



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL
"HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI"

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA
PROGRAMA COMUNITARIO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL



"INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA GRUPAL EN
PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL
CRÓNICO EN CENTROS DE SALUD DEL
CONO NORTE DE LIMA 1998-2000"

EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE:

| | |
|------------|------------------------------|
| PSIC. | ZÁRATE LEZAMA, Irma (Coord.) |
| ENF. | CALLE GUAILUPO, Ana Luisa |
| TER. FÍS. | TELLO TARAZONA, Dora |
| TER. OCUP. | GONZALES NÚÑEZ, Betty |

COLABORADOR:

| | |
|------|----------------------|
| SOC. | GALINDO TAMBO, Jesús |
|------|----------------------|

2000

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la rehabilitación dirigido a personas con trastorno mental crónico se ha ejecutado en el contexto de importantes cambios científicos, sociales y tecnológicos. Factores de diversa naturaleza hicieron que la forma de tratamiento para las personas con trastorno mental crónico experimentase un giro significativo, entre los que podemos mencionar: la orientación comunitaria de la psiquiatría, la aparición de los neurolépticos que permitieron un control ambulatorio más efectivo de los síntomas (Crespo 1996), por su parte el desarrollo de la terapia conductual mostró un nuevo paradigma de intervención, donde cualquier intento para influir en la conducta involucra dos aspectos: Uno, el incremento de la conducta deseada; el otro, la disminución de la conducta no deseada donde las leyes del reforzamiento y de la extinción proporciona un método para lograr ambos objetivos (Ayllón 1974).

El hospital psiquiátrico dejó de ser el eje central de la asistencia para convertirse en una unidad de tratamiento como parte de un sistema de atención más amplio. A la par países europeos elaboraban leyes sobre la salud mental planteando mantener a los pacientes en la comunidad; la «Declaración de Caracas» cuyos principios se refieren a la necesidad de vincular estrechamente la atención psiquiátrica a la atención primaria enmarcándola dentro de los Sistemas locales de salud. Proponiendo que los servicios comunitarios constituyan el medio principal para lograr una atención accesible, descentralizada, integral, participatoria, continua y de carácter preventivo (OMS, 1990).

Entre los modelos más conocidos se encuentra el Modelo de Entrenamiento de Habilidades Sociales liderado por Liberman en Estados Unidos; Modelo de Reforzamiento de comportamientos socialmente competentes Spivak; Modelos Psicoeducacionales inspirado en el modelo de emoción expresada; Modelo Ciompi (Sarraceno 1987). Otro elemento que influyó en el cambio de paradigma fue el desarrollo de la rehabilitación en Cuba convirtiendo el Hospital Psiquiátrico de La Habana en un enorme Servicio de Rehabilitación para enfermos mentales crónicos. En términos generales a nivel mundial se remarcó la necesidad de la rehabilitación para este tipo de usuarios y se decidió la creación de centros asistenciales y de apoyo (Valdez 1990).

Una observación general de los Programas rehabilitatorios de un sistema de puertas abiertas en nuestro medio, cuya participación esté controlada por la motivación de los usuarios, nos muestra aspectos de deserción, baja cobertura y débil visibilidad de logros.

Consideramos realizar una autocrítica y luego de observar, ordenar y describir la experiencia, nos permitiría visualizar las fortalezas y debilidades de nuestro programa. Pretendemos interpretar, analizar y resaltar los aspectos conceptuales, actitudinales y procedimentales del quehacer rehabilitatorio, para intentar propuestas de proyecciones a futuro.

En ésta oportunidad la sistematización tiene como propósito dar a conocer un segmento de la labor rehabilitadora que venimos desarrollando, nos referimos a una experiencia de intervención grupal dirigida a personas con trastorno mental crónico y la hemos centrado en dos centros de Salud del Cono Norte de Lima durante los años 1998 al 2000.

Para tal fin empezamos describiendo el marco conceptual bajo el cual se desarrolla la experiencia y sus antecedentes. Luego describimos el Programa Comunitario de Rehabilitación Psicosocial 1998-2000, para enseñar a enfocar la atención en el área de intervención terapéutica grupal, el análisis de ésta experiencia, conclusiones y recomendaciones que de acuerdo a nuestra óptica serían más viables.

Las fuentes de información consultadas fueron: revisión de documentos, informes de actividades, reseña histórica del Departamento de Salud Mental Comunitaria, Programas y Sub Programas previos, manual de los módulos de intervención, revisión de historias clínicas, protocolo del área de intervención, etc., además, en el afán de esclarecer datos e información, se sostuvo entrevistas con algunos miembros del Departamento de Salud Mental Comunitaria así como con los usuarios del servicio, además de revisiones bibliográficas.

Consideramos que sistematizar esta expe-

riencia tendrá utilidad para:

- El personal de Salud Mental interesado en la rehabilitación con base comunitaria dirigido a personas con trastorno mental crónico del estrato urbano pobre, porque se procura un reconocimiento objetivo de logros y debilidades del proceso de intervención terapéutica grupal para plantearse otros derroteros.
- La sensibilización de la acción multisectorial y en los niveles de toma de decisiones.
- Los formadores de opinión que influyen en el cambio de actitud hacia el enfermo mental crónico mediante la diseminación de la información del proceso rehabilitatorio.
- Todos aquellos interesados en contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida de la persona con trastorno mental crónico, llámen-se Agente Comunitario, familiares de los discapacitados, representantes del sector salud, de la Iglesia y del gobierno local y obviamente para las personas con discapacidad producto de la alteración mental.

Esperamos que este trabajo pueda contribuir en la orientación de la rehabilitación en bien de la comunidad a la cual servimos. Tarea a nuestro entender prometedora en los diferentes planos de desarrollo.

Equipo Técnico Responsable

GENERALIDADES

En todas las sociedades y regiones geográficas evaluadas se documenta la esquizofrenia. Aunque no es fácil obtener datos comparables, la incidencia y la prevalencia son similares en todo el planeta. En general aparece durante la adolescencia y la juventud. La incidencia es máxima en los varones de 15 a 25 años y en las mujeres de 25 a 35 años. En lo que respecta a las áreas urbanas y rurales, la incidencia es semejante pero la prevalencia es mayor en las ciudades y en los estratos socioeconómicos más bajos. Este hecho se atribuye al desplazamiento social, en el cual las personas comprometidas o vulnerables pierden su empleo y su lugar en la sociedad, debiendo refugiarse en sectores carenciados, generándose estresores psicosociales que pueden precipitar los cuadros clínicos. (Kaplan 1996). Si en la estimación de la prevalencia se considera la influencia que sobre la vida de los familiares produce esta enfermedad, entonces la cifra se incrementa 4 veces más. En nuestro medio teniendo en cuenta que el tamaño promedio de la familia peruana es de 5 miembros (INEI 1997) podemos vislumbrar su influencia con el consiguiente impacto en los estilos de vida, la esfera económica, familiar y comunitaria.

La esquizofrenia afecta a algo menos del 1% de la población mundial (0,85%). Si se extrapola esta cifra correspondería al Perú 260,000 esquizofrénicos y en Lima se encuentra la mayor concentración (TOVAR 1999). Por otra parte la enfermedad mental

genera discapacidad y deteriora la calidad de vida, de las 10 enfermedades más discapacitantes, 5 son psiquiátricas (OMS). Existiendo un antecedente realizado por la OMS y el Banco Mundial denominado "Carga global de enfermedad" (CGE) cuyo cálculo del costo no sólo es económico, sino social y de consecuencias a largo plazo como producto de la enfermedad.

Como la esquizofrenia comienza en las edades tempranas de la vida provoca un deterioro significativo y duradero. Los síntomas no aparecen de manera simultánea. Afectan las áreas del pensamiento, las percepciones, los sentimientos, los movimientos y las relaciones interpersonales. Las alteraciones del pensamiento se traducen en la incapacidad para establecer conexiones lógicas, o en la aparición de delirios. Las alucinaciones son la principal alteración de la percepción, y las más frecuentes son las auditivas; El paciente percibe lo inexistente o distorsiona lo percibido. Escucha voces imaginarias que en algunos casos le ordenan realizar ciertos actos, o realizan comentarios. Las reacciones emocionales son frías o inapropiadas. Las alteraciones del movimiento se manifiestan en forma de catatonía o con movimientos incongruentes y reiterativos realizados de forma impulsiva. Para TOVAR (1999) "Es la debacle de la estructura psíquica donde la mente está sojuzgada por extrañas, extravagantes y absurdas expresiones de pensamientos, percepción, afecto y voluntad".

La degradación tan profunda que producen los trastornos mentales no puede ser descrita en términos de la simple enumeración de sus síntomas, a pesar de que el discurso incoherente y el comportamiento extravagante de los pacientes puede resultar llamativo. Se supone que existe un conflicto interior que es una fuente de tormento. El paciente vive con la angustia de ser incapaz de controlar sus propios pensamientos y de obedecer "órdenes" que proceden del exterior y tiene una visión distorsionada de la realidad que lo aísla de los demás. Todo ello hace de estos padecimientos uno de los procesos más incapacitantes para el individuo y penosos para la familia.

Las relaciones interpersonales de éstos pacientes se deterioran progresivamente, interactuando inadecuadamente con los demás, volviéndose desconfiados y aislados socialmente. El paciente tiende a estar ensimismado e improductivo unas veces, bizarro y demandante otras (Kanas 1996). Como consecuencia de ello el paciente está sujeto unas veces a críticas y marginación dentro de la familia, de sobreprotección en otras, creándose un círculo vicioso, que sumado al tiempo del padecimiento, cambio en los roles sociales, generan mayor deterioro y desmedro en su calidad de vida.

La *rehabilitación* aparece en la literatura en los años sesenta, reportándose diversas estrategias y prácticas multivariadas que la hacen difícilmente comparables. La necesidad creciente de rehabilitación para los trastornos mentales se deriva de importantes transformaciones en la asistencia y cultura de los profesionales dedicados a esta área. Saraceno considera 4 cambios históricos como elementos responsables del nuevo interés por ella: 1) Desinstitucionalización psiquiátrica, 2) Concepción comunitaria de la asistencia para estos pacientes, 3) Aumento de la concien-

cia de los derechos de los usuarios, las familias, técnicas y políticas, que pueden medirse por reformas legislativas y 4) La constatación "epidemiológica" de lo innatural de la cronicación, fenómeno artificial producto de la institucionalización. Habiéndose desarrollado múltiples modelos para su intervención (Saraceno, 1992).

Se ha comprobado que la rehabilitación de los trastornos esquizofrénicos se produce por la combinación exitosa de los tratamientos farmacológicos y psicosociales. Dentro de esto último se encuentra el entrenamiento en habilidades sociales, cuyo objetivo es desarrollar y optimizar los recursos de interacción social (Sotillo C., 1997).

Chambon (1994) afirma que gracias al tratamiento farmacológico de nueva generación los síntomas positivos de los trastornos esquizofrénicos vienen siendo controlados. Los neurolépticos pueden reducir estos síntomas y retardar las recaídas. La medicación psiquiátrica es eficaz en la disminución de síntomas positivos (alucinaciones, delirios, trastorno del pensamiento, etc.), pero no se reporta igual eficacia con los síntomas negativos o en la deficiencia de conductas adaptativas y funcionales. Los síntomas negativos que implican déficit en área tales como actividad y esfuerzo (desmotivación, discapacidad para expresar emociones, déficit en el contacto social, expresión e interés por la experiencia afectiva y energía que puede ser entendido como ganas, empuje, decisión para hacer las cosas, para comprometerse, tomar iniciativa y responsabilidad) es menos efectivo (Lieberman, 1992).

Por otro lado la sintomatología negativa que tiene gran impacto sobre el desenvolvimiento social y ocupacional durante la fase post psicótica es justamente el derrotero en los programas de rehabilitación (Andreasen, 1982).

La esquizofrenia es un trastorno multifactorial aún sin cura, que requiere un sostenido tratamiento médico psiquiátrico. Complementariamente la rehabilitación integral busca mantener a las personas en condiciones aceptables en su propia comunidad, con un funcionamiento estable evitando las recaídas, el deterioro y dignificando la calidad de vida a la que tienen derecho. Al respecto en este grupo humano es conveniente atender la inequidad para el acceso a bienes y servicios, el acceso a la cultura, al trabajo y a la recreación. (Zárate, 1992).

La reestructuración del sector que atiende a la salud mental cambió el paradigma de la atención de las personas con trastorno mental crónico en diferentes latitudes, como EE.UU., Inglaterra y Cuba. Al ser reorientados los hospitales psiquiátricos hacia la desinstitucionalización cobra importancia la necesidad de trabajar los cuidados del paciente psiquiátrico en la comunidad, situación que propicia el desarrollo de la rehabilitación que ha sido definida como "el proceso de restauración de una persona con discapacidades, sino al nivel de funcionamiento y posición social que tenía antes del comienzo de la enfermedad, por lo menos a una situación en la que pueda hacer el mejor uso de sus capacidades residuales dentro de su contexto social". El mayor énfasis se ha puesto en crear una mejor calidad de vida para los pacientes y sus familiares inmediatos. El mecanismo de rehabilitación puede ser descrito en términos de aprendizaje social (Volmer, 1995).

Todo programa ideado para facilitar la integración del individuo a su medio, debe instaurar nuevos repertorios de conducta, debe proporcionar condiciones necesarias para el uso de las capacidades que poseen y de ser pertinente modificar hábitos inadecuados. La primera meta a alcanzar es estimu-

larlos para que se desenvuelvan en su mejor nivel en el ambiente rehabilitatorio o ambiente terapéutico y la meta siguiente tan importante pero más difícil de lograr, es incrementar su capacidad para que desarrolle el nivel alcanzado fuera del ambiente donde recibe el entrenamiento, estamos hablando de los ambientes naturales de la comunidad (Kanfer, 1982).

BASES DEL ENFOQUE TERAPÉUTICO

Las personas con trastorno mental crónico se benefician del asesoramiento psicoterapéutico y el aprendizaje más significativo se da en las interacciones grupales en dos formas: a) Aprenden estrategias de manejo de sus problemas a través de los temas discutidos con otras personas que tienen problemas similares y b) Tienen la oportunidad de poner en práctica las habilidades interpersonales en las sesiones que pueden generalizar a otras interacciones fuera del grupo. La experiencia grupal genera confianza para relacionarse con otras personas y por lo tanto alejarse de la soledad y el aislamiento (Kanas, 1996), a lo que podría agregarse aprender a disfrutar y compartir con el otro. Conviene que las vivencias sean reportadas en el aquí y en el ahora, así como los problemas cotidianos que para ellos suelen ser catastróficos, en lugar de otros temas que les hayan afectado en el pasado.

El deterioro de las relaciones sociales con las consiguientes fallas en la integración social son criterios claves en el trastorno esquizofrénico. En las personas que padecen de éste trastorno se observa poca capacidad para comunicarse y establecer relaciones, que dificultan incluso la satisfacción de necesidades materiales, sociales y afectivas. De allí la importancia del adiestramiento en habilidades sociales, como

método para mejorar su capacidad para adaptarse a su medio.

Liberman (1987), define habilidades sociales como el proceso de afrontamiento por el cual se logra la capacidad social, facilitando el logro de metas para vivir en la comunidad. El adiestramiento aparece como un camino provechoso para fortalecer al individuo psicobiológicamente vulnerable, contra los efectos estresantes de los acontecimientos vitales como son las tensiones originadas por conflictos familiares.

Las habilidades sociales implican comunicación verbal y no verbal, comunicación de sentimientos, actitudes y percepción del contexto interpersonal que posibilitan resultados satisfactorios en la interacción social que se refleja en el logro de objetivos individuales y en la impresión favorable producida en los demás. (Liberman, 1982; Wallace y Cols., 1980). En función de lo cual es posible apreciar un cambio de actitud de los demás hacia el paciente retroalimentando el círculo de interacción y posibilitando la integración social.

Liberman (1987). Señala que es importante remarcar que las habilidades trabajadas se adquirirán mejor y serán más duraderas si el adiestramiento forma parte de un amplio y general programa de rehabilitación. Los trastornos mentales crónicos no se resuelven fácilmente con intervenciones o tratamientos unidimensionales. El adiestramiento en habilidades sociales es sólo un componente de un programa multidimensional que debería comprender el uso de medicación antipsicótica, redes de apoyo psicosocial, relación estable y continua con interventores y centros de referencia, intervención en crisis, abordaje familiar, residencia y rehabilitación ocupacional.

Liberman y colaboradores (1993), han trabajado medios eficaces para desarrollar

habilidades sociales en personas con diagnóstico psiquiátrico basado en el modelo Estrés-vulnerabilidad-habilidades de afronte, según el cual el esquizofrénico alcanzará un buen ajuste social siempre y cuando tenga además del apoyo farmacológico y familiar, un repertorio de habilidades sociales que le permitan afrontar efectivamente el estrés proveniente de situaciones sociales a las que se enfrente cuando procure alcanzar ciertas metas interpersonales, al respecto Brady (1984) señala que se ha realizado más de 40 estudios sobre la efectividad del entrenamiento en habilidades sociales basadas en el modelo "estrés-vulnerabilidad-habilidades de afronte" Sotillo (1991).

En la literatura otros enfoques se describen para el abordaje de la rehabilitación del enfermo mental crónico. La primera tiene que ver con la ocupación, factor fundamental en la satisfacción de necesidades básicas, psicológicas, sociales y de autorrealización en una persona. La ocupación entendida como un comportamiento que es motivado y mantenido por reforzadores intrínsecos y extrínsecos, para ser efectivo en el ambiente, con el objetivo de cumplir con una serie de roles individuales que son formados por una tradición cultural y aprendidas a través del proceso de socialización. En la vida cotidiana la ocupación puede estar relacionada con el sexo, la supervivencia, lo social y lo espiritual; algunas actividades (trabajo, juego y actividades de cuidado personal) son de naturaleza principalmente ocupacional. Estas actividades forman un *continuum* en la vida del ser humano, sus características se superponen y pueden tener diferente trascendencia en las diferentes personas y en los diferentes momentos de su vida. Es importante que las actividades se realicen de modo equilibrado con el objetivo de mantener una homeostasis en la salud. En las personas con discapacidad mental el rol ocupacional se ve afectado, pudiendo interferirse desde

la actividad diaria y el uso del tiempo hasta los que tengan que ver con la contribución a la sociedad y la valoración social. En las personas con problemas de salud mental la actividad ocupacional está afectada en diferentes niveles, lo cual afecta las oportunidades del individuo en su socialización, la productividad, el consumo, la calidad de vida, el matrimonio y la crianza de hijos.

La inactividad, el aislamiento dentro del núcleo familiar o institucional, el embotamiento personal de una vida sin proyectos conservan y aún agravan los síntomas patológicos, confinando al individuo a una vida marginal y sin sentido. Ante lo cual se propone la rehabilitación laboral con la intención de dotar a la persona de un proyecto de vida a través del desempeño de un trabajo. Un aspecto indispensable para mantener y recuperar la salud tiene que ver con la actividad ocupacional, así se ha reconocido en el Hospital Psiquiátrico de La Habana (1997) y teniendo como eje central el trabajo el cual se articula a tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos conforman la rehabilitación de enfermos mentales crónicos.

Por otro lado la enfermedad mental actúa sobre el nivel de funcionamiento psicofísico, produciendo alteraciones en déficits o en aumento de actividad física, perturbando capacidades que el individuo requiere para relacionarse con el medio ambiente y con los demás. Se observa en los enfermos mentales alteraciones en las áreas física, motora y psicomotora. La Terapia física aporta una acción terapéutica al mantener, reeducar, mejorar y/o potencializar los niveles de funcionamiento en esas áreas. Se ha planteado la cinesiterapia, como un medio que contribuye al afronte de los trastornos psiquiátricos, en la literatura Ugarte (1987) reporta la aplicación de la terapia física en diversos trastornos psiquiátricos como: la reeducación corporal de las funciones

mentales por Sivadon y Ganthere (1965); métodos de ejercicio tales como gimnasia, relajación, ejercicios respiratorios en Jaspers (1963); cinesiterapia en esquizofrénicos, psicosis maníaco depresivas (Coota, 1975); hidroterapia, masoterapia, relajación, expresión corporal, terapia deportiva en las diferentes patologías psiquiátricas (Khardez, 1981).

El desarrollo de la acción terapéutica se realiza en base a la llamada terapia kinésica, la cual se define como el arte de curar utilizando todas las técnicas de movimiento. Se intenta abordar el cuerpo en su función psicomotora perturbada estableciendo una acción verbal y no verbal al iniciar un programa de entrenamiento, manteniéndose esta relación hasta que el individuo logre autonomía funcional, la adquisición del gesto. Se brinda la posibilidad de moverse, redescubrirse (vivencia corporal) dentro de estructuras preestablecidas. Se parte de que el movimiento es el agente terapéutico para estimular y contribuir en el proceso de reorganización del pensamiento y orientación de la realidad. Basados en los conceptos de psicomotricidad acerca de la interrelación permanente e indisoluble entre motricidad y psiquismo, el movimiento se revela como una de las formas de expresión del pensamiento producto del psiquismo y factor de construcción y modelado de éste. Esta acción no sólo procura el desarrollo de la habilidad motora, sino además la introducción de elementos y conexión con el medio ambiente en base a una comunicación corporal dentro de situaciones de "comunicación aprendizaje". El movimiento genera el conocimiento y dominio corporal a través de un proceso de educación y reeducación de las habilidades sensoriomotrices (el movimiento es guiado por estímulos sensoriales) y de la actividad perceptual, llegando a la inhibición de la actividad improductiva y al desarrollo de las capacidades psíquicas (Ugarte, 1987).

ANTECEDENTES

En nuestro medio, Baltasar Caravedo fue el reformador auténtico de la terapéutica de los en ese entonces llamados "alienados" al referirse a las personas con trastorno mental. En 1918 se inauguró un nuevo régimen de tratamiento humano para los pacientes mentales, en el hoy Hospital Víctor Larco Herrera, que reemplazaba a las "loquerías" que "hacían estremecer de horror", poco después los pabellones estuvieron superpoblados. Después se crearon jardines para facilitar lugares de recreo y dar nueva ocupación para los enfermos. En 1919 se efectúa la primera etapa de la reforma psiquiátrica y en 1930 la segunda etapa utilizándose la terapéutica por la ocupación, radicando el progreso en la aceptación de nociones del derecho y de la técnica para reemplazar a la "caridad" en el trato de los pacientes (Caravedo, 1985).

Lo cierto es que la rehabilitación y atención del enfermo mental crónico no ha sido prioridad en el sector salud, los presupuestos y en las investigaciones en éste campo dan cuenta de esto (Tejada, 1972). Kenny Tejada un médico fisiólogo es encargado de los enfermos con tuberculosis del Hospital Víctor Larco Herrera, quien observa en los pacientes pérdida de hábitos básicos y se preocupa por hallar un espacio existencial decoroso para aquellos seres "*que ocupan el sótano de nuestras conciencias*", ve en ellos no sólo enfermos sino personas, que a pesar de tener un mismo diagnóstico poseían singularidades distintivas y que agregado al trauma de su enfermedad se sumaba el sociocultural. Practica con ellos la comunicación efectiva, los lleva de paseo y aún sin conocer el enfoque de comunidad terapéutica de Maxwell Jones, los reunía, jugaba, los orientaba y los defendía ante los riesgos. Logró hacer del pabellón un ámbito terapéutico buscando mejoría no sólo física, sino psicosocial, inició un círculo productivo, cuya

perseverancia hizo que los hallazgos de su estudio fueran validados al suscribir un informe conjuntamente con Mariano Querol, posteriormente viaja a Berlín para estudiar la especialidad de Psiquiatría, a su retorno formula el proyecto de Rehabilitación en Salud Mental, el Proyecto Barranca, considerada en ese entonces la intención más seria y documentada para la rehabilitación del paciente crónico que toma en cuenta la realidad socio cultural para la actividad productiva, núcleo central que unido a la relación médico paciente genuino y cálido es el legado que deja a quienes lo conocieron, siendo su aporte conceptual y pragmático. Para Tejada el paciente crónico constituye una urgente prioridad asistencial que reclama modelos de atención más efectivos y de menor costo, lamentablemente no corona su anhelo y deja para los que le siguen el reto (Perales, 1988; Zárate, 1992).

En 1973 los directores del Hospital Víctor Larco Herrera y Hermilio Valdizán al ver que sus respectivos hospitales estaban saturados de pacientes crónicos que obstaculizaba la atención de los pacientes agudos, efectuaron diversas gestiones para trasladar a los pacientes crónicos en los pabellones desocupados del Hospital Olavegoya de Jauja, pero una tenaz resistencia del pueblo jaujino apoyado por profesionales, médicos, etc. quienes con una masiva propaganda cuyo lema decía "*No queremos locos, queremos luz eléctrica*", por lo que se tuvo que postergar y comenzar una campaña de concientización, haciéndoles ver la ausencia de peligro y apoyados por una resolución ministerial en 1974 comenzó a funcionar el centro psiquiátrico de Jauja y se empezó a estructurar el tratamiento de rehabilitación mediante terapia ocupacional, agricultura, granja de animales, terapia recreativa, actividades deportivas, paseos campestres (Ninamango, 1980).

No habría que obviar interesantes aportes que desde la perspectiva conductual han desarrollado Grover Mori en el pabellón 5 del Hospital Larco Herrera con un trabajo pionero referido a la modificación de conducta a través de técnicas de Economía de fichas y el arte desarrollado por los pacientes del referido Hospital; del mismo modo y en la misma corriente terapéutica Rafael Navarro y Victoria Arévalo desarrollan en el Hospital Hermilio Valdizán con el concurso de Psiquiatras y Psicólogos logrando efectuar el logro de objetivos terminales y un vuelco total en la modificación de conductas de autovalimiento, sociales y productivas logrados en ambientes controlados como son los pabellones, siendo su "talón de Aquiles" la generalización de resultados al ambiente natural del paciente.

En Lima, los primeros estudios de psiquiatría social estuvieron dirigidos a urbanizaciones populares y datan de fines de los 60 (Mariátegui y Rotondo). En la década de los 70, en pueblos jóvenes y asentamientos humanos la Universidad Peruana "Cayetano Heredia" a través del Departamento de Medicina Comunitaria creó el Programa de Orientación a la Familia y al Niño, en la Urbanización Tahuantinsuyo Alto perteneciente al Distrito de Independencia, en el que se orientó asistencia e investigación desde 1971 a 1980. Siendo un punto importantísimo para asegurar cualquier programa de salud, donde la extravagancia de los síntomas de algunos pacientes aliena a familiares y vecinos. Para Castro de la Mata el paciente psiquiátrico, no debe ser hospitalizado y es tan buen candidato para el tratamiento ambulatorio como cualquier otro, no apartar al paciente de su familia y comunidad y sobre todo no hacer al paciente psiquiátrico diferente a los demás, «porque no lo es», consideró que inclusive psicóticos crónicos pueden ser tratados fuera del hospital, y

por personal no necesariamente especializado en psiquiatría, sólo recurriendo al internamiento para un tratamiento intensivo que elimine los síntomas agudos o cuando el estado del paciente signifique un peligro para sí mismo, para los demás o que necesite procedimientos diagnósticos que sólo el hospital lo puede brindar (Castro de la Mata, 1988).

Con la decidida gestión entre otros de Renato Alarcón, Humberto Rotondo y Javier Mariátegui, se elabora el proyecto del Hospital Comunitario San Juan Bosco que luego se transformó en el Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado - Hideyo Noguchi» con el concurso de profesionales de distintas disciplinas.

A inicios de los 80 se crea el Instituto Nacional de Salud Mental «HD-HN» siendo uno de sus Departamentos, que hasta fines de los 80 se llamó Programa de Salud Mental Comunitaria, hoy Departamento de Salud Mental Comunitaria. Este Departamento actúa a través de acciones que van desde la promoción de la salud mental hasta el tratamiento de la cronicidad (Castro de la Mata, 1988). De esta forma al instalarse equipos de profesionales especialistas en Salud Mental en los Distritos de Independencia y San Martín de Porres, convirtieron estos centros en puntos de desarrollo de acciones sanitarias con la finalidad principal de proteger y cuidar la salud mental de la comunidad cuyos principios íntimamente ligados entre sí fueron: Delegación de funciones, integración de la salud mental dentro de la salud general y trabajo con la comunidad. (Castro de la Mata R. 1988).

El Departamento de Salud Mental Comunitaria desde sus inicios viene atendiendo a personas con trastorno mental en los Centros de Salud de su injerencia, habiéndose contabilizado alrededor de 9000 casos en

veinte años de intervención interdisciplinaria. En los Centros de Salud de los Distritos donde se reporta esta experiencia, se atiende un promedio de 1863 atenciones al año y con un ingreso de 300 pacientes nuevos, con los siguientes diagnósticos: Esquizofrenia (27%); Depresión (17%); Estados paranoides (14%); Síndrome depresivo (11%); Problema de conducta (5%); otros diagnósticos (26%). (D.S.M.C., 1997).

El Departamento de Salud Mental Comunitaria afronta ésta problemática mediante los programas de Atención Comunitaria la cual se encarga del diagnóstico y la intervención multidisciplinaria con el objetivo de prevenir la cronificación de los casos. Un porcentaje de éstos pasa a un sistema de seguimiento y se mantiene funcionando en la comunidad, otro se cronifica y va a requerir de rehabilitación. En el año 1984 se da inicio a un programa de seguimiento sistemático a pacientes esquizofrénicos en 7 centros de salud. lo que permitió observar la necesidad de mejorar el nivel funcional de los pacientes con limitada capacidad para resolver problemas de la vida diaria. Se conforman grupos de pacientes con la finalidad de incorporarlos a la realización de actividades como: biohuertos, recreación, deportes, constituyéndose en el año 1985 los clubes de pacientes en los que se realizaban actividades recreativas, deportivas y ocupacionales; simultáneamente se conforman los comités de familiares (COFASAMEN) con la finalidad de promover la participación familiar en el proceso de tratamiento del paciente. (Mendoza M. 1991).

En el año 1986 se da inicio al Programa de Clínica de Día como parte de las actividades de Prevención Terciaria, con el objetivo de reeducarlos en actividades de la vida diaria. Posteriormente en base a reuniones de evaluación con las familias y participantes, se desactivan las clínicas de día y en 1989 se da inicio a talleres de producción, cuyo

objetivo era mejorar el funcionamiento laboral, buscando la integración social del enfermo mental. Observándose mejor compromiso de pacientes y familiares cuando se integran diversas organizaciones de la comunidad (UFACAM, Municipalidad, CARITAS, COOPOP, Iglesia, etc.). (D.S.M.C. 1990, Arévalo, 1995).

En 1991 se reestructura el programa de Rehabilitación partiendo de la evaluación de los talleres y clubes de pacientes y tomando en cuenta los conceptos de "Rehabilitación Basada en la Comunidad" propuesto por WHO (1990), se incorpora a las actividades de intervención terapéutica acciones de capacitación y supervisión de agentes comunitarios y en 1992 se inicia la primera capacitación de Agentes Comunitarios en Rehabilitación. En el año 1994 el Programa de Rehabilitación se estructura con 3 Sub-programas: sociolaboral, psicosocial y de capacitación, teniendo como objetivo elevar el nivel de salud mental, desarrollo y calidad de vida del minusválido mental y su familia mediante la reducción de los problemas relacionados con su ajuste psicosocial y su conducta sociolaboral. (D.S.M.C., 1994). Las actividades del Programa de Rehabilitación Comunitaria continuaron funcionando hasta el año 1997, en que se definen los nudos críticos que determinaron una nueva reestructuración del programa, la decisión de sistematizar las actividades, la implementación de la capacitación permanente al personal técnico, la elaboración del Manual de Rehabilitación Psicosocial en la Comunidad y protocolos de intervención. (D.S.M.C., 1997).

Paralelo al desarrollo del Departamento de Salud Mental Comunitaria, en 1982, el médico psiquiatra Roberto Llanos, la psicóloga Irma Zárate y el terapeuta físico Percy Suazo inician el funcionamiento del "Taller de Comunicación" dirigido a pacientes de

consulta externa de adultos. Posteriormente se incorporan profesionales de servicio social, enfermería de terapia ocupacional y residentes de psiquiatría, los que con el liderazgo del Doctor Jorge Castro Morales aceptaran el reto de transformar el Taller en mención en el hoy Departamento de Rehabilitación. Este Departamento estructura sus actividades con la contribución de diversos enfoques (Zárate I. 1987). La organización de las acciones sigue el modelo del Glarp, cuenta con los Programas de Rehabilitación Funcional, Rehabilitación Psicosocial y Rehabilitación Profesional, habiendo validado, a través de la experiencia vivida: que las personas con discapacidad psiquiátrica son susceptibles de aprender a desarrollar habilidades; que las habilidades son susceptibles de extinguirse si no son puestas dentro del medio ambiente social inmediato (hogar) y si no son aceptados, estimulados y reforzados por los familiares del discapacitado; que las habilidades desarrolladas pueden extinguirse con las recaídas del paciente, si éste no mantiene estabilidad clínica después del tratamiento; que son sujetos de rehabilitación tanto el discapacitado como la familia; que las intervenciones en rehabilitación deben ser precoces y preventivas. No debe esperarse que se cronifique el paciente y se acrecienten las discapacidades. (Huamán, 1996). Es conveniente señalar que el 50% del personal que de una u otra forma participa en el Programa Comunitario de Rehabilitación Psicosocial ha laborado en el hoy Departamento de Rehabilitación del INSM "HD-HN".

La presente experiencia de sistematización del Programa Comunitario de Rehabilitación Psicosocial se inicia en el año 1998 cuando ya se conocía el inicio de agrupaciones de discapacitados, asociaciones de familiares de pacientes discapacitados y grupos de discapacitados que veían con expectativa y escepticismo el proyecto de

ley para la persona con discapacidad. En 1999, se dio la ley 27050 "Ley General de la persona con Discapacidad", que fue reglamentada el 4 de Abril del 2000 y que tiene por finalidad establecer el régimen legal de protección de atención de salud, trabajo, educación, rehabilitación, seguridad social y prevención, para que la persona con discapacidad alcance su desarrollo e integración social, económica y cultural. En tal sentido esta ley ha previsto la creación del Consejo Nacional de Integración de la persona con Discapacidad (CONADIS), incorporándose como organismo público descentralizado del Ministerio de la Mujer y del Desarrollo Humano, Consejo constituido por un representante de la Presidencia del Consejo de Ministros, además miembros representantes de instituciones públicas y privadas, y representantes de asociaciones de discapacitados y familiares de pacientes discapacitados, en el que aún no participan personas con trastorno mental, ni con retardo mental, y sí los discapacitados por enfermedades de aparato locomotor y por problemas sensoriales.

EL PROGRAMA COMUNITARIO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (1998 - 2000)

El Instituto Nacional de Salud Mental a través del Departamento de Salud Mental Comunitaria cuenta con el Programa Comunitario de Rehabilitación Psicosocial, el cual viene promoviendo el desarrollo integral de la persona con discapacidad y su familia, ejecuta sus acciones en los distritos de Independencia y San Martín de Porres. Para dichos fines el Programa cuenta con tres áreas: uno) Intervención terapéutica grupal, dos): Asesoramiento a grupos multifamiliares para la movilización de las redes de soporte comunitario y tres) Capacitación de agentes comunitarios.

La rehabilitación del enfermo mental crónico tiene un rol importante en la sociedad, pues busca que el individuo con desventaja recupere su rol como persona desarrollándose y convirtiéndose en un ser productivo para sí mismo, su familia y comunidad. Esta búsqueda de participación basada en una concepción humanista y práctica cobra una singular significación cuando nuestro propósito involucra no sólo al paciente identificado sino a su familia y a la comunidad de la cual proviene.

Uno de los propósitos más significativos es que las personas con trastorno mental crónico potencien sus habilidades, progresen y se mantengan funcionando en su ambiente natural y de este modo se prevengan las recaídas, el deterioro y la institucionalización.

Para el establecimiento de los objetivos del área de intervención, luego de la definición del perfil del usuario y en función de la población a la que va dirigido, de los recursos humanos, sociales y económicos disponibles, además del análisis de todos los objetivos previamente formulados, se replantearon los objetivos de la Intervención terapéutica.

Objetivo General

Potenciar capacidades funcionales, sociales y ocupacionales del discapacitado mental para integrarlo a su medio familiar y social.

Objetivos Específicos

- a) Evaluar los niveles de discapacidad y selección de recursos individuales y del entorno.
- b) Entrenamiento en habilidades sociales, actividades ocupacionales, psicofísicas y de integración social.

- c) Incorporar a la familia a su red social mediante la organización, capacitación y asesoría para crear el soporte primario.
- d) Mantener los logros alcanzados en el proceso de rehabilitación mediante estrategias de seguimiento.

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

I EVALUACIÓN

- ENTREVISTA INICIAL
- EVALUACIÓN DE MINUSVALÍA

1.1 ENTREVISTA INICIAL:

Un miembro del equipo técnico es la persona el responsable de la admisión del paciente, quien debe considerar los criterios de inclusión y exclusión al programa para determinar su admisión.

Criterios de Inclusión:

- Tener Historia Clínica en el Sistema de Salud Mental Comunitario.
- Tener edad mayor a los 16 años.
- Estado clínico: remisión de síntomas agudos de enfermedad mental.
- Déficit en conductas de autovalimiento.
- Déficit en habilidades sociales.
- Pobre integración social y laboral.
- Estar actualizado su control médico psiquiátrico.
- Contar con familiar comprometido a participar en actividades programadas.

Criterios de Exclusión:

- Retardo mental severo o moderado.
- Paciente farmacodependiente.
- Paciente con trastornos de personalidad o conducta antisocial.

Entrevista inicial: donde se consignan los siguientes aspectos:

- Datos de filiación.
- Experiencia educativa y laboral.
- Recursos personales para la interacción social.
- Habilidades y competencias ocupacionales.
- Intereses y preferencias referidos al tiempo libre.
- Experiencia con grupos organizados de su comunidad.
- Experiencia de la familia con Programas de Rehabilitación.
- Grado de motivación de la familia en el proceso de rehabilitación.
- Observación general del paciente.

Seguidamente se orienta al individuo y a la familia sobre la modalidad de atención que recibirán, horarios, descripción de actividades y en especial las conductas que se espera del paciente, de la familia y del equipo interventor. De ser pertinente se efectúa la visita domiciliaria para asegurar el compromiso con el proceso de rehabilitación. Termina esta parte con la firma de un documento de compromiso por el individuo y el familiar responsable.

Con la entrevista inicial se pretende conocer con mayor precisión los recursos personales del individuo, habilidades e intereses, además de motivar su participación en el Programa.

1.2 EVALUACIÓN DEL NIVEL DE MINUSVALÍA:

La OMS considera la minusvalía como una situación desventajosa consecuencia de una deficiencia o discapacidad que limita o impide el desempeño de un rol, define seis roles de supervivencia en el Clasificador Internacional de Deficiencias, discapacidades y minusvalías: orientación, independencia física, movilidad, ocupacional, integración social y autosuficiencia económica. En base a ésta clasificación de minusvalías (Revisión Perú 1990), el departamento de Salud mental Comunitaria, adecua y simplifica los ítems a los usuarios con trastorno mental crónico que vienen siendo atendidos en el Departamento de Salud Mental Comunitaria “a manera de una lista de chequeo”, validada por el equipo interventor. La confiabilidad de la información recogida puede efectuarse mediante la observación paralela de la información por distintos miembros del equipo.

En el marco de una entrevista estructurada, se aplica la ficha de clasificación de participantes, la información requerida se obtiene mediante la indagación de la ocurrencia de la conducta reportada por el familiar responsable y la observación directa de los siguientes aspectos.

- a) Apariencia.
- b) Orientación.
- c) Independencia.
- d) Integración Social.
- e) Funcionamiento Ocupacional.

Cada una de estas áreas tiene un puntaje en función de la ocurrencia o no de la desventaja, cuenta con un instructivo en el cual se consignan las alternativas que describen al paciente en evaluación, lo que facilita la precisión de lo que se pretende evaluar, se puede obtener un puntaje total que permite ubicar al paciente en su nivel de funcionamiento global. El puntaje máximo de minusvalía es 15 y el mínimo 0. Tomando como referencia los puntajes observados durante 5 años de aplicado el instrumento comparado con un criterio externo de funcionalidad percibido por el equipo intervinor, se determinó que el puntaje entre 0 a 2 correspondería a un *nivel óptimo* al que denominamos Nivel I, los puntajes de 3 a 5 *nivel regular* o Nivel II; los puntajes de 6 a 8 *nivel bajo* o Nivel III y los puntajes mayores de 9 corresponden a un *Nivel deficiente* o Nivel IV.

II ORGANIZACIÓN DEL ÁREA DE INTERVENCIÓN

2.1 INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA GRUPAL

- Entrenamiento en habilidades sociales
- Actividades de Integración Social
- Actividades Psicofísicas
- Actividades Ocupacionales

2.2 ORIENTACIÓN Y ASESORÍA FAMILIAR

- Psicoeducación para la promoción familiar
- Organización y Asesoramiento a grupos multifamiliares
- Botiquines Comunes

2.3 FORMACIÓN DE AGENTES COMUNITARIOS

- Capacitación de agentes comunitarios
- Supervisión y Monitoreo

2.4 SEGUIMIENTO

- En los ambientes de entrenamiento
- En el ambiente natural

III DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

3.1 PERFIL DE LOS USUARIOS DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS INTERVENTORES.

- Pacientes con discapacidades en el área funcional, social y ocupacional; cuyas características (desmotivación, hábitos inadecuados, conductas inadaptativas y con dependencia económica y psicológica) dificultan su integración a la comunidad.
- Soporte económico insuficiente evidenciándose dificultades para cubrir las necesidades básicas, mantenimiento del tratamiento farmacológico de un modo sostenido.
- Soporte emocional muchas veces inadecuado para servir de guía y orientación generalmente por falta de información y por la presencia de actitudes basadas en creencias erróneas acerca de la enfermedad mental.

- La familia presenta actitudes y comportamientos inadecuados frente a la persona discapacitada (rechazo, maltrato, abandono, indiferencia o sobreprotección), se observa que la familia refuerza las conductas inadaptables. Presentando escasa información sobre la rehabilitación.

3.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES

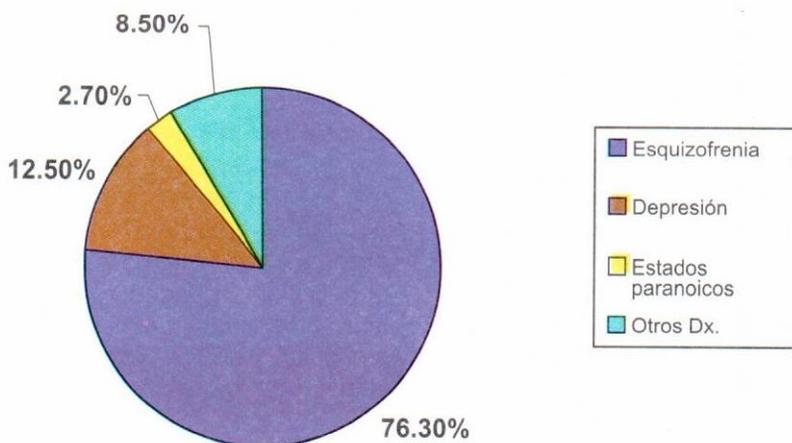
El Programa de Rehabilitación Psicosocial reporta hacia 1997, 85 personas atendidas

de las cuales el 76.3% tienen el diagnóstico de esquizofrenia, le siguen los diagnosticados con Depresión 12.5%, Estados paranoides 2.7% y otros diagnósticos psiquiátricos 8.5%. (Gráfico 1). A partir de dicha evaluación el programa se orienta al trabajo para pacientes con esquizofrenia.

Como se puede observar el mayor porcentaje de los usuarios del Programa de Rehabilitación Comunitaria está integrado por personas con Diagnóstico de esquizofrenia (76.3%), del cual el 43% corresponde a

GRÁFICO N° 1

DIAGNÓSTICO DE LOS PARTICIPANTES EN EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN.



Fuente: Informe Técnico D.S.M.C. 1997

Esquizofrenia Paranoide. Estos trastornos generan serios problemas para la integración del individuo a su medio, el área de atención deriva a los pacientes por presentar conductas improductivas y a aquellos que no funcionan adecuadamente dentro del contexto familiar, viéndose la inclusión en el programa de rehabilitación comunitaria como una alternativa viable, por otro lado la familia instiga al paciente para que éste acceda a dichos programas al no poder motivar ni manejar las conductas inadaptativas en el hogar. El equipo interventor aportará información, modelará conductas para instigar una nueva visión del problema alentándoles a la toma de decisiones para el cambio.

Los participantes del Programa que en el presente se describe, provienen de los diferentes sectores de ambos distritos y en su mayoría del estrato socioeconómico bajo. De los pacientes atendidos en el Programa de Rehabilitación Comunitaria, 64% de los casos entre 1998 al 2000 correspondieron al Distrito de Independencia y 36% al distrito de S.M.P. Es pertinente señalar que en el Distrito de Independencia, el abuso del alcohol y las fobias afectan a uno de cada 6 habitantes y la esquizofrenia a uno de cada 100 habitantes (Perales, 1985).

Los pacientes del Programa de Rehabilitación son predominantemente adultos jóvenes y representan el 85% del total de los atendidos. En cuanto a sexo se encontró igual proporción, en ambos sexos y por instrucción el 53% tiene secundaria, 17% con nivel técnico, 14% con primaria, 11% con educación superior incompleta, 5% iletrado. El 92% es soltero, el 3% casado y el 5% conviviente. Por otro lado, el 15% de casos declara tener hijos; la categoría familia presenta interesantes datos para orientar estudios y programas de seguimiento a los hijos de los atendidos por este servicio.

A Partir de 1998, el mayor porcentaje de

participantes ha estado constituido por personas con diagnóstico de esquizofrenia, se excluyeron pacientes farmacodependientes con psicopatía y retardo mental por consideraciones técnico administrativas.

Los pacientes que pertenecen al Programa de Rehabilitación Psicosocial Comunitario son adultos jóvenes y se encuentran dentro de la PEA.

3.3 LOS PARTICIPANTES SEGÚN NIVEL DE MINUSVALÍA

La apreciación del nivel de minusvalía a nivel global sobre un total de 72 participantes del Programa Comunitario de Rehabilitación Psicosocial, nos muestra un perfil, en el que 72% de ellos se ubican entre un nivel moderado a excesivo, lo que nos indica que 52 personas se encuentran en una situación de desventaja limitando el desempeño de sus roles como personas integrantes de la sociedad (Anexo 1). La apreciación específica por áreas nos muestra en lo referente a *Orientación*, que es la facultad para tener conciencia y capacidad de identidad como persona y su ubicación en el tiempo, espacio y situación. Los participantes del programa en un 76% mantienen leve minusvalía en orientación y 24% tiene diferentes niveles de minusvalía: moderado 8 personas, marcado 8 personas y excesivo una persona. Los errores más frecuentes se ubican en torno a orientación en el tiempo. Este perfil permite mayor oportunidad para planificar actividades más complejas, que requieren menor supervisión y optar con mayor confianza por la delegación de funciones (Anexo 2).

En cuanto al área que evalúa *Apariencia*, se refiere al mantenimiento personal, cuidado de la higiene corporal, del vestir, presentación congruente con la situación y la impresión que causa a los demás. Este indicador lo incorporamos en función a la observación empírica y su importancia en los

cuadros clínicos. Los resultados nos permiten planificar actividades en pequeños grupos para corregir déficit, mantener aliños adecuados. Se pudo apreciar claramente que más del 50% mantiene aceptable apariencia, el resto presenta problemas de diferente índole, 23 personas en nivel moderado, 11 personas marcado y ninguno en el rango excesivo. Los resultados en ésta área guiarán los pasos que se darán en las acciones tendientes al autovalimiento en el aseo, autocuidado en el vestir y presentación personal (Anexo 3).

El área que mide *Independencia* evalúa la atención que el paciente da a sus necesidades de índole personal en forma autónoma como son: higiene y alimentación, desplazamiento y participación en el cuidado de su salud que incluye motivación para la atención médica, rehabilitación y adherencia al tratamiento. En el 43% es leve, lo que quiere decir que este grupo de pacientes atiende sus necesidades de índole personal aceptablemente no siendo sujetos de programación para la orientación sobre el tema. El 44% es moderado que equivale a 32 personas y el 10% marcado lo que supone que 7 participantes requieren instigación, demostración y ayuda para el cumplimiento de éstas actividades básicas y 3% representa serios déficits, es decir 2 personas requieren atención individualizada para trabajar motivación e instauración de comportamientos de autocuidado, esta actividad se recomienda realizarla en el hogar (Anexo 4).

La evaluación del nivel de minusvalía en la esfera *Ocupacional*, la cual va dirigida a observar la consistencia y efectividad en la ejecución de sus roles que le toca desempeñar en función a la autodirección para la ejecución de actividades productivas, hábitos en el desempeño laboral, elección y progreso en la actividad ocupacional elegida. Al respecto, el 26% se ubica en el nivel leve, lo

que significa que 19 participantes vienen realizando actividades productivas entre las que podemos contar con personas que han truncado sus estudios o están desempleados sin embargo realizan actividades en el hogar, u otros de tipo informal. El 47% reporta un nivel moderado con ligeras dificultades en la competencia social que quiere decir que 34 participantes requiere ayuda ocasional para cumplir con un adecuado desempeño en éste rubro, 25% de los evaluados se ubica en un nivel marcado lo que supone serio deterioro en éste rubro representado por 18 personas. Los niveles moderado y marcado son sujetos de programación para las actividades de intervención grupal y 1% con evidente incompetencia y pobre motivación para la actividad ocupacional requiere un abordaje individualizado para este aspecto (Anexo 5).

El área de *Integración Social* evalúa el grado y calidad de participación del paciente con trastorno mental crónico en actividades sociofamiliares tomándose en cuenta los grados de dificultad para su desempeño, 18% de los pacientes participa en actividades familiares y grupos pequeños con alguna dificultad para relacionarse fluidamente, en este nivel se encuentran 13 personas. De 72 pacientes, el 55% es decir 40 personas sólo participa algunas veces y presenta dificultades en las relaciones interpersonales, 26% se excluye de participar no integrándose incluso con los miembros de su familia que equivale a 19 personas. Los dos primeros grupos serían sujetos de programación para el módulo de entrenamiento en habilidades sociales y el tercero para prepararlos individualmente previo a la inclusión de intervención grupal (Anexo 6).

3.4 INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA GRUPAL

La intervención terapéutica grupal como producto de la experiencia se plasma bajo algunos principios que la sustentan, siendo deseable que toda experiencia del individuo

en proceso de rehabilitación se rija por las mismas reglas, y lo que se ejecuta en un área, esto sea reforzado e interconectado a las otras experiencias de aprendizaje para asegurar coherencia y sostenibilidad del aprendizaje. En otras palabras es responsabilidad del equipo interventor crear un ambiente terapéutico en todo espacio físico y circunstancia que rodee el quehacer rehabilitatorio.

3.4.1 Principios básicos

En relación con los principios básicos que a nuestro entender debe sustentar el accionar rehabilitatorio, nuestra experiencia para desarrollar una ayuda eficaz dirigida al individuo discapacitado enfatiza los siguientes: trabajo en equipo, continuidad de tratamiento, abordaje fundamentalmente grupal, la perspectiva de integralidad en el abordaje, la delegación de funciones y la motivación de todos los involucrados en el proceso.

a. Trabajo en equipo

Se requiere de un equipo de trabajo cuyo accionar sinérgico planifique, ejecute y evalúe constantemente su quehacer, un equipo integrado por profesionales de la salud, que cubriendo áreas psicológicas, sociales, ocupacionales y sanitarias, cuya actitud acoja en forma proactiva la opinión de los técnicos de apoyo y de los usuarios haciendo que su participación no sea pasiva receptora y ejecutora de procedimientos que poco comprende y por lo tanto no se adhiera a ellos. Nuestro programa ha contado con el concurso de profesionales del campo de la Psicología, Enfermería, Terapia Física y Ocupacional, Trabajadoras Sociales y de Sociología. A esto se sumó la valiosa concurrencia de técnicas de enfermería, y personas de la comunidad que actuaron como monitores de actividades específicas representadas por Agentes Comunitarios, los fa-

miliares de los pacientes en proceso de rehabilitación y pacientes que han logrado objetivos terapéuticos y se hallan promovidos. Esta acción fue posible mediante talleres de capacitación periódica y continua en el servicio.

Siendo importante la participación desde diferentes ópticas, se revisó los avances efectuados al presente, se plantearon los objetivos del programa y cada disciplina fue aportando con su teoría y su experiencia. El observar los problemas desde distintas perspectivas permite en primer lugar hallar diversas aristas del problema y propuestas de solución, lo que unido a una madurez conceptual y actitudinal de compromiso, colaboración y la voluntad sinérgica facilita la realización de un proyecto conjunto. Sin embargo; debemos reconocer que no es fácil pero tampoco imposible cambiar los paradigmas personales, de subgrupos y disciplinas. Las habilidades asertivas facilitan la toma de decisiones y la deseable acción unívoca, cobra aquí significado el decir de Kenny Tejada “Empujar el carro hacia un mismo lado”.

Consideramos que virar el esquema de hacer el trabajo en grupo a otro en el que el trabajo se hace en equipo, puede marcar la diferencia. En el primero se trata de una colectividad de personas cuyo compromiso se restringe a cumplir prolijamente con lo programado, siendo responsable sólo de su área de trabajo negándose a la innovación, creatividad y al cambio. En el segundo se requiere del trabajo coordinado con la dirección de un líder para la consecución de los intereses colectivos, ejemplo de ello: una orquesta que produce melodía armónica con resultados eficaces, el caso del primero puede producir mucho ruido pero no logra la melodía que sí logra el segundo, por lo tanto alcanza el resultado esperado.

El modelo interdisciplinario, tiene por

INTERVENCIÓN TERAPEUTICA GRUPAL



El potencial de la intervención grupal también rinde sus frutos en las personas con trastorno mental crónico.

finalidad lograr que los elementos constituyentes de dos o más disciplinas se integren entre sí. Si la síntesis está bien lograda, el resultado es una sinfonía; si no se hace bien, es sólo un montón de ruido. Para el trabajo en equipo es determinante la visión compartida, la atención que se dé a las necesidades sentidas de los usuarios, una coordinación firme que supere los intereses disciplinarios y apunte hacia el enfoque interdisciplinario. Pensamos que si consolidada este estilo de interacción entre los miembros del equipo podremos modelar mejor los estilos de interacción entre los usuarios de nuestro programa, siendo la visión que ellos también se constituyan en equipos de trabajo autónomos que progresivamente vayan dejando la dependencia del programa.

b. Continuidad del tratamiento

En la rehabilitación del paciente con trastorno mental, se constatan distintas intervenciones técnicas, incluso orientaciones teóricas divergentes en espacios terapéuticos compartidos; conviene que los usuarios y en el personal de apoyo en quien hay que delegar funciones reciban de los diferentes profesionales coherencia y continuidad en el proceso de la intervención. Por otro lado, la coordinación entre los distintos sistemas que influyen en un mismo paciente ha de ser fluida y eficaz cuya sinergia se constituya en un programa sostenido. El trabajo al ser efectuado por un equipo interdisciplinario, requiere la colaboración e interdependencia al interior del sistema, siendo deseable la coordinación con los servicios e instituciones comunitarias que tengan que ver directa o indirectamente con la labor de rehabilitación. Se requiere estructura para sentar la secuencia del trabajo terapéutico, de tal manera que los otros sujetos de interacción del paciente identificado refuercen las acciones que a nivel de intervención se vienen realizando; de lo contrario constataremos desde mensajes contrarios a los nuestros en el hogar, hasta

evidentes acciones que boicotean el trabajo terapéutico; ejemplo de ello son las familias que por algún motivo no han recibido la capacitación que les haga comprender el propósito de los entrenamientos, ven en los avances de la asertividad de su familiar en tratamiento sinónimo a: "*comportamiento inusual y rebelde*".

c. Desarrollo de potencialidades y otras capacidades

La intervención terapéutica tiene como objetivo el desarrollo de las potencialidades y de otras capacidades de las personas que sufren de algún trastorno mental. Perales (1989) también señalaba como objetivo de la terapia el desarrollo de "áreas sanas" de la personalidad, considerando que el modelo médico combate la parte "enferma" del individuo. Propone mejorar y reforzar mecanismos de autocontrol, modificar cogniciones distorsionadas, proporcionar nuevos repertorios psicosociales de ajuste, adiestramiento en técnicas de afrontamiento al stress que supone una filosofía de vida que permita sobrellevar las dificultades que ocasiona la patología presente. Esta acción sinérgica y complementaria daría como resultado la meta ideal del modelo que él propugna. Al respecto también Kanfer y Phillips (1981) señalan la importancia de ambientes profílicos cuyo objetivo es la estimulación y el incremento de conductas adaptativas. La experiencia vivida justamente está abocada a un constante aprendizaje y desarrollo de las habilidades y capacidades en los módulos de intervención desde aquellas recreativas, resocializadoras, artísticas, laborales hasta las que tienen que ver con estilos en el pensar, toma de decisiones y capacidades para la comunicación efectiva, en fin actividades productivas contrario a lo que significa trastorno mental: desesperanza, indefensión, actividades improductivas y discapacidades e inhabilidades para el desenvolvimiento en la vida diaria, ocupacional

y en la vida de relación. Dejamos de lado los síntomas positivos de la enfermedad y estimulamos la organización del tiempo en actividades productivas, proactivas y prosociales. Alguna vez Arellano (1994) al referirse a los familiares de los participantes en rehabilitación refirió que “Para las familias que tienen un miembro con patología este es el pretexto para lograr a partir de ello un desarrollo familiar y comunitario”. Esto nos hizo pensar en el enfoque positivista de los problemas mentales donde es conveniente estimularlos sin poner límites a las personas que alguna vez han sido diagnosticadas como “esquizofrénicas”. La constatación de sus ilimitadas posibilidades de desarrollo que no hemos logrado medirlas rigurosamente nos enfrenta al referirnos a ellas más realísticamente como personas con otras capacidades a los supuestamente “normales”.

d. Enfoque integral

A diferencia de otras experiencias donde sólo se abordan aspectos psicoterapéuticos, terapia ocupacional o actividades psicofísicas unidas al tratamiento farmacológico, nuestra experiencia reafirma un abordaje integral. Para ello complementario al tratamiento psiquiátrico, se define un enfoque integral de tratamiento. Se ha tomado en cuenta el perfil del usuario, las actividades que han recibido mejor acogida por los usuarios y las que han gozado de reconocimiento en la ayuda eficaz a las personas con trastorno mental crónico. Se definen los objetivos de la intervención y las actividades a ejecutar, estructurándose en función de la organización del tiempo saludable para el ser humano y teniendo en cuenta que el propósito de la rehabilitación es reintegrar al individuo a la vida social del mejor modo posible. Conviene que el ser humano destine tiempo para la vida de relación, referida a la interacción con el entorno, tiempo destinado para las actividades ocupacionales productivas y de ocio o tiempo libre, tiempo destinado a acti-

vidades para el mantenimiento personal que incluyen actividades de la vida diaria, actividades físicas y relajación; que en otras culturas se complementa con tiempo destinado a la meditación. La perspectiva de integralidad la plasmamos a través de un sistema modular de intervención. Contamos con los módulos: Entrenamiento en habilidades sociales, Actividades de integración social, Actividades ocupacionales y Actividades psicofísicas.

El enfoque integral pretende no descuidar los espacios de desarrollo de la persona en proceso de rehabilitación. El seguimiento de las actividades en las que los participantes de rehabilitación se involucran en su vida cotidiana nos informa: En primer lugar están las actividades referidas a la vida de relación o interacción con sus compañeros del grupo, se observa que han logrado hacer amigos, se visitan en sus domicilios, organizan paseos y fiestas por sí mismos. En segundo lugar, se les observa motivación para dedicarse a alguna actividad productiva, aunque no siempre remunerada, buscan y aceptan realizar modestas actividades ocupacionales a cambio de alimentos y pequeños pagos, algunos están subempleados, otros realizan actividades domésticas en el hogar. Entre los participantes al programa no se encontró personas con actividades improductivas. Un porcentaje menor ha incorporado dentro de su rutina las actividades psicofísicas, las que para consolidarlas requieren aún de la instigación de los familiares. Ello responde posiblemente a que culturalmente no se ha incorporado éste estilo de vida entre los miembros de la comunidad y la familia tampoco lo hace.

e. Flexibilidad, firmeza y afecto

Siendo el proceso terapéutico fundamentalmente de reeducación emocional, lo cual se da en la cotidianidad de todas las acciones

en que la persona está en contacto con el otro, es importante la actitud de los miembros interventores quienes sin dejar de lado la flexibilidad saludable para comprender y adecuarse a las características y necesidades de los usuarios, fija los límites y las reglas que van a regir el trabajo terapéutico, haciéndolas cumplir con firmeza, modelando e instigando conductas adaptativas. El carisma para llegar en muchos casos a individuos desconfiados y pesimistas frente a la vida facilita la adherencia al proceso rehabilitatorio. En un ambiente terapéutico es importante la actitud de todos los que rodean a la persona en proceso de rehabilitación, incluso los propios compañeros son agentes terapéuticos muy valiosos, de allí que un marco emocionalmente cálido sea el mejor aliado, que unido a la firmeza antes señalada y a la búsqueda de alternativas estimulando la creatividad, completan los ingredientes para la ayuda eficaz.

Por lo general los miembros del equipo interventor formal llámense: profesional, técnico, agente comunitario, se constituye en un agente reforzador ante el cual el participante responde, tiene confianza y espontáneamente busca y lo siente como un recurso de ayuda o para potenciar iniciativas. Conviene que el escuchar atento físico y psicológico sea parte de la interacción habitual, donde no sólo se escuchen las palabras sino también el mensaje que a través de la conducta no verbal trasmite la persona. Se debe responder empáticamente con actitud comprensiva y esperanzadora, las cuales unidas a la vivencia emocional positiva, son factores de fuerza para el cambio. Para ello, conviene efectuarse operaciones que ayuden a construir decisiones en el aquí y en el ahora, o bien redecisiones que serán el motor activador para las acciones en las que se envuelva la persona.

f. Abordaje grupal

La intervención terapéutica se centra en el abordaje grupal, entendido como el trabajo terapéutico dirigido a un conjunto de personas seleccionadas por diagnóstico, grupo étnico, estado clínico y funcionamiento actual. Tal modelo de intervención se eligió en función de criterios pragmáticos y técnicos: a) Tener personas con desventajas que sufran condiciones similares de exclusión, que requieren ser integradas a su medio social y que necesitan un soporte social sobre el cual puedan construir experiencias de aprendizaje. Consideramos que el estar inmersos en un grupo es el mejor espacio tanto como fuente de información como espacio para reaprendizaje de comportamientos aceptados por la sociedad, propiciándose el desarrollo de actitudes y conductas prosociales, que serían muy difíciles de aprender en la experiencia individual. Por otro lado, la influencia del grupo de pares tiene un impacto significativo en este tipo de pacientes; los miembros del grupo ayudan con sugerencias, comentarios, opiniones que pueden ser comprobadas y contrastadas con experiencias personales que ayudan a reflexionar y tomar nuevas decisiones. Asimismo, el equipo interventor puede apreciar actitudes, gestos, emociones y comportamientos de un modo más directo que en reportes verbales o informes diferidos. Al respecto, se ha descrito que en un proceso grupal los participantes ya no se ven solos en el problema, no son los únicos y los participantes tienen una oportunidad invaluable para poner en práctica nuevas habilidades sociales y de interacción con otros compañeros en un entorno protegido (Kaplan, 1996).

Otra característica del trabajo grupal es la oportunidad para recibir retroalimentación de los compañeros del grupo y del facilitador, oportunidad para discriminar entre conductas adaptativas y no adaptativas, además de poner a disposición de los participantes una

gran variedad de modelos, de entrenadores, efectuar ensayos de papel y cambio de conducta. Por otro lado, siendo la rehabilitación un proceso reeducativo ésta es mucho más eficaz cuando los individuos «aprenden haciendo», ejecutando acciones, participando activamente en el proceso de enseñanza-discusión-acción.

En el trabajo grupal previo a su inicio requiere, en primer lugar, el establecimiento de un marco normativo con reglas explícitas definidas por el facilitador las cuales guiarán el accionar de los participantes; a mayor capacidad de autocontrol se requerirá menor número de reglas. En segundo lugar, se organiza el grupo estableciéndose los objetivos de la reunión con una definición clara de los roles que van a desarrollar tanto del facilitador como de los participantes, con señalamiento de límites, procedimientos a desarrollar, medidas para regular su funcionamiento y el establecimiento del análisis de la experiencia (Sato, 2000).

Para la intervención se han señalado ciertas dimensiones, identificándose como las más eficaces en un inicio las muy estructuradas y directivas para después flexibilizarlas conforme avanza el proceso terapéutico. Complementariamente resultan necesarias las entrevistas individuales para enfocar las condiciones y problemas particulares que así lo ameriten. Debiendo la orientación eficaz dirigirse a la toma de decisiones y a la ejecución de un plan de acción que coadyuve y aporte en el proceso de la rehabilitación

La construcción de la cohesividad grupal es un factor que se basa en la utilización del refuerzo social, la facilitación de conductas verbales y no verbales que modela el terapeuta y que es aprendido por refuerzo vicario, los participantes tienen oportunidades para reforzar las conductas deseables en los miembros del grupo. Siendo el refuerzo una

habilidad muy útil en la sociedad, algunos autores afirman que a medida que las personas aprenden a reforzar a los demás, son reforzadas recíprocamente, y se incrementa la afinidad mutua (Golstein, 1966).

g. Delegación de funciones

Contar en el equipo de trabajo con técnicas de enfermería y en su momento con agentes comunitarios hizo posible ampliar la cobertura de atención al delegar funciones que inicialmente la desarrollaban los profesionales de la salud. Delegar las acciones de menor complejidad con directivas claras supone un aporte para la autonomía y toma de decisiones de las personas que con mucha calidad y vocación de servicio vienen contribuyendo con el proyecto. Es conveniente subrayar algunas recomendaciones al respecto: Se pueden delegar las funciones mas no las responsabilidades. Delegar no debe ser sinónimo a abandonar la tarea para que otra persona la realice, es recibir el aporte de otro para ejecutar la tarea sobre la cual se debe continuar un control hábil. Conviene delegar las partes rutinarias y predecibles del trabajo, lo que quiere decir que no se debe delegar lo complejo o conflictivo del quehacer. También implica constante capacitación a los subordinados otorgándoles autoridad para la toma de decisiones de ciertas partes explícitamente delimitadas, no olvidando que el acto de delegar motiva a las personas efectivas y asusta a los inseguros. Esta estrategia cuidadosamente supervisada potencia las capacidades de las personas y se puede contar con mejores recursos calificados, toda delegación de funciones debe tener una supervisión constante para evitar inadecuados usos de la misma.

h. Motivación de los involucrados en el proceso

Hemos dejado para el final un aspecto realmente dinamizador en el proceso de

rehabilitación, nos referimos al factor motivacional. Este factor debe partir de los niveles más altos de los que toman decisiones y que son respaldados de los presupuestos. Esto supone el convencimiento a estas personas de que la tarea a emprender es significativamente importante lo que se reflejará cuando se destine personal, mayor presupuesto y viabilidad para el proyecto. Luego pasa por los profesionales y técnicos quienes con mucha tolerancia y profesionalismo deban impulsar el proceso de rehabilitación hasta sensibilizar a instituciones, sectores, familiares y usuarios del sistema, cuyos resultados al ser percibidos por los demás retroalimentará el proceso. En otras palabras un sistema motivacional en todos los niveles hará realidad visiones positivas de futuro.

3.5 RELACIÓN CON OTRAS PARTES DEL SISTEMA

El Programa de Rehabilitación Psicosocial recibe del Programa de Atención Comunitaria a los pacientes con la derivación del médico tratante, iniciándose el proceso de rehabilitación con la evaluación inicial de los recursos personales y del entorno que rodea a la persona con trastorno mental. Siendo el Programa de Rehabilitación Psicosocial Comunitario complementario al Programa de Atención Comunitaria al cual corresponde fundamentalmente el diagnóstico y el tratamiento de los síntomas positivos de los trastornos, así como la vigilancia y seguimiento del estado clínico del paciente, es de vital importancia la coordinación estrecha con éste segmento del sistema, pues ambos programas trabajan con los mismos usuarios y por lo general en los mismos ambientes físicos. Es deseable integrarlos en una sola unidad, a pesar de estar conscientes que podemos tener desventajas en la

priorización de los presupuestos, siendo lo deseable la unificación de ambos programas conservando su autonomía y presupuestos.

Por otro lado, el área de Intervención Terapéutica Grupal está articulada con el área de Promoción, Organización y Asesoría Familiar y al de Capacitación y Supervisión de Agentes Comunitarios. En ésta oportunidad sólo desarrollaremos el área de Intervención Terapéutica Grupal, dejando para otro momento los otros segmentos del Programa Comunitario de Rehabilitación Psicosocial.

Al respecto, si bien es cierto que nuestro posicionamiento en la comunidad tiene ventajas por lo antes señalado y reconociendo la existencia de otros equipos que dentro de nuestra Institución vienen trabajando también en la rehabilitación del enfermo mental crónico (Ugarte, 1987; Huamán, 1991; Sotillo, 1991, 1997; Albuquerque, 1999), sin embargo cual compartimientos estancos venimos seguramente dando lo mejor de nuestra profesionalización y vocación de servicio empeñados en nuestro quehacer rehabilitatorio, pero inconexos si miramos el Instituto que nos alberga como un solo sistema de atención, los principios de Kuhn T., quizás expliquen el mantenimiento de estas situaciones.

Hoy a la luz de nuevos paradigmas y estando el escenario más amplio para el trabajo rehabilitatorio, sería deseable enlazar y coordinar acciones en cuya complementariedad ganemos todos, fundamentalmente los usuarios de nuestros servicios, sabemos que ello implica romper algunos esquemas, pero creemos que si encaramos frontalmente nuestras similitudes y diferencias podremos crecer institucional y profesionalmente.

3.6 ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

Renato Castro de la Mata decía “La verdadera atención se da en la comunidad”, sus palabras en materia de rehabilitación cobran mayor vigencia a las luces de los nuevos procedimientos de intervención donde un proceso terapéutico demostrará su real efectividad cuando las personas beneficiadas de la intervención terapéutica logren aplicar y resolver nuevos problemas en su ambiente natural utilizando los repertorios de conducta aprendidos (Rose, 1989), y ello solo es factible en la propia comunidad del individuo involucrado en el cambio cuya actuación unida sinérgicamente con los familiares organizados y los equipos de trabajo pueden lograr en el futuro la sensibilización de instituciones y sectores que tienen que ver con el desarrollo humano. No debe ser una utopía proyectos innovadores que promuevan las otras capacidades de las personas que hoy sufren marginación por padecer una enfermedad mental. Los que trabajamos con estas personas estaremos de acuerdo en reconocer sus habilidades, valores y su capacidad de resiliencia.

Al Programa de Rehabilitación Psicosocial Comunitario le corresponde la reeducación de funciones y el entrenamiento de conductas y hábitos que faciliten la reinserción social de la persona con discapacidad. Se ha demostrado que ésta tarea bajo la supervisión del equipo terapéutico es factible realizarla al punto de lograr una compleja cadena de respuestas en ambientes controlados como son los ambientes de los centros de la salud y los locales comunales. Generalizar las conductas aprendidas frente a otros sujetos de interacción y en otros ambientes como el hogar es una tarea más compleja que requiere de un programa individualizado que controle los eventos que mantienen las conductas.

El programa contó con dos equipos interventores que desarrollaron su actividad en dos centros de salud del Cono Norte, contando con el concurso de una coordinadora del programa para los fines administrativos, técnicos y de supervisión de las actividades. Instaurándose reuniones conjuntas con los equipos de trabajo que periódicamente y en forma participativa buscan soluciones a los problemas y viabilidad a los proyectos.

Para el desarrollo de las actividades en el terreno material se contó con espacios físicos mínimos necesarios en los centros de salud y en ambientes de la comunidad: local comunal, ambientes de instituciones gubernamentales, ambientes de la Iglesia y lomas deportivas existentes en la zona.

3.6.1 Módulos de intervención terapéutica grupal

A continuación compartiremos la experiencia en el desarrollo de los Módulos de intervención grupal.

Las actividades de intervención terapéuticas están estructuradas en cuatro módulos, la inclusión de los participantes en los mismos se realiza en función del nivel de funcionamiento en que se encuentre el paciente al ingresar al Programa de Rehabilitación, pudiendo ser incluidos o promovidos posteriormente en función a su desempeño y logro de objetivos en cada área.

A través de los módulos de intervención terapéutica, se organizan experiencias de aprendizaje teniendo en cuenta los repertorios conductuales deficitarios de los participantes, quienes requieren del reaprendizaje de conductas que se extinguieron por efectos de la enfermedad; desaprendizaje de hábitos inadaptativos producto del rol de «paciente» y en otros casos aprendizaje de repertorios nuevos de conducta porque carecían de ellos.

Habiendo concebido el comportamiento de la persona como una herramienta para su adaptación y «equilibrio» en el ecosistema (ambiente, social); el equipo se reconoce como un ente facilitador y promotor de la autonomía de quienes participan en el programa. Es muy conveniente subrayar que la intervención se desarrolla teniendo en cuenta las necesidades y capacidades propias de los sujetos que integran el grupo en particular.

3.6.1.1 MÓDULO: ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES (E.H.S.)

En los pacientes con trastorno mental crónico se observan déficit comportamentales en las relaciones interpersonales que agravan y generan problemas en las relaciones familiares, laborales y en la comunidad a la que pertenecen. Con éste tipo de pacientes es muy importante trabajar las habilidades sociales no sólo debido al significativo desgaste del repertorio conductual en la interacción con los demás sino también por la interferencia en los entrenamientos de conductas socialmente adaptativas como son las actividades ocupacionales, de integración social, de tiempo libre y burocráticas. Perfiles pasivos y agresivos caracterizan al enfermo mental crónico lo cual genera conflictos en la vida cotidiana donde se aprecia tanto responsabilidad en los propios pacientes como también abusos por parte de los sujetos de interacción como son sus empleadores, sus familiares, y el vecindario. Los pacientes conocen muy poco de sus derechos personales y carecen de estrategias de negociación. Por otro lado el reconocerse como paciente psiquiátrico supone por lo general la asunción de un rol pasivo y su entorno por su parte no espera ni estimula la libre elección, la toma de decisiones ni en las acciones más básicas, por el contrario tiende a tomar decisiones por el paciente manteniéndose de ésta manera la dependencia.

Este módulo de entrenamiento en habilidades sociales se elaboró basándonos en las conductas deficitarias observadas en los pacientes del Servicio de Rehabilitación del Instituto Nacional de Salud Mental y de los pacientes del Programa de Rehabilitación Psicosocial Comunitaria del mismo Instituto, observación contrastada con las propuestas fundamentalmente de Arthur J. Lange, Liberman R.P., Ellis A. y Labrador F., Sotillo C, ajustándolo a los requerimientos de los usuarios de nuestro servicio, el cual se define como una forma pragmática de intervención.

El módulo se desarrolla mediante la ejecución de 14 sesiones con una duración de 02 horas semanales. Las primeras 6 áreas son trabajadas con técnicas conductuales, la última enfoca su intervención con algunas estrategias cognitivas encaminadas a enseñar a pensar con un sentido práctico contrastando con una secuencia lógica para la toma de decisiones.

Las áreas se estructuraron en función a la necesidad de un entrenamiento asertivo y aprendizaje sobre la toma de decisiones. En la primera parte de cada área se brinda información explícita sobre las conductas objetivo a entrenar, a continuación se efectúan demostraciones y utilizando técnicas participativas y dramatizaciones se abordan las conductas blanco, luego de lo cual se pasa al ensayo de conducta en pares o en pequeños grupos de acuerdo a los contenidos y requerimientos del entrenamiento específico y de las características del grupo.

El entrenamiento propiamente dicho está estructurado en siete áreas: Motivación, discriminación de conductas, área emocional, derechos personales, conversación, afrontamiento a la crítica y solución de problemas organizadas en las siguientes sesiones:

1. Motivando a los participantes en el aprendizaje de habilidades sociales.
2. Aprendiendo a discriminar conductas agresivas, pasivas y asertivas.
3. Identificando conductas verbales, no verbales y paralingüísticas.
4. Reconociendo emociones y aprendiendo a expresarlas asertivamente.
5. Conociendo nuestros derechos personales.
6. Aprendiendo a expresar libre y directamente una opinión, un halago.
7. Aprendiendo a reclamar y pedir cambio de conducta.
8. Aprendiendo a hacer críticas y respondiendo a las críticas.
9. Aprendiendo a iniciar, mantener y terminar una conversación (I Parte).
10. Aprendiendo a iniciar, mantener y terminar una conversación (II Parte).
11. Solucionando problemas en la interacción personal.
12. Evaluando y planteando sugerencias al módulo.
13. Evaluando mis conductas asertivas y opinando sobre el módulo de E.H.S.

Previo al desarrollo de las sesiones estructuradas es necesario algunas sesiones de preparación previa con la finalidad de establecer el clima propicio para el trabajo grupal, el establecimiento de reglas mínimas de conducta y buscar la confianza y seguridad en el grupo.

Para éste tipo de pacientes a diferencia del trabajo con otros cuadros clínicos y en atención a los niveles de comprensión, particularidades cognitivas, es necesario instaurar como un patrón habitual la recapitulación o el reforzamiento de lo anteriormente desarrollado para cada nueva sesión con lo cual se logra captar la motivación, la atención y seguir la secuencia programada. La observación de las sesiones nos muestra dos aspectos paralelos: uno en la cual se aborda el entrenamiento pre-establecido, y otro el surgimiento de temas planteados por los participantes. Por ejemplo al desarrollar el tema sobre motivación para el entrenamiento, se determinó trabajar dos aspectos de la experiencia: Deserción y autonomía: desarrollar el tema sobre derechos personales dio pie a los temas que hemos denominado "Adherencia al tratamiento", "derechos sexuales"; en el referente a "Solución de problemas" se trabajó estrategias para rehusarse ante conductas de riesgo y frente a la presión social para consumir alcohol. En otras palabras en función del grupo hay que flexibilizar lo programado. La innovación responde a la filosofía participativa que acoge las opiniones de los usuarios

Entre los logros podemos señalar que nuestros participantes han aprendido a manejar la terminología en su lenguaje habitual del cual hacen gala cuando deben presentarse a quienes visitan el programa, la observación empírica nos muestra personas con capacidad para hacer reclamos, capacidad de diálogo, ser capaces de mostrar preocupación por el otro, elegir alternativas en grupo; surgiendo un grupo organizado entre los participantes lo que evidencia su interés por reforzar su autonomía. Dentro de las sesiones programadas se contó con un espacio para que los participantes discutieran en pequeños grupos los contenidos del módulo, respondiendo con sus propias palabras a la pregunta para qué sirve el entrenamiento en habilidades sociales.

MÓDULO DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES



Aprendiendo a responder a las críticas.

El 85% ve provechoso el entrenamiento, porque contribuyó a *“mejorar su interés para comunicarse”, “perder el miedo a hablar en grupo”, “reconocer lo que les pasa”* refiriéndose a sus emociones y que *“otras maneras hay para expresarse”, “educar a los hijos sin ser agresivos”, “control de emociones”, “ser más asertivos” y les ayuda a “conseguir nuevas amistades”*.

El 10% no hace referencia al entrenamiento específico y opinan que *“lo que nos ayuda es la amistad con mis compañeros”* y *“me ayuda sentirme libre al no ser criticados por los demás, lo cual hace alusión al clima social cuyas características de tolerancia, firmeza y afecto facilitan la resocialización de los individuos.*

El 5% no responde por inhibición de su conducta o por que no se sienten libres para dar su opinión, lo que nos indica que se requiere reforzarlos para que se den permiso para criticar o exponer abiertamente su conformidad o incóformidad con las acciones para las que destina su tiempo.

Es importante resaltar que en el otro grupo de entrenamiento (50%) le da un sentido utilitario al entrenamiento en habilidades sociales, los que aplican fuera del ámbito del entrenamiento, por ejemplo manifiestan que es beneficioso el entrenamiento porque *“les enseña a no desesperarse cuando les critican en la casa”, les ayuda a desenvolverse bien cuando ofrecen productos para la venta.”, “le enseña hacer reclamos y no sentirse tan mal ni agresivos cuando ven que sus familiares o los vecinos no actúan bien con ellos”*

Una limitación ha sido el cumplimiento individual de las tareas para la casa, variándose la consigna a realizar tareas en grupos de pares, es evidente que en la comunidad ésta provee ilimitadas oportunidades para una práctica en el ambiente natural, además las

conductas pueden ser observadas y moduladas directamente por los interventores en su ambiente habitual.

En términos generales los problemas que se abordaron cubrieron dificultades en la interacción del grupo que se estaba entrenando, además de los problemas de interacción de la vida diaria que los participantes traían al grupo para buscar soluciones compartidas.

El contar con una secuencia estructurada para el entrenamiento, la información explícita y la comprensión del tema a bordar permitió dar una base sólida para el aprendizaje. Sabido es que las personas que sufren de trastorno mental crónico, específicamente esquizofrenia, responden mejor a actividades y situaciones bien estructuradas donde explícitamente se debe conocer qué se espera de ellas, no así a las situaciones sin estructura por sus dificultades para tomar decisiones, hacer innovaciones y actuar con libertad. El conocer qué esperar y qué no de las sesiones ayudó a informarnos sobre las expectativas, aprender a hablar muy concretamente, adecuar las tonalidades de voz para dirigirnos a ellos (Anexo 7).

3.6.1.2 MÓDULO: ACTIVIDADES DE INTEGRACIÓN SOCIAL

Se estructuraron las actividades basándonos en las dificultades que tienen los pacientes con trastorno crónico observándose déficit para desenvolverse en actividades habituales en el hogar y el vecindario y reconociendo poca oportunidad para integrarse socialmente, se presentaron experiencias de aprendizaje que buscaron estimular actividades de contacto con el medio circundante, se entrenó en conductas cuyo logro permite un mejor desenvolvimiento en la vida de relación y facilita el despliegue de conductas y habilidades olvidadas o no ejercitadas.

Para la ejecución de las tareas se estimuló la organización de los grupos y se les asesoró para la planificación, ejecución y evaluación de actividades por comisiones de responsabilidad. Se elige junto con los participantes entre las actividades más frecuentes en el medio como son: Celebración de cumpleaños, celebración de fechas festivas, paseos, visitas guiadas, actividades prosociales, etc.

Estas son actividades muy parecidas a las ejecutadas en los denominados "clubes sociales de pacientes" o "actividades socializadoras" si la actividad es observada externamente; el cambio radica en la actitud de los interventores al estimular la autonomía, instigarlos a tomar decisiones y que los mismos participantes sean promotores al cambio. Haciéndose responsables de sus decisiones y la ejecución de las acciones en esa dirección. Hallamos resistencia tanto en los participantes como en sus familiares. En los participantes su nivel de dependencia al inicio, les dificultaba que tomen incluso pequeñas decisiones, los familiares ante la invitación a decidir lo interpretaban como "indicios al abandono", decían "estamos acostumbrados a que nos digan qué tenemos que hacer", "siempre es mejor hacer las cosas como los profesionales dicen, ellos saben", "ustedes ordenan, así es mejor", "no les hagan caso a los pacientitos, ellos no saben y nosotros somos ignorantes" evidenciando descalificación a sí mismos, y a los pacientes como si estar en la condición de usuarios los descalificara para todos los saberes evidenciando temor a decidir y realizar actividades por sí solos, aunque ellas sean del cotidiano vivir. En tal situación pedir opiniones, ubicar, formar y estimular cualquier iniciativa esperando respuesta es la tarea que implica facilitar el

empoderamiento de los líderes que en todo grupo emergen, es importante modelar el autocontrol para no tomar decisiones por otros, menos actuar en lugar de ellos, darles confianza que unido al respeto por el saber popular es un estímulo para que muestren sus potencialidades. Al principio cuando nos escuchaban decir "*No decidiremos, ni haremos nada que ustedes sean capaces de hacer*", y esperábamos que tomen decisiones y los ejecuten; ello producía en muchos desasosiego, duda, incertidumbre. La experiencia para nosotros podría compararse con aquella situación en la que se desata a alguien que está amarrado para dejarlo libre y la incredulidad que éste muestra, como si estuviese enamorado de su esclavitud paraliza a unos y provoca lenta respuesta en otros. Al indagarse sobre nuestra conducta instigadora respondieron: "*creo que nos están evaluando*", "*tal vez piensan que no estamos tan enfermos*", "*¿realmente usted cree que servimos para esto?*". Descalificándose para todo, rumoreando "*nosotros somos limitados*". Como si su condición de paciente los inhabilitara para todo.

La delegación para dirigir sesiones de grupo que implica organizar por ejemplo una fiesta, un paseo, un evento deportivo estimuló la emergencia de líderes. Quedarnos callados y observantes sin voz ni voto era nuestro reto.

Las opiniones que han verbalizado los usuarios han sido las siguientes, "*me ayuda a ser sociable*", "*estar contento en las reuniones sociales*", "*aprender a soltarme*" refiriéndose a ser más espontáneo e iniciar la conversación en la interacción social, "*distraerme y aprender a bailar*", "*a no tener vergüenza*", "*aprendí a dirigir el club*", "*he podido ayudar a mis compañeros*", "*practico ser más*

MÓDULO DE ACTIVIDADES DE INTEGRACIÓN SOCIAL



Haciendo una visita al Palacio de Gobierno demostrando la capacidad para conducirse en ambientes burocráticos.

asertivo”: Esto nos informa sobre elementos tales como recobrar la confianza en sí mismo, liberar, efectuar acciones de autoayuda, aprender a reforzar conductas deseables socialmente, utilizar conceptos aprendidos en otros módulos hasta estimularse para actividades de autovalimiento en el vestir y aliño personal, “tenemos que vestirnos y asearnos bien para participar en la fiesta” y “que los demás nos acepten como una persona normal” (Anexo 8).

3.6.1.3 MÓDULO: ACTIVIDADES PSICOFÍSICAS

Se presentó un conjunto de actividades estructuradas para lo cual luego de la motivación y explicación de los beneficios de ésta, se pasa a la demostración, instigándoseles a la ejecución de las mismas. El desarrollo de las áreas se adecuan a las necesidades de los usuarios. Posteriormente algunas rutinas podían dirigirlo ellos mismos, recibiendo sugerencias y asesoría nuestra.

Área de Psicomotricidad:

- Esquema corporal.
- Posiciones en el espacio.
- Equilibrio corporal.
- Orientación espacial.

Área de Gimnoterapia:

- Reeduación respiratoria.
- Reeduación de la actitud postural.
- Ejercicios para grupos musculares.
- Reforzamiento de la capacidad motora.

Área de Deportes y Recreación:

- Actividades competitivas sin formar parte de un equipo.
- Actividades competitivas integrando un equipo.

- Juegos de carreras y relevos.
- Juegos de persecución, oposición y coordinación.

En función de lo atractivo para los beneficiarios y los niveles de minusvalía, se dio mayor peso a las actividades de psicomotricidad, gimnoterapia y deportes. Esta última actividad ha merecido incluso la solicitud de los participantes para que se realice con otros grupos de personas en juegos de tipo competitivo.

Los participantes hicieron comentarios sobre los beneficios que sintieron al realizar estas actividades: “*nos ayuda a descansar mejor*”, refiriéndose a las horas de sueño; “*estamos más atentos y tranquilos*”, refiriéndose a la concentración y la tensión muscular; otros referían como ventaja: “*no pensar en la enfermedad*”, los interventores los observaban con mayor capacidad para hacer deportes, cambios en la rigidez del movimiento, mejora del tono muscular y manejo de la tensión muscular (Anexo 9).

3.6.1.4 MÓDULO: ACTIVIDADES OCUPACIONALES

Las sesiones se realizaron a través de la participación en ocupaciones significativas, utilización de situaciones reales de vida, manejo ambiental, enseñanza directa de habilidades, consejería en la elección ocupacional. Se consideran 3 fases, que se desarrollan de acuerdo a los niveles de funcionamiento de cada participante.

Las actividades ocupacionales se realizan en pequeños grupos, brindándoles un espacio físico y ambiente terapéutico para la realización de actividades ocupacionales buscando fundamentalmente la identificación de recursos personales, la adaptación a la

tarea, que involucra tolerancia y permanencia en la actividad, como entrenamiento y preparación para actividades ocupacionales más complejas.

El entrenamiento se halla estructurado en tres fases:

1.- Fase de Exploración.

Se desarrollaron sesiones con el fin de brindar diferentes alternativas de actividad significativas y estimular su participación:

- Actividades relacionadas con el diario vivir y/o recreación.
- Actividades básicas de autocuidado (higiene, arreglo personal y movilización).

2.- Fase de Aprendizaje.

- Selección de habilidades.
- Enseñanza directa de habilidades.
- Participación en talleres productivos.

3.- Fase de Logro (consolidación y seguimiento).

Las evidencias que podemos mostrar son la calidad de producción de los artículos elaborados de cestería y bordados, apreciándose proyectos concluidos en un 90% y mayor rapidez para terminar la tarea.

La primera fase en la instauración de hábitos de asistencia, permanencia en el ámbito donde se desarrollan las actividades, acudieron participantes con nivel de discapacidad II y III o aquellos que recién ingresaban al programa, se eximían a aquellos que contaban con actividad productiva en su hogar o en la comunidad. Se entrenaron en manualidades que iban desde

cestería, dibujo, bordado, elaboración de velas y collares de cuentas, etc.

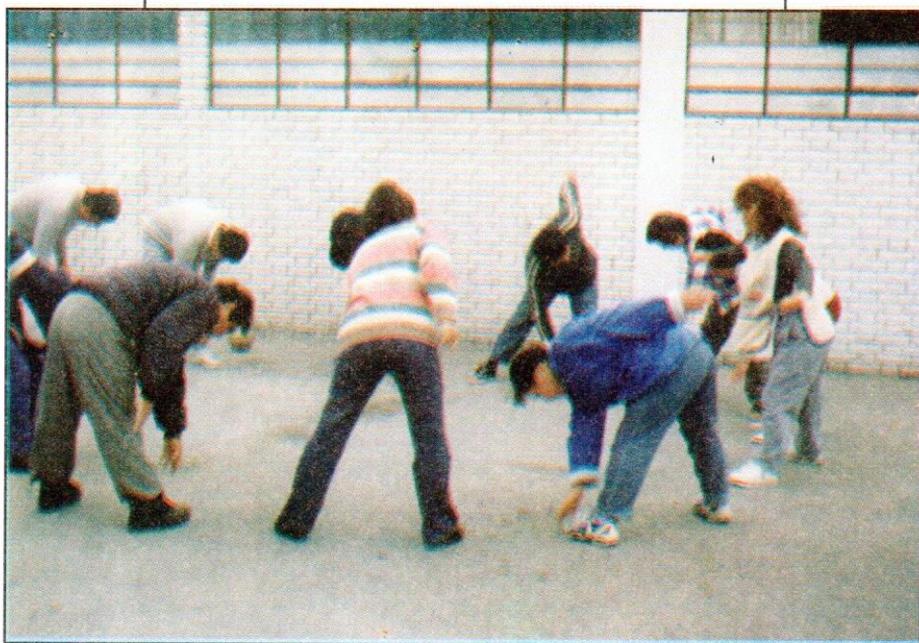
Para los pacientes del Nivel I se contó con un conjunto de actividades destinadas a la administración, elaboración y venta de productos alimenticios que los participantes denominaron «Cafetería», en ella se reforzaron actividades de servicio con la finalidad no sólo del adiestramiento en la preparación de alimentos sino también en la administración de sus recursos económicos, tiempo y habilidades sociales.

La opinión sobre estas actividades fueron: *“nos ayuda a estar ocupados y no pensar en los problemas”, “aprendo a trabajar”, “a mi familia le gusta que haga algo”, “no sabía que tenía interés por el tejido”, “recordé que yo dibujaba bonito en el colegio”, “me enseñó a ser mas responsable”, “aprendí a sacar mi cuenta”, “lo que aprendí en la cafetería ahora lo practico en el kiosco del colegio donde tengo mi negocito”* refiriéndose a la administración de una pequeña cafetería en un centro educativo. *“en mi casa siempre estoy haciendo algo”, “me he vuelto chambeador”, “quisiera trabajar pero no hay vacantes, busco y busco pero no encuentro”, “mi papá dice que ya estoy bien y que busque mi trabajo, que ya no venga, porque solamente aprendo y no me pagan”* (Anexo 10)

3.6.1.5 SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO

El seguimiento se efectúa mediante entrevistas intramurales, en las cuales se observa la participación en el proceso de rehabilitación (tanto en lo cualitativo como cuantitativo): asistencia, permanencia en la actividad, adherencia al proceso interferencias y evolución. Es decir logros, dificultades y limitaciones para un mejor desenvolvimiento. En tal marco se evalúa periódicamente el nivel de minusvalía. Paralelamente se efectúan

MÓDULO DE ACTIVIDADES PSICOFÍSICAS



Reeducación de la actitud postural

visitas domiciliarias cuyo objetivo principal es el de vigilar los logros obtenidos y potenciar la participación familiar en el proceso de rehabilitación.

El seguimiento terapéutico es una actividad que informa sobre el mantenimiento de las conductas aprendidas durante el entrenamiento terapéutico, indica en qué medida se está logrando la generalización de los resultados en el ambiente natural habitual del participante.

Entre otras debe registrar:

- Observación y exploración de estresores psicosociales en el hogar.
- Estado actual del paciente y acompañamiento de la familia en el proceso.
- Información sobre logros y dificultades en el proceso rehabilitatorio.
- Información de cómo se está percibiendo el desarrollo de los módulos.
- Observar y recoger información sobre las rutinas en las distintas esferas y roles vinculares.
- Enseñar y supervisar estrategias para manejo de conductas en el hogar.

Un elemento que pone en evidencia la motivación hacia las actividades terapéuticas es la asistencia voluntaria al entrenamiento haciendo innecesario un sistema de ci-

tas en ambos centros. El análisis sobre la regularidad global de asistencia a los módulos en el Centro de Salud Tahuantinsuyo Bajo nos ayuda a apreciar las preferencias de los usuarios, se observó la relación entre las sesiones terapéuticas ofertadas y la demanda de los participantes; En primer lugar se observa una notoria concurrencia a las Actividades de Integración Social, en el segundo lugar de preferencia se encontró el Entrenamiento en Habilidades Sociales, en tercer lugar las Actividades Psicofísicas y en cuarto lugar las Actividades Ocupacionales. Lo cual se explica porque un 80% de los participantes en el Programa se encontraba realizando actividades productivas, sea en el hogar o subempleados realizando actividades de servicios como ambulantes. Sólo se benefician con el Módulo de actividades ocupacionales los pacientes nuevos o aquellos con conducta improductiva que representan el 20% de los asistentes. La oferta a través de los módulos ocupacionales sólo cubre el entrenamiento para la instauración de hábitos de preparación para la actividad laboral y asesora las otras actividades ocupacionales. En nuestro medio a pesar de continuos esfuerzos e iniciativas no ha sido posible la implementación de microempresas o talleres de producción, que a nuestro entender sería una alternativa viable debido a la constatación de la inexistente oferta de empleo para éste grupo humano que como cualquier otro tiene necesidades, estando dentro de la población económicamente activa.

IV LECCIONES APRENDIDAS

- El propósito principal de la intervención terapéutica es lograr la autonomía de los participantes, elemento necesario para el desenvolvimiento en su ambiente natural: la comunidad.
- Reconocer y respetar los saberes populares estimula la expresión de las potencialidades de los usuarios.
- Reafirmamos la metodología “aprender haciendo”, que significa que los entrenamientos deben apuntar a enseñar a pensar y darse la libertad para ejecutar o actuar. Aquí cobra dimensión el adagio: “No dar el pescado, sino enseñar a pescar”.
- Reconocer que es importante y complejo el trabajo en equipo porque permite contrastar, confrontar sintetizar y socializar el conocimiento que se está manejando.
- El enfoque interdisciplinario enriquece el análisis y ejecución de los procesos.
- El equilibrio entre la flexibilidad y la rigidez favorece la creatividad para hacer ajustes a lo programado.
- Proveer de un ambiente natural para el entrenamiento de los participantes facilita la generalización de las conductas aprendidas.
- Conviene que los programas de rehabilitación despierten expectativas, interés y aceptación entre las personas con discapacidad y sus familias.
- La emergencia de monitores constituido por pacientes en mejor estado no ha sido explorado lo suficiente, pudiendo ser un incentivo y parte de la respuesta al trabajo en rehabilitación.
- La participación del agente comunitario en las acciones de intervención no ha sido evaluada a través de un proyecto que lo valide y viabilice, requiriendo otorgar tiempo y recursos para consolidar grupos organizados de la comunidad.
- Es posible involucrar a otros actores diferentes a los del sector salud como aquellos que tienen que ver con las acciones decisorias, otros sectores, organizaciones no gubernamentales, la iglesia, que movilicen decisiones en la estructura económica y de poder hacia la tarea rehabilitadora, lo que conviene insistir para concretar proyectos en conjunto que utilizando pocos recursos y mucha creatividad alcancen mayores logros.
- Creemos que la experiencia ganada, ofrece importantes lecciones sobre lo que puede representar nuevas aproximaciones en el trabajo y sobre los derechos de las personas con discapacidad mental.
- El área de intervención pretende alcanzar una propuesta tecnológica en la búsqueda de definir y validar procedimientos óptimos y eficaces para el tratamiento de las personas con trastorno mental crónico.
- Conviene que sea política personal e institucional que lo que se hace tenga la finalidad de dar un servicio y a la vez encontrar caminos para hacer mejor las cosas, en otras palabras darnos tiempo para pensar y reflexionar sobre nuestro quehacer y sistematizarlo.

MÓDULO DE ACTIVIDADES OCUPACIONALES



Aprendiendo habilidades para el desarrollo de actividades productivas.

V PROPUESTAS

- Existiendo muchas aristas en el proceso rehabilitatorio, es vasto el campo para la Investigación, donde la investigación-acción debe ser priorizada. Las diversas variables que confluyen en la intervención terapéutica grupal han sido esbozadas en el gráfico 12 (Anexo 11).
- Sistematizar las áreas de intervención que tienen que ver con la movilización de las redes de soporte social que se viene realizando será una tarea que logrará posicionamiento de la labor comunitaria.
- Sistematizar las acciones de promoción familiar que se viene implementando complementará la labor directa que se realiza con las personas con discapacidad psicológica.
- Enlazar la rehabilitación comunitaria con la rehabilitación intramuros completará el abordaje sistémico de la institución.
- Evaluar por áreas y sistémicamente el Programa validará los procedimientos que se vienen desarrollando.
- Integrar el Programa Comunitario de Rehabilitación Psicosocial con el Programa de Atención Comunitaria facilitará la unidad de acción haciendo más fluido el proceso entre ambos segmentos.
- Todo programa rehabilitatorio no sólo debe estar enmarcado dentro del respeto de los derechos humanos, sino que conviene que involucre activamente a los propios usuarios en su defensa y promoción.
- Sabemos que todo cambio de paradigma tiene múltiples implicancias, sin embargo no hay opción más apasionante que luego de evaluar las situaciones en conjunto, se tomen las decisiones, se vuelva a evaluar y ajustar los cambios, es así como se

construyen los proyectos más significativos. Todo en la vida tiene sus riesgos.

Queremos manifestar que somos concientes de las limitaciones en ésta mirada analítica; queda mucho por hacer en cuanto a implementación y evaluación del programa, lo que implica desde verdaderos procesos de cambio cultural y actitudinal tanto de los beneficiarios como del equipo interventor; tampoco disponemos de información sobre el impacto de la intervención ni de los instrumentos validados para su evaluación, eso no ha sido motivo de la presente. Pero disponemos de valiosa información del proceso el cual contrastado por el proceso de sistematización nos llevará a mejor puerto, aproximándonos a otras personas que también están trabajando con el mismo objetivo y con los deseos de crear un mejor futuro para las personas discapacitadas.

VI COMENTARIO

Mucho se ha escrito sobre la intervención grupal, desde diferentes enfoques y con distintas jergas se ofrece metodología, estrategias y técnicas para estimular el cambio. Egan (1981) al referirse a las terapias dice "viejos vinos en nuevos odres", y es que la vasta experiencia hoy repensada sobre nuestro quehacer puede confirmar tales afirmaciones.

A la luz de la propuesta de Frank sobre las funciones terapéuticas comunes de las psicoterapias, éstas las venimos desarrollando, Machado decía "*Caminante no hay camino, se hace camino al andar*". Frank (1979) señala seis funciones terapéuticas en base al análisis sobre las características de toda psicoterapia: 1) Fortalecen la relación terapéutica combatiendo el sentimiento de aislamiento del paciente, 2) Las doctrinas y los procedimientos terapéuticos inspiran y mantienen la esperanza del paciente, 3) Todas las terapias proveen oportunidades de

aprendizaje experiencial y cognitivo, 4) El aprendizaje experiencial se acompaña de excitación emocional (emotional arousal) que provee la fuerza motivacional para el cambio de actitudes y conducta, 5) Estimula el sentimiento de dominio o autocontrol y 6) Da la oportunidad para practicar o consolidar lo aprendido durante el proceso terapéutico. Todo ello apunta a vencer la desmoralización con la que acuden los pacientes, en función de la satisfacción oportuna y eficaz de sus expectativas o reestructuración de éstas durante el proceso terapéutico.

Consideramos que como toda primera aproximación, no pretendemos agotar la discusión de todos los puntos aquí tratados, nos anima el deseo de proponer algunos puntos de reflexión y de debate; conviene decir que la práctica de sistematizar sobre lo actuado no es aún una rutina en nuestro medio y consideramos que es deseable ésta decisión. En nuestro caso, además de la decisión del equipo del Programa Comunitario de Rehabilitación Psicosocial, se contó con el respaldo de los niveles directivos, técnicos y administrativos, haciendo realidad la visión que los miembros del equipo del D.S.M.C. en el verano del 2000, Arellano sintetizara al decir: *"Este es el año de la sistematización en el Departamento"*; Y a partir de ello empezamos por clarificar conceptos y procedimientos referidos al tema de la sistematización, para empezar a diferenciarlo de lo que es evaluación o investigación *sensu estricto* queremos también reconocer el estímulo de la Jefatura del Departamento que en su momento Mendoza y Arellano supieron dar para avanzar con ésta satisfactoria a la vez laboriosa tarea. Asimismo, queremos dar un público agradecimiento a los Doctores César Arellano y Javier Saavedra, quienes con la lectura final del presente trabajo, nos estimularon para mejorar aspectos de fondo y de forma y concluir con éste producto que hoy ponemos a disposición que ojalá encuentre la crítica justa y aportativa.

Queda en adelante seguir optimizando esta acción que consideramos debe convertirse en rutina en todo quehacer humano, más aún cuando en ello se involucra la orientación y ayuda eficaz a personas que depositan su total confianza en nosotros, nos ha faltado contrastar estos resultados con los usuarios de nuestros servicios. Y desde aquí nos instamos a sistematizar los otros componentes del sistema rehabilitatorio llámese orientación y asesoría familiar, formación de agentes comunitarios, etc.

Para finalizar, queremos compartir un cuento que nos quiso transmitir Spielberger en el Congreso Interamericano de Terapia Cognitivo Conductual (2001): *"Un día Dios decidió formar el mejor equipo de gentes que tenían vocación de servicio, que querían hacer el bien, entonces se reunieron los mejores interventores, los de mejor actitud y calidad de servicio, los mejores y más eficientes. Dios los miró con mucho amor y decidió ayudarles. Entonces pidió a una legión de ángeles para que les ayuden a estas personas tan calificadas, fue así que comenzaron a aproximarse ángeles con muletas, ciegos, sordos, locos, con una y mil discapacidades. Y Dios habló, sí, ellos son los ángeles necesarios para que estas personas elegidas perfeccionen y encuentren sentido a sus vidas"*.

VII GLOSARIO DE TÉRMINOS

CONDUCTA PROSOCIAL

Se entiende a toda conducta social positiva con o sin motivación altruista. Es un término que generalmente incluye un cierto número de conductas interpersonales: ayudar, cooperar, compartir, dar, restituir, siendo una de ellas la conducta altruista .

SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO



Permite observar rutinas en el ambiente natural del paciente

DEFICIENCIA

Es la pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. La deficiencia en el campo de la enfermedad mental se caracteriza por pérdidas o anomalías que pueden ser temporales o permanentes incluidos los sistemas propios de la función mental. La deficiencia representa la exteriorización de un estado patológico.

DISCAPACIDAD

Es toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal en un ser humano. Se caracteriza por excesos o insuficiencia en el desempeño y comportamiento en una normal actividad rutinaria, los cuales pueden ser reversibles o irreversibles, progresivos o regresivos. Surgen como consecuencia de la deficiencia y como una respuesta al propio individuo.

ENTREVISTA INICIAL

Actividad estructurada que permite evaluar los recursos personales del individuo y los recursos del entorno además de actualizar los datos al comenzar el proceso de rehabilitación.

ESQUIZOFRENIA

Trastorno mental que se caracteriza por manifestaciones clínicas predominantes como: delirios, alucinaciones e interferencia de pensamientos, los que con frecuencia se denominan síntomas "positivos". Algunos se recuperan de la enfermedad aguda mientras que otros progresan al síndrome crónico cuyas características principales son: la apatía, falta de empuje, lentitud, aislamiento social, etc. que a menudo se llaman síntomas "negativos".

FICHA DE EVALUACIÓN DE MINUSVALÍA

Instrumento que mide las consecuencias, las deficiencias o discapacidades en las áreas de Apariencia, Orientación, Independencia, Integración Social y Funcionamiento Ocupacional.

HABILIDAD SOCIAL

Conjunto de conductas emitidas por una persona en el contexto interpersonal de manera que sea capaz de expresarse directa y efectivamente teniendo presente los derechos personales y los del interlocutor. Implica un afrontamiento racional que reduciendo el conflicto es capaz de comunicarse asertiva y responsablemente, siendo coherente con la situación.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA GRUPAL EN REHABILITACIÓN

Conjunto de actividades rehabilitatorias dirigidas a pacientes con secuelas de la enfermedad mental, que incluyen módulos de entrenamiento en habilidades sociales, psicofísicas, ocupacionales y de integración social.

MINUSVALÍA

Es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol, que es normal en su caso, debe evaluarse en función de la edad, sexo, factores sociales y culturales. La minusvalía se caracteriza por la discordancia entre el rendimiento o estatus del individuo y las expectativas del mismo o del grupo al que pertenece. Refleja las consecuencias que para el individuo se derivan de la presencia de la deficiencia y la discapacidad.

MÓDULO DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

Conjunto de estrategias cognitivas conductuales a través de la cual se brinda información y experiencias de aprendizaje que permita la instauración, fortalecimiento y mantenimiento de un repertorio de conductas asertivas que faciliten en los participantes la interacción eficaz en su medio familiar, ocupacional, comunitario.

MÓDULO DE ACTIVIDADES DE INTEGRACIÓN SOCIAL

Conjunto de acciones de tipo social y cultural, que estimulan la participación del individuo en su medio natural y que tiene como base el desarrollo de su desempeño con amigos, vecinos, parientes y organizaciones de su comunidad.

MÓDULO DE ACTIVIDADES OCUPACIONALES

Acciones tendentes a fomentar el desarrollo de conductas de autocuidado, autovalimiento

en la vida diaria, actividades productivas y de tiempo libre.

MÓDULO DE ACTIVIDADES PSICOFÍSICAS

Conjunto de estrategias reeducativas para alcanzar una mayor capacidad funcional y de autovalimiento locomotor.

REHABILITACIÓN

Proceso Terapéutico de restauración, destinado a reducir los déficit en las conductas de interacción social, ocupacionales y funcionales. Supone la búsqueda de la reinstauración de capacidades residuales, reforzamiento de otras capacidades y el aprendizaje de nuevos estilos que faciliten la integración social.

SEGUIMIENTO

Actividad terapéutica cuyos objetivos son: vigilar las dificultades y reforzar los logros alcanzados; así como potenciar la participación de la familia en el proceso de rehabilitación.

DEFENDIENDO LOS DERECHOS DE LA PERSONA
CON DISCAPACIDAD



Participante del Programa Comunitario de Rehabilitación exponiendo ante las autoridades las necesidades del grupo que representa.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 ANDREASEN, N. Schizophrenia symptoms methods significance and mechanisms. Arch.Gen. Psychiatry. 52:341-351. 1995.
- 2 ALBURQUERQUE, F. Manual de habilidades sociales. INSM "HD-HN". 1999.
- 3 ARÉVALO, M. Rehabilitación del enfermo mental en el Departamento de Salud Mental Comunitaria. INSM "HD-HN". Anales de Salud Mental XI:137-142. 1995.
- 4 AYLLÓN, T. Economía de fichas. Un sistema motivacional en ambientes psiquiátricos.1974.
- 5 CARAVEDO, B. La reforma psiquiátrica en el Perú. 1985.
- 6 CASTRO DE LA MATA, R. RÍOS REÁTEGUI, O. Un modelo de acción en psiquiatría social. Acta psiquiátrica y psicológica en América Latina 18: 377-384. 1972.
- 7 CORAL, I. Sistematización de experiencias. UNMSM 1996
- 8 CRESPO FACORRO B. Programa, técnicas de seguimiento y rehabilitación del enfermo mental .1996.
- 9 CHAMBON, O. Y CARDINE, M. Rehabilitación en Trastornos Psicóticos. En Manual de Terapia Cognitiva y Comportamental. Robert Ladoucenc. Ed. Masson, S.A.1994.
- 10 DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado- Hideyo Noguchi" . Informes Técnicos 1993 a 1999.
- 11 DIÁLOGO. Año 4. N° 2. 1988.
- 12 DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson,S.A.1995.
- 13 EGAN, G. El orientador experto. Ibero-Americana. México. 1981.
- 14 FRANCKE M., Morgan N. «La Sistematización: Apuesta por la generación de conocimientos a partir de experiencias de promoción». 1995.
- 15 FRANK, J.D. Factores terapéuticos de la psicoterapia. En Psicoterapia: ¿Ciencia o arte?. Editores Perales A. y Alarcón R. 1997.
- 16 GARDINIER, M. Manual de Ejercicios de Rehabilitación. Jims, Barcelona. 1980.
- 17 GEASONS, B. P., Wvan de Graap, FIJKSCHROLFF et. al., The mental health care transformation process: The Amsterdam experience. Journal of social psychiatry, pp. 35, 50-58. 1992.
- 18 GLARP. Sistema de Rehabilitación Integral, Bogotá. 1984.
- 19 GOLDSTEIN, J. Generalización y transferencia en psicoterapia. Ed.Desclédbrower.1982.

- 20 GUZMÁN-CERVANTES, E. El condicionamiento operante en los hospitales psiquiátricos. En *Análisis del comportamiento: La contribución latinoamericana*. 1974.
- 21 GYARMATI, G. La Psicología en una perspectiva interdisciplinaria. *Revista Interamericana de Psicología*. 1990, Vol. 24, N° 1, pp. 83-98.
- 22 HUAMÁN J. Programa de Rehabilitación Integral en Salud Mental: Sub Programa de Rehabilitación Psicosocial. *Anales en Salud Mental XII*: 271-284.1996.
- 23 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA-INEI. Perú: Compendio estadísticas sociales (1996-97).1997.
- 24 JARA, O., "Para sistematizar experiencias. Una propuesta técnica y práctica" Holliday. 1994.
- 25 KANAS, N. Terapia grupal con esquizofrénicos. En KAPLAN H. SADOCK, B. *Terapia de grupo*. Editorial Médica Panamericana, S.A. 1996.
- 26 KANFER Y PHILLIPS. *Terapia del comportamiento*. Ed. Trillas.1981.
- 27 KAPLAN H. SADOCK, B. *Terapia de grupo*. Editorial Médica Panamericana, S.A. 1996.
- 28 KAPLAN, Harold I. *Sinopsis de Psiquiatría*. 7° Edición 1996.
- 29 KOTTLER, J. *Psicoterapias Breves*. U.S.A. 1990.
- 30 LABRADOR, F. CRUZADO, J. MUÑOZ, *Manual de técnicas de modificación y terapia de la conducta*. Ediciones Pirámide, S.A. Madrid 1997.
- 31 LARA, O. *Importancia de la Sistematización*. 1998.
- 32 LAPIERRE, A. *La Reeducción Física*. Científica-Médica Barcelona. 1974.
- 33 LIBERMAN, R. *Rehabilitación Integral del enfermo mental crónico*. 1987.
- 34 LIBERMAN, RP. *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Ed. Martínez Roca. Barcelona 1993.
- 35 LOURDES, J. *Educación Psicomotriz y actividades físicas*. Científica- Médica Barcelona. 1978.
- 36 MENDOZA, M. Programa de seguimiento de pacientes esquizofrénicos en Salud Mental Comunitaria. *Anales de Salud Mental (VII)*:153-158. 1991.
- 37 NÚÑEZ, F., «El bosque o el árbol. Balance sobre la sistematización de experiencias de desarrollo». 1998.
- 38 NEYRA, M., NEYRA, J., MATOS, L. *Recopilación, sistematización y análisis de experiencias exitosas de planes, programas y proyectos ambientales*. UNI – Maestría en gestión ambiental. 1997.
- 39 OMS. *Clasificación Internacional de deficiencias, discapacidad y minusvalía: Primera revisión hecha en el Perú*. CONAIL. 1990.
- 40 OPS/OMS. *Declaración de Caracas. Reestructuración de la Atención Psiquiátrica*. Washington D.C.1991.
- 41 OPS-OMS. *Orientación de la atención psiquiátrica en Sudamérica*. Lima - Perú. 1995.
- 42 PÉREZ, A. *Ministerio de Educación – Colombia*. 1997.

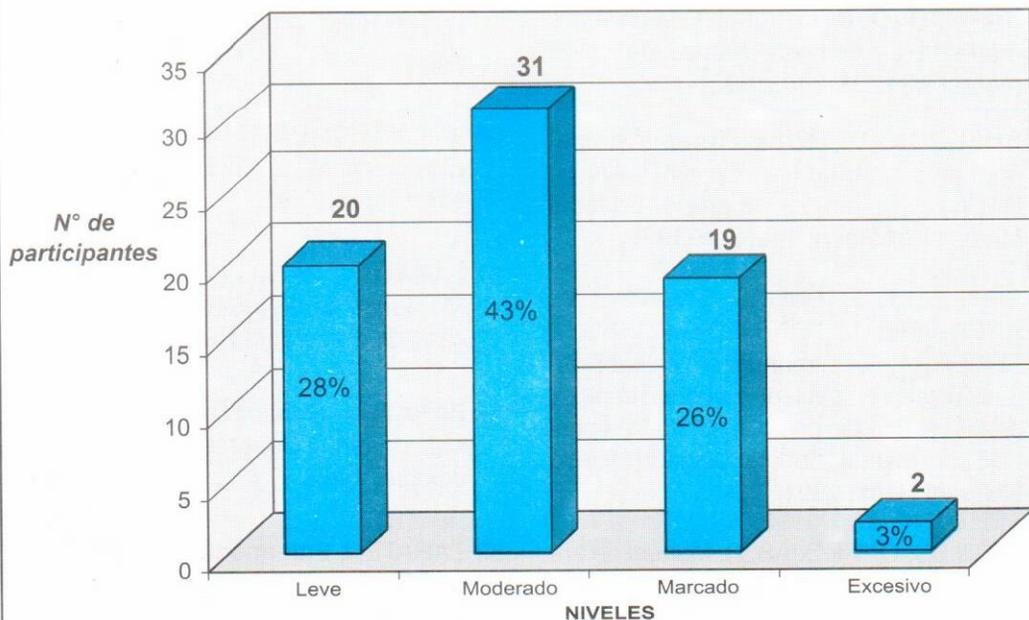
- 43 PÉREZ, A. Tiempo para la creatividad. Ministerio de Educación Nacional. Bogotá- Colombia. 1987.
- 44 PÉREZ, A. Evaluación de programas. Plan Nacional de prevención de la drogadicción. Bogotá- Colombia. 1990.
- 45 PERALES, A. Anales de Salud Mental. Volumen I. No. 1 y 2. 1985.
- 46 PERALES, A. LEÓN, R. MEZZICH, J.E. Proposición de un modelo de normalidad en salud mental y clasificación multiaxial. Anales de Salud Mental. Vol. V. No. 1 y 2: 173-187. 1989.
- 47 ROSE S.D. Workingwith adults in grups: Integrating cognitive behavioral and small grup strategies. Jossey-Bass, San Francisco. 1987.
- 48 SARACENO, B. La rehabilitación entre modelos y prácticas. Anales de salud mental. VIII:235-243. 1992.
- 49 SHELDON, D. ROSE. Terapia grupal cognitivo conductual. En KAPLAN H. SADOCK,B. Terapia de grupo. Editorial Médica Panamericana, S.A. 1996.
- 50 SOTILLO C., GENG J., SALAZAR V., ANCHANTE, M., IBERICO C., CHAU,C. BECERRA, S. Entrenamiento en habilidades sociales en pacientes esquizofrénicos crónicos: Estudio piloto. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Lima 1991.
- 51 SOTILLO, C. Y ROJAS, R. Manual de entrenamiento en habilidades sociales para pacientes psicóticos crónicos. Lima. 1997.
- 52 SOTILLO, C. RODRÍGUEZ, V. SALAZAR,V. Diseminación de un programa de entrenamiento en habilidades sociales para pacientes esquizofrénicos crónicos en el Perú. Anales de Salud Mental, 1997, Vol.XIII, N° 1 y 2. Lima 1997.
- 53 TOVAR H., La esquizofrenia en el adolescente. En La Adolescencia: Desafío y decisiones. Universidad Femenina del Sagrado Corazón. Lima 1999.
- 54 UGARTE, B. Reporte sobre el Programa de Rehabilitación Psiquiátrica del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi: Sub Programa de Terapia Física. Anales de Salud Mental. Vol.VIII, N° 1 y 2. 1987.
- 55 VALDEZ, N. Rehabilitación. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana. 1989
- 56 VOLMER C., PORTAS A., TÓRTORA G. El paciente psicótico. Su integración a la comunidad. 1995.
- 57 ZÁRATE, I. Psicología y Rehabilitación. Memorias del XXI Congreso Interamericano de Psicología.Cuba.1987.
- 58 ZÁRATE I. Rehabilitación Psicosocial . Memorias VIII Congreso Nacional de Psicología. 1987.
- 59 ZÁRATE, I. Enfermedad Crónica. Aspectos Psicológicos. VI Jornadas Psiquiátricas. INSM "HD-HN". 1992.

ANEXO 1

En el Gráfico N° 2 se muestra la distribución de los participantes según nivel de Minusvalía Global, el cual nos informa que un porcentaje alto requiere con prioridad de intervención terapéutica. Como se puede observar en el nivel moderado se ubica el 43% de los participantes, marcado en 26% y excesivo en 3%.

GRÁFICO N° 2

DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN NIVELES DE MINUSVALÍA
n = 72



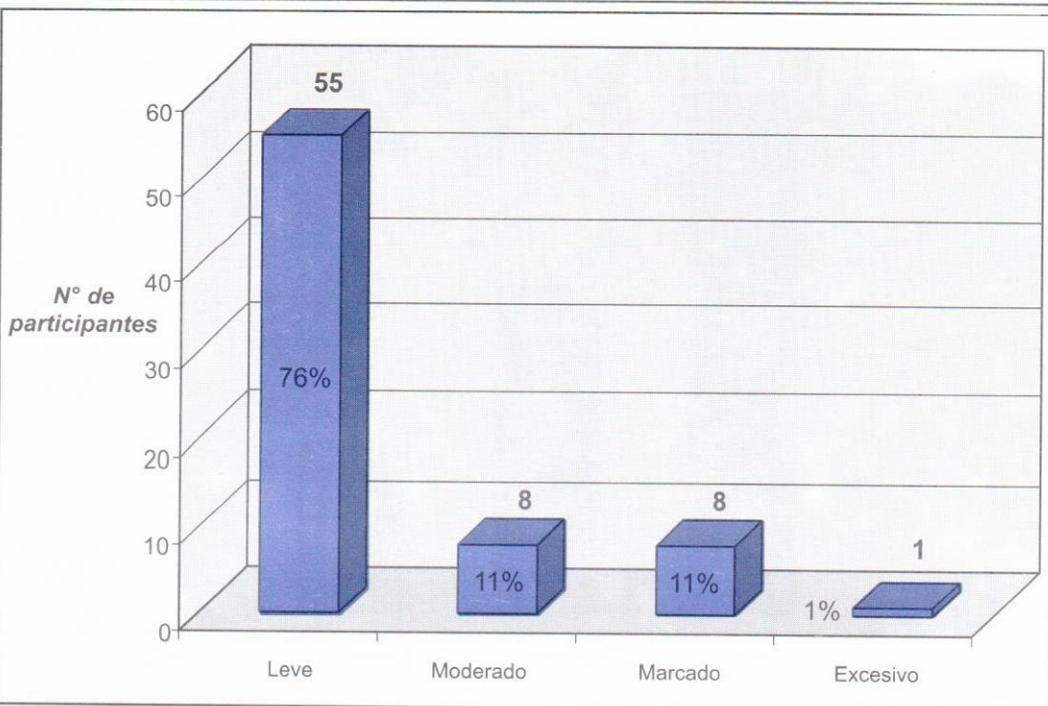
Fuente: Informe Técnico D.S.M.C. 1998.

ANEXO 2

El Gráfico N° 3 muestra el nivel de minusvalía referido a la Orientación. 76% de los participantes del programa mantienen leve minusvalía, 24% tiene diferentes niveles de minusvalía entre moderado a excesivo. Los errores más frecuentes se ubican en torno a orientación en el tiempo.

GRÁFICO N° 3

**NIVELES DE MINUSVALÍA EN REFERENCIA A LA ORIENTACIÓN
(N= 72)**



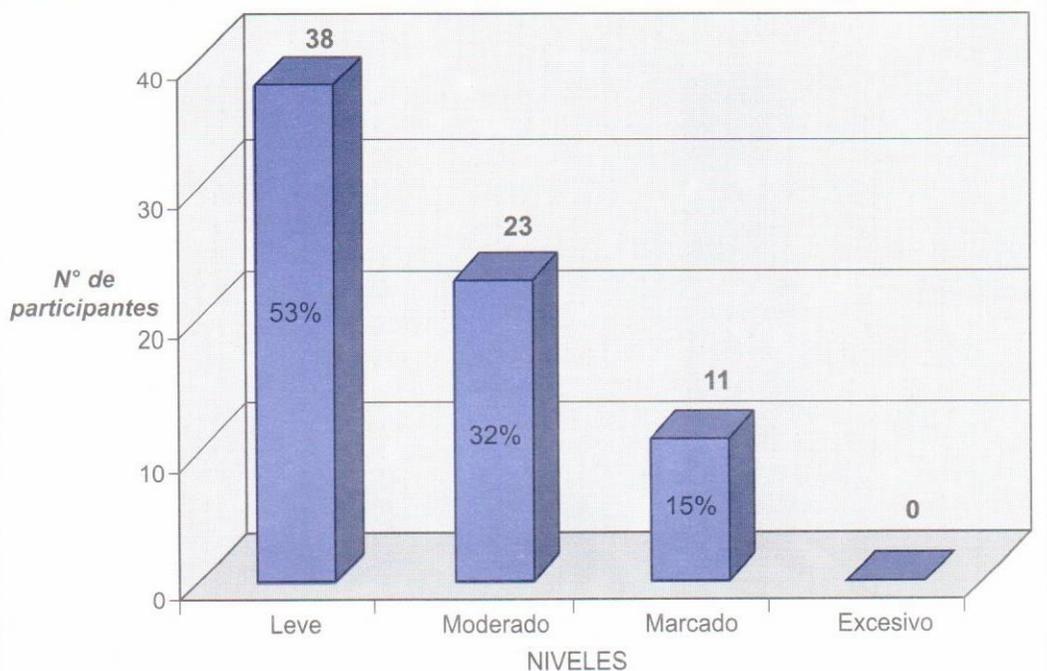
Fuente: Informe Técnico D.S.M.C. 1998.

ANEXO 3

En el Gráfico N° 4 se muestra el perfil de minusvalía referido a la Apariencia, Se puede apreciar que más del 50% mantiene aceptable apariencia, el resto presenta problemas, los resultados guían el paso que se dará a las acciones tendentes al autovalimiento en el aseo y presentación personal y el autocuidado en el vestir.

GRÁFICO N° 4

**NIVELES DE MINUSVALÍA EN REFERENCIA A LA APARIENCIA
(n = 72)**



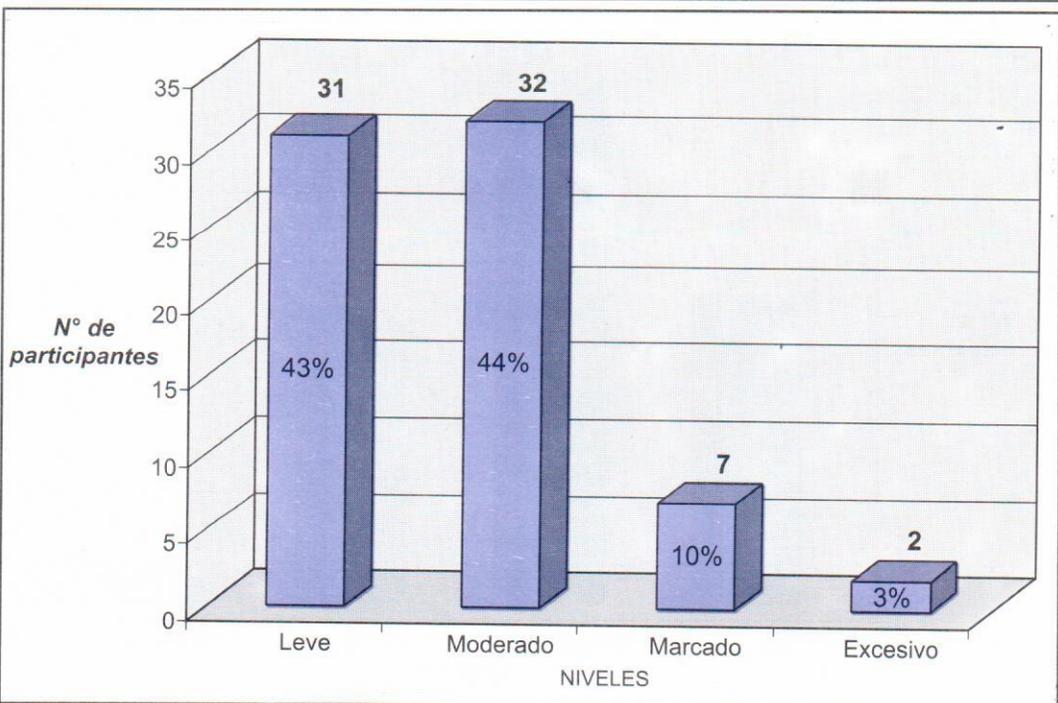
Fuente: Informe Técnico D.S.M.C. 1998.

ANEXO 4

En el Gráfico N° 5 mostramos los resultados de los niveles de Independencia, En el 43% es leve, lo que quiere decir que este grupo de pacientes atiende sus necesidades de índole personal aceptablemente no siendo sujetos de programación para la orientación al respecto. El 44% es moderado y el 10% marcado lo que supone que requiere instigación y ayuda para el cumplimiento de éstas actividades básicas y 3% representa serios déficits.

GRÁFICO N° 5

**NIVELES DE MINUSVALÍA EN REFERENCIA A LA INDEPENDENCIA
(n = 72)**



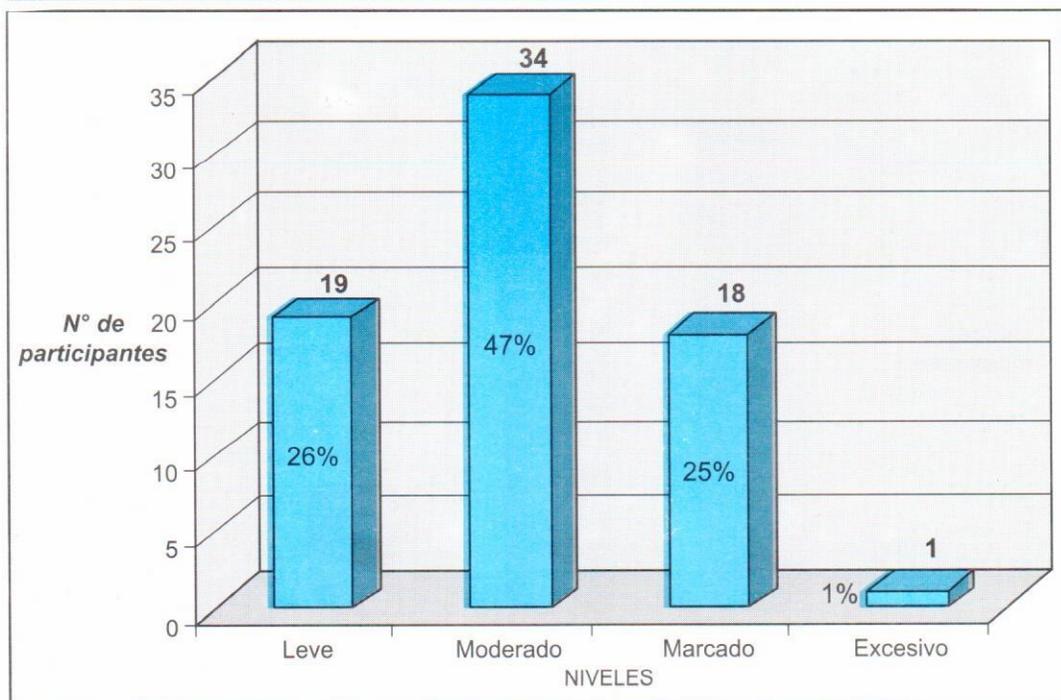
Fuente: Informe Técnico D.S.M.C. 1998.

ANEXO 5

El Gráfico N° 6 muestra los niveles de Minusvalía en referencia al rubro Ocupacional. En el grupo evaluado el 26% se ubica en el nivel leve. El 47% reporta un nivel moderado con ligeras dificultades en la competencia social, 25% de los evaluados se ubica en un nivel marcado lo que supone serio deterioro en éste rubro. Los niveles moderado y marcado son sujetos de programación para las actividades de intervención grupal y 1% requiere un abordaje individualizado .

GRÁFICO N° 6

**NIVELES DE MINUSVALÍA EN REFERENCIA AL RUBRO OCUPACIONAL
(n = 72)**



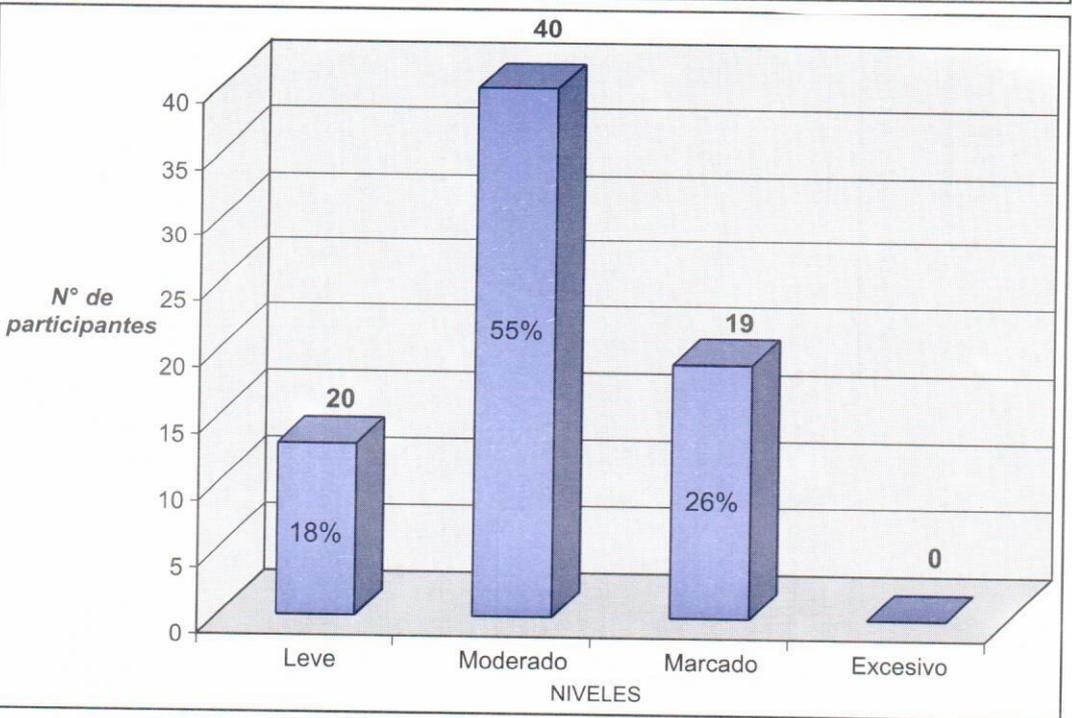
Fuente: Informe Técnico D.S.M.C. 1998.

ANEXO 6

En el Gráfico N° 7 se muestra el perfil del nivel de minusvalía en Integración Social. 18% de los pacientes participa en actividades familiares y grupos pequeños con dificultad para relacionarse fluidamente, 55% sólo participa algunas veces y presenta dificultades en las relaciones interpersonales, 26% se excluye de participar no integrándose incluso con los miembros de su familia. Los dos primeros grupos serían sujetos de programación para la intervención grupal y el tercero para prepararlos individualmente previo a la inclusión grupal.

GRÁFICO N° 7

**NIVELES DE MINUSVALÍA EN REFERENCIA A LA INTEGRACIÓN SOCIAL
(n = 72)**



Fuente: Informe Técnico D.S.M.C. 1998.

ANEXO 7

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

| OBJETIVO DEL MÓDULO | Brindar información y experiencia de aprendizaje que permitan la instauración, fortalecimiento y mantenimiento de un repertorio de conductas que permitan a la persona desenvolverse eficazmente en su medio ambiente. | | | | | | |
|-------------------------------------|--|--|---|---|---|---|--|
| AREAS | MOTIVACIONAL | DISCRIMINACION | EMOCIONAL | DERECHOS PERSONALES | CONVERSACIÓN | AFRONTANDO CRÍTICAS | RESOLVIENDO PROBLEMAS |
| OBJETIVO POR AREA | Motivar el interés y la participación en el aprendizaje de habilidades sociales. | Discriminar estilos de comunicación en la relación interpersonal y sus formas de expresión. | Reconocer y expresar emociones básicas. | Reconocer y defender derechos personales. | Iniciar, mantener y terminar una conversación. | Aprender a efectuar críticas y responder a las críticas con un estilo asertivo. | Plantear y solucionar problemas en la interacción social. |
| ACCIONES | <input type="checkbox"/> Información <input type="checkbox"/> Dinámica de presentación e integración. <input type="checkbox"/> Tarea. | <input type="checkbox"/> Información. <input type="checkbox"/> Demostración. <input type="checkbox"/> Dramatización. <input type="checkbox"/> Tarea. | <input type="checkbox"/> Información. <input type="checkbox"/> Ejercicio vivencial no verbal. <input type="checkbox"/> Acertijo de las emociones. | <input type="checkbox"/> Información. <input type="checkbox"/> Lluvia de ideas. <input type="checkbox"/> Ensayo de papel. <input type="checkbox"/> Tarea. | <input type="checkbox"/> Información. <input type="checkbox"/> Demostración. <input type="checkbox"/> Ensayo de papel. <input type="checkbox"/> Tarea. | <input type="checkbox"/> Información. <input type="checkbox"/> Demostración. <input type="checkbox"/> Dramatización. <input type="checkbox"/> Tarea. | <input type="checkbox"/> Información. <input type="checkbox"/> Lluvia de ideas. <input type="checkbox"/> Dinámica de afrontamiento al problema. |
| DURACIÓN DE CADA SESIÓN | 2 Horas por sesión | | | | | | |
| FRECUENCIA | 4 sesiones por mes, durante 4 meses y medio. | | | | | | |
| NIVEL DE RECOMENDADO | Niveles I y II | | | | | | |
| NÚMERO DE PARTICIPANTES RECOMENDADO | Entre 10 a 12 participantes. | | | | | | |
| CRITERIOS DE ÉXITO | <input type="checkbox"/> Asistir en forma voluntaria. <input type="checkbox"/> Explicar en que consiste el Módulo. | <input type="checkbox"/> Diferenciar entre conductas pasivas, agresivas y asertivas. <input type="checkbox"/> Elegir la conducta asertiva por sus ventajas. | <input type="checkbox"/> Congruencia entre la conducta y la emoción. | <input type="checkbox"/> Identificar los derechos básicos y reclamar cambio de conducta. <input type="checkbox"/> Adherirse al tratamiento en forma voluntaria <input type="checkbox"/> Opinar. | <input type="checkbox"/> Iniciar una conversación sin instigación directa. <input type="checkbox"/> Conversar asertivamente en su grupo de interacción. | <input type="checkbox"/> Hacer críticas y responder asertivamente a las críticas en su grupo de interacción. | <input type="checkbox"/> Asumir el rol de consejeros asertivos en situación de entrenamiento. <input type="checkbox"/> Demostrar el rol de aprendiz. <input type="checkbox"/> Capacidad para rehusarse frente a conductas de riesgo basadas en la resolución de un problema. |
| EVALUACIÓN | Cuestionario de asertividad – Observación permanente de la conducta verbal y no verbal - Opinar sobre el desarrollo del Módulo. | | | | | | |
| LIMITACIONES | <input type="checkbox"/> Interpretación particular de las sesiones. <input type="checkbox"/> Excluye a las personas con conductas disruptivas. | | | | | | |

ANEXO 8

MODULO DE INTEGRACIÓN SOCIAL

| OBJETIVO DEL MÓDULO | Favorecer en el individuo el desarrollo de conductas socializadoras y promover su integración en el medio natural. | | | | ACTIVIDAD PRO-SOCIAL |
|--|---|---|--|----------------------|--------------------------------------|
| AREAS | ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN EN CELEBRACIONES | ORGANIZACIÓN EN ACTIVIDADES EXTRAMURALES | | | |
| OBJETIVO POR AREA | Instaurar y mantener la capacidad de disfrute reconociendo y celebrando hechos de importancia para el individuo y el grupo | Motivar a los participantes en la organización y desarrollo de actividades de tiempo libre. | <ul style="list-style-type: none"> • Aprender a trabajar en equipo para el logro de un bien común. • Motivar en el aprendizaje de la identificación y solución de problemas que busquen el bien común en su entorno. | | |
| ACCIONES | <input type="checkbox"/> Planeación de la actividad; <input type="checkbox"/> Organización de actividades por comisiones. <input type="checkbox"/> Ejecución de la actividad propiamente dicha: - Presentación personal. - Saludo - Desempeño en las Comisiones <input type="checkbox"/> Evaluación de la actividad: - Dinámica participativa. - Evaluación por comisiones. | <input type="checkbox"/> Planeación de la actividad; Organización de actividades por comisiones. <input type="checkbox"/> Decisión sobre utilización de recursos. <input type="checkbox"/> Ejecución de la actividad propiamente dicha: 1. Presentación personal. 2. Saludo 3. Desempeño en las Comisiones <input type="checkbox"/> Evaluación de la actividad: <input type="checkbox"/> Dinámica participativa. <input type="checkbox"/> Evaluación por comisiones. | <input type="checkbox"/> Planeación de la actividad: <input type="checkbox"/> Identificación de problemática de interés en común. <input type="checkbox"/> Propuesta de alternativas de solución <input type="checkbox"/> Toma de decisiones. <input type="checkbox"/> Organización de actividades por comisiones. <input type="checkbox"/> Ejecución de la actividad propiamente dicha: <input type="checkbox"/> Presentación personal. <input type="checkbox"/> Saludo <input type="checkbox"/> Desempeño en las Comisiones <input type="checkbox"/> Evaluación de la actividad: <input type="checkbox"/> Dinámica participativa. <input type="checkbox"/> Evaluación por comisiones. | | |
| DURACIÓN DE CADA SESIÓN: | Planeación 1 hora | Planeación 1 hora | Ejecución 3 horas | Evaluación 1 hora | Evaluación 1 hora |
| FRECUENCIA | 3 Sesiones por mes, durante 3 meses | 3 sesiones en el mes, durante 9 meses | 8 horas | 3 a 8 horas | 3 sesiones por mes, durante 9 meses. |
| NIVELES DE MINUSVALÍA RECOMENDADO | Se recomienda los niveles II y III Porque carecen de repertorios conductuales para interrelacionarse autónomamente. | Niveles I y II pueden acudir solos y requieren contactarse y utilizar recursos de la comunidad Los niveles III deben ir acompañados de familiar por su nivel de minusvalía. | Se recomienda los niveles I y II pues requieren aprender a tomar decisiones y proyectarse a su entorno. | | |
| NÚMERO DE PARTICIPANTES RECOMENDADO | - Participantes 20 - Familiares - Comunidad - Agentes | - Participantes = 15 como promedio. - Familiares = 1 familiar por cada 3 pacientes - Comunidad = Agentes comunitarios | <ul style="list-style-type: none"> • Participantes = 15 • Familiares = 15 • Comunidad = Agentes | | |
| CRITERIOS DE ÉXITO | <input type="checkbox"/> Participa sin necesidad de instigación <input type="checkbox"/> Cumple con la comisión en la que se ha comprometido demostrando iniciativa | <input type="checkbox"/> Ejecuta actividades extramurales sin instigación ni supervisión. | <input type="checkbox"/> Ejecución de actividades sin necesidad de supervisión y por iniciativa propia. | | |
| LIMITACIONES | Resistencia de los miembros para asumir compromisos. Dificultad para la utilización apropiada de recursos de la comunidad. - No sentirse con derechos a los recursos con que cuenta la comunidad | | | | |

ANEXO 9

MÓDULO DE ACTIVIDADES PSICOFÍSICAS

| | | | |
|--|--|---|--|
| OBJETIVO DEL MÓDULO | Alcanzar una mayor capacidad funcional físico motora que le permita mejorar su autovalimiento y lo prepare para realizar actividades más complejas dentro del proceso rehabilitatorio. Además de instaurar en su rutina diaria la realización de ejercicios físicos. | | |
| AREAS | PSICOMOTRICIDAD | GIMNOTERAPIA | DEPORTES Y RECREACIÓN |
| OBJETIVO POR AREA | Estimula y favorece el proceso de integración psicomotriz. | Reducir y reforzar la capacidad motora a través de la actividad física y la sensación de bienestar. | Entrenar en las diferentes disciplinas deportivas estimulando conductas socialmente deseables que les permitan disfrutar de actividades en compañía de los demás reforzando sus capacidades. |
| ACCIONES | <input type="checkbox"/> Esquema Corporal. <input type="checkbox"/> Adopción de las diferentes posiciones en el espacio. <input type="checkbox"/> Equilibrio Corporal. | <input type="checkbox"/> Reducción respiratoria <input type="checkbox"/> Reducción de la actitud postural. <input type="checkbox"/> Ejercicios de grupos musculares: cabeza, tronco y extremidades. <input type="checkbox"/> Reforzamiento de la capacidad motora. | <input type="checkbox"/> Fútbol, Voley, Basquet. <input type="checkbox"/> Juegos de carreras y relevos. <input type="checkbox"/> Juegos de persecución, oposición y coordinación. |
| DURACIÓN DE CADA SESIÓN | 1 hora | 1 hora | 1 hora |
| FRECUENCIA | 4 sesiones por mes durante 2 meses | 4 sesiones por mes durante 2 meses | 2 sesiones al mes durante 6 meses |
| NIVEL DE MINUSVALÍA RECOMENDADO | III | I, II y III | I y II |
| NÚMERO DE PARTICIPANTES RECOMENDADO | 12 | 12 | 15 |
| CRITERIOS ÉXITO | <input type="checkbox"/> Reconoce su esquema corporal. <input type="checkbox"/> Se orienta en tiempo y espacio. <input type="checkbox"/> Logra el control sobre su estado de relajación | <input type="checkbox"/> Paciente con postura adecuada. <input type="checkbox"/> Realizan actividades que le demandan coordinación, esfuerzo físico y flexibilidad. | <input type="checkbox"/> Paciente con mejor capacidad de atención, concentración, comprensión y memoria. <input type="checkbox"/> Participar adecuadamente en actividades deportivas, respetar reglas y se integra al grupo. <input type="checkbox"/> Disfruta de la actividad y la elige voluntariamente. |
| LIMITACIONES | Desgano y apatía | Grupos grandes dificultan la labor. Algunos pacientes son reacios a realizar los ejercicios | Escasez de lozas deportivas. Escasez de material lúdico. |

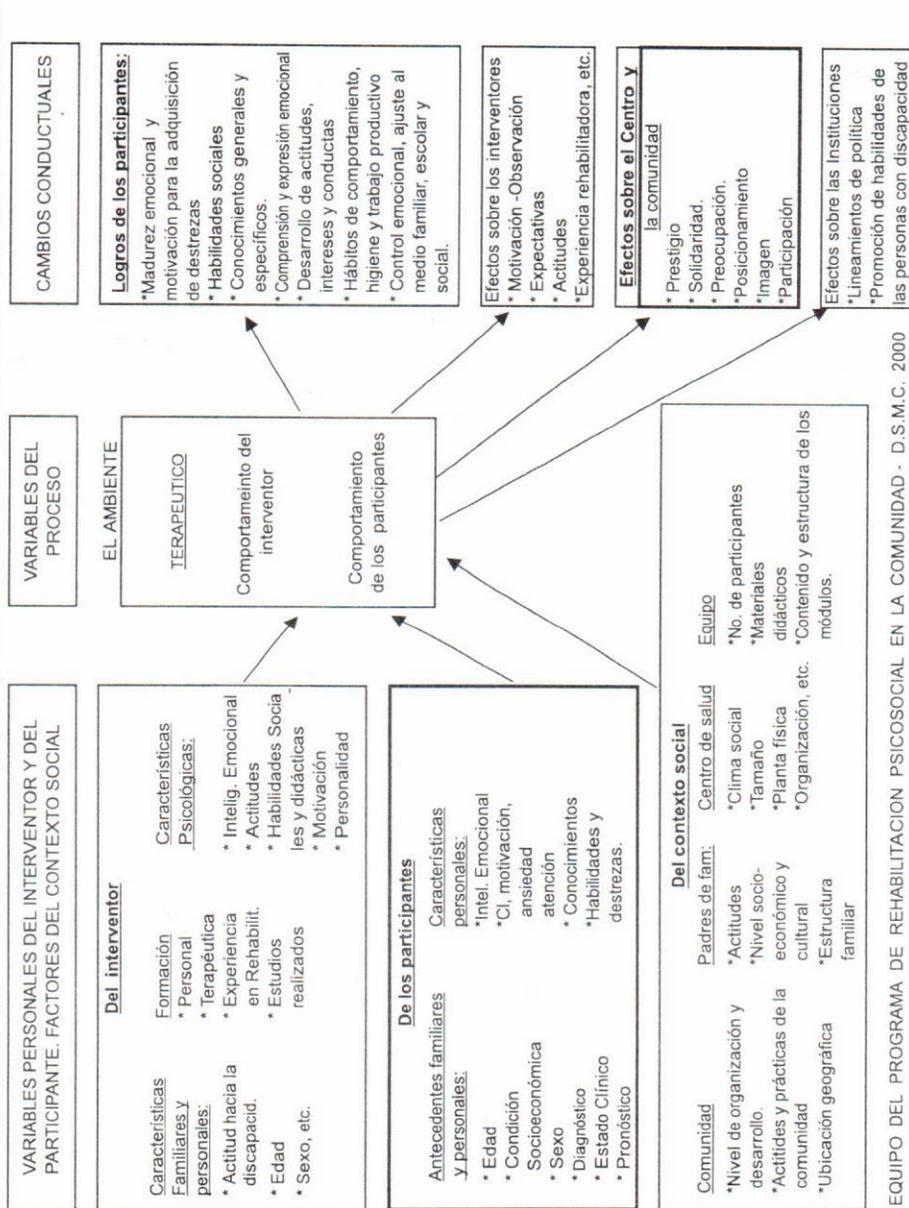
ANEXO 10

MÓDULO DE ACTIVIDADES OCUPACIONALES

| OBJETIVO DEL MÓDULO | Fomentar el desarrollo y mantenimiento de conductas ocupacionales. | |
|-------------------------|---|---|
| AREAS | AUTOVALIMIENTO | ACTIVIDADES PRODUCTIVAS |
| OBJETIVO POR AREA | Fomentar niveles adecuados de autovalimiento. Entrenamiento en la tolerancia y permanencia de la actividad ocupacional. | Fomentar el desarrollo de actividades manuales y del hogar. |
| ACTIVIDADES | <input type="checkbox"/> Participar en actividades significativas. <input type="checkbox"/> Desarrollar actividades básicas de higiene, arreglo personal, alimentación y traslado. <input type="checkbox"/> Organización de su horario. <input type="checkbox"/> Desarrollo de actividades elegidas por el paciente. | <input type="checkbox"/> Organización de su horario. <input type="checkbox"/> Selección de actividades. <input type="checkbox"/> Ejecución de actividades. <input type="checkbox"/> Taller de manualidades. <input type="checkbox"/> Taller de servicios. |
| DURACIÓN DE CADA SESIÓN | 3 horas | 4 horas |
| FRECUENCIA | 12 sesiones por mes durante 2 meses | 16 sesiones por mes durante 2 meses |
| NIVEL DE RECOMENDADO | III | II |
| NÚMERO DE PARTICIPANTES | Entre 8 y 10 participantes | 10 |
| RECOMENDADO | | I |
| CRITERIOS DE ÉXITO | <input type="checkbox"/> Tolerancia y permanencia en el desarrollo de actividades ocupacionales <input type="checkbox"/> Cuidados básicos de su presentación personal. | <input type="checkbox"/> Ejecución de actividades sin instigación. <input type="checkbox"/> Administrar la actividad ocupacional que ellos elijan desempeñarse en: elaboración de productos, dación de servicios u otros. |
| LIMITACIONES | Espacios físicos para la actividad | Poca tolerancia a las actividades estructuradas Niveles II y III. Falta de apoyo económico y recursos materiales. |
| | | Las demandas del mercado no necesariamente coinciden con las destrezas e intereses de los pacientes. Falta de apoyo económico. |

ANEXO 11

MODELO GENERAL PARA EL ESTUDIO DE LAS VARIABLES A CONSIDERAR EN EL PROCESO DE INTERVENCIÓN TERAPEÚTICA GRUPAL EN REHABILITACIÓN



INSM "HD-HN"
 Departamento de Salud Mental Comunitaria
 Programa Comunitario - Rehabilitación Psicosocial

FICHA DE CLASIFICACIÓN DE PARTICIPANTES EN REHABILITACIÓN - EVALUACIÓN DE MINUSVALÍA

INSTRUCTIVO

I APARIENCIA:

Se refiere al mantenimiento adecuado, cuidado de la higiene corporal, en el vestir, asimismo impresión que causa a los demás.

OBSERVAR:

- Piel y cabellos limpios.
- Ropa limpia, en buen mantenimiento, adecuada a la estación y de acuerdo al entorno.
- Apariencia general, postura y actitud.

II ORIENTACIÓN:

Es la facultad que tiene el individuo para tener conciencia y capacidad de identidad como persona y su ubicación en el tiempo, en el espacio y la situación.

- Quién es como persona (nombre, edad, sexo, etc.)
- En qué tiempo y lugar se encuentra (fecha, día, mes, año).
- En qué situación se encuentra (qué está haciendo en ese momento, motivo por qué está aquí, qué función cumple en ese lugar).

III INDEPENDENCIA:

Evalúa la atención que da el individuo a sus necesidades de índole personal como son: higiene, alimentación, desplazamiento, participación en el cuidado de su salud.

0. INDEPENDIENTE:

- a. Realiza su higiene personal por propia iniciativa.
- b. Se alimenta adecuadamente (preocuparse por comer a sus horas con reglas de urbanidad), se preocupa y realiza acciones en beneficio de su salud.
- c. Se traslada dentro y fuera de su comunidad.

1. INDEPENDENCIA CON AYUDA:

Aquí se registra a aquellos pacientes que algunas veces requieren ser motivados para realizar su higiene personal, conservar su vestido, para que se traslade o movilice dentro o fuera de su comunidad; tomar sus medicamentos, asistir a sus controles médicos y a rehabilitación o cuidar su salud.

2. INDEPENDENCIA PARCIAL:

Aquí se registra aquellos pacientes que requieren frecuentemente de motivación o exigencia para que realice su higiene personal, se movilice solo dentro de su comunidad o vecindario; poco motivado para el compromiso en el cuidado de su salud y su rehabilitación.

3. DEPENDENCIA TOTAL:

- Se registra aquí aquellos pacientes que requieren ser asistidos siempre por la familia en necesidades básicas.
- No realizan su higiene personal, ni del vestido, no sale de casa o si lo hace tiene que ser acompañado.
- Indiferente con el cuidado de su salud y rehabilitación.

IV INTEGRACIÓN SOCIAL

- Mantiene buenas relaciones interpersonales.
 - Participa en reuniones sociales con sus familiares o grupo organizado de su comunidad.
 - Es solidario.
0. Participa en actividades familiares sociales o grupos organizados de su comunidad y mantienen una buena relación interpersonal.
 1. Participación en actividades familiares y sociales en grupos protegidos (Clubes de Pacientes, Comité de Familiares) y/o grupo organizado de la comunidad. Presenta ligera dificultad para relacionarse.
 2. Participa algunas veces en actividades sociales en diversos grupos, a exigencia de la familia y presenta dificultad para relacionarse.
 3. No participa en actividades sociales, inadecuadas relaciones interpersonales, no se integra con los miembros de su familia ni del vecindario.

V | FUNCIONAMIENTO OCUPACIONAL:

Demuestra tener consistencia y efectividad en la ejecución de sus actividades según el rol que desempeña (trabajador, estudiante, ama de casa, etc.).

0. ADECUADO FUNCIONAMIENTO OCUPACIONAL:

- Autodirección para la ejecución de tareas de hogar u otra.
- Tiene una ocupación definida y productiva.
- Cuenta con hábitos para el desempeño laboral (asistencia regular, puntualidad, responsabilidad, constancia y demuestra competencia en su labor).

1. LEVEMENTE DETERIORADO:

Presenta alguna irregularidad en el trabajo, dificultades en su competencia, autodirección y necesita de ayuda ocasional y motivación para cumplir con hábitos en el desempeño laboral.

2. MARCADAMENTE DETERIORADO:

Requiere de constante motivación, es irregular en sus actividades y se evidencia su incompetencia, requiere de ayuda permanente para realizar alguna actividad productiva.

No cuenta con hábitos para el desempeño laboral.

3. MARCADAMENTE DETERIORADO:

No realiza ninguna actividad productiva, es evidente su incompetencia y pobre interés.