	18	9	5	5	17	1	3	7	2				
N° hospitalizaciones previas	2	8	4	0	1	0	0	7	1	3	3	0	5	2	3	0	1	8	1	1				
Estado inicial (*)	D	C	C	D	D	D	D	C	D	D	C	D	D	C	C	C	C	C	C	D	C			
Situación de tratamiento previo (**)	P	P	AH	P	A	A	P	AH	A	A	P	A	A	P	P	A	AH	AH	A	T				
Años sin ocupación	8	8	1	0	17	6	10	9	0	17	0	0	8	0	2	0	3	3	0	4				
Mes de ingreso al programa	1°	1°	2°	2°	2°	2°	2°	3°	3°	4°	7°	8°	8°	8°	8°	11°	13°	16°	17°	22°				
Permanencia (meses) en el programa	22	22	15	21	21	21	21	19	20	14	15	13	13	9	13	11	8	6	5	1				
Descompensaciones en el programa	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO				
Hospitalizaciones en el programa	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO				
Nivel de adaptación al ingreso (***)	6	7	7	5	7	7	7	7	5	6	5	5	7	5	6	6	7	7	5	7				
Nivel de adaptación actual (***)	4	5	5	4	5	5	4	6	3	6	5	5	6	5	5	6	6	5	4	7				

(\*) Estado inicial: (C) Compensado, (D) Descompensado.

(\*\*) Situación de tratamiento previo: (T) En tratamiento, (P) Tratamiento Irregular, (A) Abandono (AH) Alta Hospitalaria.

(\*\*\*) Nivel de adaptación: de acuerdo a los criterios del D.S.M. III: (1) Superior, (2) Muy bueno, (3) Bueno, (4) medio, (5) Mediocre, (6) Muy mediocre, (7) Alteración muy importante. Se refieren a grado de funcionamiento en las áreas de: relaciones sociales, vida laboral y empleo de tiempo libre.

I. Paciente abandonado por su familia, a merced de su psicosis. Fue hospitalizado al inicio del contacto con el Programa, retornado al alta. Esta se negoció con la familia y el médico tratante en el Instituto Psiquiátrico.

## CUADRO 2

Programa Psiquiatría Mayor Centro Comunitario Familiar Colón (Septiembre 1990 - Julio 1992)  
Resumen evolución de 10 pacientes con diagnósticos distintos de esquizofrenia

	EPI + T. EQZ.		RETARDO MENTAL					D.O.C.		
	M	F	M	M	M	M	M	M	M	
Sexo										
Edad	20	21	28	30	12	26	21	23	27	16
Años evolución enf.	5	9	28	30	12	26	21	23	25	10
Nº hospitalizaciones previas	0	2	0	0	0	0	0	3	0	0
Estado inicial (*)	C	D	D	C	D	C	C	D	C	C
Situación de tratamiento previo (**)	T	P	A	A	T	P	T	A	P	T
Años sin ocupación	0	10	0	13	0	11	0	9	0	2
Mes de ingreso al programa	2º	5º	8º	15º	8º	3º	15º	10º	18º	18º
Permanencia (meses) en el programa	17	17	3	7	14	1	1	8	4	4
Descompensaciones en el programa	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO
Hospitalizaciones en el programa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
Nivel de adaptación al ingreso (***)	6	7	5	7	6	5	5	6	5	5
Nivel de adaptación actual (***)	5	4	4	7	5	5	5	6	4	5

(\*) Estado inicial: (C) Compensado, (D) Descompensado.

(\*\*) Situación de tratamiento previo: (T) En tratamiento, (P) Tratamiento irregular, (A) Abandono, (AH) Alta Hospitalaria.

(\*\*\*) Nivel de adaptación: De acuerdo a los criterios del D.S.M. III: (1) Superior, (2) Muy bueno, (3) Bueno, (4) Medio, (5) Mediocre, (6) Muy mediocre, (7) Alteración muy importante. Se refiere a grado de funcionamiento en las áreas de relaciones sociales, vida laboral y empleo de tiempo libre.

pública de "psicóticos crónicos" utilizada en un cartel confeccionado para una exposición realizada en el Centro Comunitario, obligando al equipo profesional a redefinirlos como pacientes del Programa de Psiquiatría Mayor.

El funcionamiento estable del Taller Productivo Protegido ha sido posible por el compromiso sistemático de algunos familiares de los pacientes que se turnan para actuar como supervisores del proceso de producción.

Varios pacientes, especialmente los miembros del Taller, han abordado otras tareas, tales como el retorno al sistema escolar abandonado por largos años, logrando ser promovidos al curso siguiente (2 pacientes). Otros lo han intentado, desistiendo después de un período.

En general los resultados obtenidos han superado con creces las expectativas de los pacientes, sus familiares y el equipo profesional.

## 2. Introducción del tema de los discapacitados mentales crónicos, y particularmente los esquizofrénicos crónicos como un tema propio de la política social comunal

La idea con la que el Centro Comunitario Fami-

liar Colón inició su deriva estructural era prácticamente un Consultorio de Psiquiatría territorializado y localizado a nivel subcomunal, anexo a un Programa de Desarrollo Comunitario con énfasis en lo cultural y lo deportivo-recreativo.

Sin embargo, el situar el tema de la salud mental en la perspectiva de la política social potenció enormemente la idea original, abriendo la imaginación de pacientes, familiares y del equipo profesional.

El resultado concreto es que un grupo de legítimos beneficiarios de la política social comunal (enfermos y pobres a la vez), que en general permanecían ocultos por las barreras de segregación, el aislamiento social de sus familias y el derrotismo acuñado en años de sufrimiento y desinformación, han accedido a los beneficios de una política social que, aunque asistencialista, se potencia, en cuanto demanda —de los pacientes y sus familias— un protagonismo activo, expresado en trabajo y apoyo mutuo.

La Municipalidad de Las Condes ha aportado \$ 1.200.000 en 1991, \$ 2.000.000 en 1992 y \$ 2.400.000 en 1993 para adquirir medicamentos psiquiátricos, incluidos neurolépticos de depósito; y ha contratado media jornada de un médico psi-

quiatra y una terapeuta ocupacional jornada completa, específicamente para el trabajo en Psiquiatría Mayor.

## COMENTARIOS

Aunque éste es un programa de política social, con la limitación típica que éstos tienen al medir impacto por la evaluación a posteriori, se puede afirmar que:

- se ha alcanzado a cincuenta casos –personas afectadas directamente por la enfermedad y familiares convivientes,
- que treinta de ellos se han incorporado cabalmente al programa,
- que han disminuido las recaídas y hospitalizaciones en un 30%,
- que el Nivel de Adaptación<sup>2</sup> ha mejorado en el 70% y se ha mantenido en el 30% restante (sin empeorar en ningún caso como sería esperable por la historia natural de algunas de estas enfermedades).

El logro más relevante del programa es que se han evidenciado y movilizado múltiples recursos comunitarios, provenientes de las familias de los discapacitados –sus madres y hermanas en general– o de otros voluntarios, para la creación y mantención de un taller productivo protegido que fabrica y comercializa mermeladas caseras y pan de pascua.

Este taller es una instancia de socialización y pertenencia para 10 jóvenes discapacitados, que reciben una remuneración mínima. El balance económico también permite remunerar a la coordinadora del taller, hermana de uno de ellos. Además trabajan como supervisoras del proceso de producción-rehabilitación otras cuatro mujeres, madres de los jóvenes, quienes han sido capacitadas por la Terapeuta Ocupacional y por una experta en la fabricación y conservación de mermeladas.

El taller productivo protegido estuvo presente, con gran acogida de ventas, en la FESOL –Feria de Talleres Solidarios y Microempresas–, constituida por personas sin discapacidad, hecho que subraya la creciente integración de los miembros del programa al conjunto de la sociedad.

Esta iniciativa –financiada íntegramente por el municipio de Las Condes– muestra que es posible incorporar el tema de las personas discapacitadas de causa psiquiátrica a la política social comunal, que esto no constituye necesariamente un barril sin fondo, y que con una estrategia adecuada se producen múltiples efectos virtuosos.

Experiencias similares están hoy en germen en las comunas de Conchalí, Rancagua y Recoleta, concursando para obtener financiamiento directo o indirecto de diversas vías, tales como el Ministerio de Salud, el FOSIS y los mismos municipios.

<sup>2</sup> Según criterios del DSM III - R de la Academia Estadounidense de Psiquiatría.