

## **PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS EN SALUD MENTAL COMUNITARIA**

*María MENDOZA(\*)*

El presente constituye un informe preliminar del Programa de Seguimiento de Pacientes Esquizofrénicos en el Departamento de Salud Mental Comunitaria (D.S.M.C.) del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". (INSM "HD-HN"). Se presenta, en primer lugar, el desarrollo y evolución cronológica de las actividades y metodología del Programa y, en segundo lugar, las estadísticas derivadas de la revisión de las historias clínicas de los atendidos, informes de visitas domiciliarias, así como los informes elaborados por el equipo sobre las actividades desarrolladas.

### **A. EL PROGRAMA DE SEGUIMIEN- TO DE PACIENTES ESQUIZO- FRENICOS (D.S.M.C.)**

En 1983, cumpliendo uno de los postulados del D.S.M.C.; "la atención de paciente mental en su propia comunidad, utilizando técnicas sencillas y los recursos comunitarios con la participación plena de la familia y comunidad", se consideró la posibilidad de hacer un seguimiento sistemático de pacientes esquizofrénicos en los siete Centros de Salud donde opera el DSMC. (Ermitaño Bajo, Tahuantinsuyo Bajo, Tahuantinsuyo Alto y Túpac Amaru en el Distrito de Independencia; y San Martín de

Porres, Perú 4ta. Zona y México en el Distrito de San Martín de Porres). A iniciativa del Dr., José López Rodas y con el concurso del equipo interdisciplinario de enfermeras, psicólogos y asistentes sociales, se preparó una ficha de seguimiento y se decidió iniciarlo en el Distrito de Independencia.

En Junio de 1984, el inicio del Programa de Seguimiento de Pacientes Esquizofrénicos comprendió la captación de pacientes que vivían en el área designada para el trabajo. Para ello se examinó la procedencia de los pacientes dados de alta en el Servicio de Hospitalización del INSM "HD-HN" y que habían sido admitidos en los Centros de Salud. Se logró identificar 48 pacientes de los cuales 14 habían sido tratados en el INSM "HD-HN" y el resto en los Centros de Salud.

En la atención del paciente se siguió la metodología del D.S.M.C. es decir, una vez captado el paciente la enfermera realiza la primera consulta, que consiste en una evaluación inicial del paciente y su familia, la elaboración de su historia clínica, la misma que concluye en la formulación de una impresión diagnóstica y plan de tratamiento para luego ser presentado, en una próxima consulta al médico psiquiatra con quien se precisa el diagnóstico según la Novena Clasificación Internacional de Enfer-

(\*) Enfermera Supervisora. Dpto. Salud Mental Comunitaria INSM "HD-HN"

medades Mentales y se establece el plan terapéutico. El paciente debe asistir a consulta con la enfermera, mensualmente, y cada dos meses con el médico, salvo que requiera lo contrario (mayor o menor frecuencia). También se prefirió la administración y supervisión de los medicamentos en el mismo centro de salud.

Las visitas domiciliarias se consideraron de gran importancia realizándose obligatoriamente al momento del ingreso del paciente al Programa para evaluar la dinámica de la familia y sus condiciones sociales, culturales y económicas y brindar la educación respectiva al grupo familiar. Posteriormente, se han usado para supervisar el tratamiento, intervenir terapéuticamente en la familia en casos de emergencia o inasistencia y seguimiento cada tres meses.

El objetivo de las actividades era prevenir, en la medida de lo posible, la reagudización y la hospitalización utilizando métodos diversos, terapias individuales y grupales, trabajo con el grupo familiar y labores manuales que iban desde la capacitación en las labores domésticas (hacer su cuarto, lavar su ropa) hasta la enseñanza básica de algún oficio.

En Enero de 1985 se extendió el Programa al distrito de San Martín de Porres. Se identificaron las necesidades y/o problemas bio-psico-sociales y económicos del paciente, familia y comunidad y se fomentó la continuidad del tratamiento teniendo como propósito la creación de condiciones adecuadas que permitieran al paciente esquizofrénico recibir tratamiento en su comunidad, mantener los vínculos familiares, participar de una vida social normal y desarrollar y/o rescatar su capacidad laboral.

A mediados del mismo año (1985) concientes de la necesidad de organizar una red de apoyo social con gran influencia en la comunidad, se formaron Comités de Familiares de Pacien-

tes en cada uno de los 7 centros de Salud. Se agrupó a familiares y/o apoderados de los pacientes quienes nombraron su Junta Directiva funcionando desde su inicio con la asesoría y supervisión del equipo del D.S.M.C. (Enfermera, Asistente Social y Psiquiatra). Desde entonces, la preocupación constante de estos Comités fue apoyar con responsabilidad el tratamiento y rehabilitación de su familiar; para ello, captaban recursos mediante actividades sociales (rifas, parrilladas), solicitaban donaciones y asistían a reuniones educativas donde aprendían a conocer mejor la enfermedad de su familiar, como tolerar los síntomas, como manejar las conductas inadecuadas y apropiadas para talleres. Los Comités están en continuo desarrollo y el trabajo de los familiares se orienta al fortalecimiento de su organización para que, integrándose al conjunto de las organizaciones existentes en la comunidad, promuevan la Salud Mental como elemento de desarrollo.

Actualmente llevan a cabo actividades tales como: responsabilizarse por botiquines comunales para facilitar la adquisición de medicamentos, educativas y alimentación complementaria para los Clubes de pacientes.

En Julio de 1985, se inicia el trabajo de reintegración del paciente a la vida social mediante:

- Reuniones de grupo o dinámicas grupales donde, por pasos, se les re-educan sobre aseo personal, vestido, hábitos sociales, y habilidades para afrontar situaciones tales como: abordar el microbús, preparar alimentos, hacer el mercado, entrevista para solicitar empleo.
- Actividades recreativas y deportivas; juegos de salón, puesta en escena de pequeñas obras teatrales, visitas a museos, excursiones dentro de la ciudad, el campo y la playa; fulbito, volley ball, gimnasia.
- Actividades ocupacionales; jardinería, horticultura, elaboración de tite-

res, cocina, carpintería, costura y tejido.

Este trabajo propició posteriormente, por un lado, la organización de las clínicas de día y del otro los clubes de pacientes. Estos últimos que funcionan desde fines de 1985, son lugares donde los pacientes, por decisión propia, se reúnen y encuentran compañía y un ambiente donde discutir sus problemas, que les permite participar en la vida social de la comunidad, realizar actividades psicoeducacionales y hacer amigos.

Las clínicas de día se iniciaron en 1986 pretendiendo, en forma cada vez más sistemática, mejorar las destrezas del paciente para el autovalimiento, las relaciones interpersonales adecuadas y la actividad productiva. Los beneficiados fueron clasificados para su admisión y participaron activamente junto con el equipo (Enfermera, psicólogo, psiquiatra y asistente social, voluntarios y familiares). La infraestructura fue proporcionada por las parroquias, ligas deportivas. El cronograma incluyó actividades de desarrollo personal, psicomotrices, recreativo-culturales, ocupacionales, educativas, orientación a la familia y capacitación a familiares para participar como promotores. Estas actividades se desarrollaban cíclicamente cada 6 meses.

Fueron frecuentes las inasistencias, y los familiares, aunque aparentemente motivados, no eran muy efectivos en procurar la asistencia regular del paciente. Al realizar la evaluación, dada la situación de pobreza, los familiares preferían el desarrollo de actividades productivo-económicas como base de la rehabilitación de su familiar. Es así como en 1988 se empieza a trabajar en la modalidad de talleres protegidos que luego tomaron el nombre de Talleres de Producción.

Estos talleres funcionan actualmente en los Centros de Salud, parroquias y en la casa de alguno de los

pacientes. Son supervisados por el personal de enfermería y la administración gradualmente estará a cargo de sus propios miembros (familiares y pacientes). Se han implementado dos talleres de artesanía, dos de costura y tejido, cuyos productos son vendidos en los mercados, ferias, etc. El ingreso económico es distribuido de tal manera que un porcentaje es para el mantenimiento y provisión de los talleres y otro para el pago de pacientes y familiares.

En la actualidad, las actividades descritas forman parte del área del D.S.M.C. denominada Sistema de Atención Comunitaria que comprende los aspectos asistenciales y de rehabilitación.

## B. RESULTADOS PRELIMINARES

Presentamos los resultados preliminares de 8 años de seguimiento. Para ello se revisó el total de las historias clínicas (529) de pacientes esquizofrénicos atendidos en el Programa, obteniendo información sobre los datos generales de identificación, asistencia, los aspectos ocupacionales y hospitalizaciones.

El Cuadro N°1 nos muestra el lugar de referencia de los casos. Los referidos por el Servicio de Consulta Externa y hospitalización del Instituto alcanzan el 48.8% (258), otras instituciones y la comunidad en general el 36.2% (192) y otros servicios de los Centros de Salud, el 15% (79).

**CUADRO NO. 1**  
Pacientes Esquizofrénicos por lugar de Referencia. Departamento de Salud Mental Comunitaria (Junio, 1991)

LUGAR DE REFERENCIA	Nº	%
TOTAL	529	100
I.N.S.M. "Honorio Delgado Hildeyo Noguchi"	258	48.8
Instituciones y Comunidad	192	36.2
Servicios de los Centros de Salud Pública	79	15.0

El 69.3% de los pacientes pertenece a familias nucleares siendo responsables de ellos los padres; el 13.7% están bajo la responsabilidad de los hermanos; 7.1% de sus cónyuges y el 1.2% de sus hijos.

En relación al periodo de seguimiento, el 48.9% ha sido seguido entre 5 y 8 años; el 49.3% entre 1 y 4 años y el 1.7% menos de 1 año.

El cuadro No. 2 indica el grado de concurrencia del paciente a las actividades propias del Programa. El grado de concurrencia de los pacientes con asistencia regular llega al 56.2% y los que descontinuaron su asistencia regular llegan al 43.8%. Las transferencias (5.3%), por lo general, se han realizado al Instituto Peruano de Seguridad Social o a instituciones militares en las cuales el paciente puede atenderse por haber logrado un seguro. De manera que si consideramos los que siguen en nuestros servicios, los que reciben atención en otras instituciones del Estado y los transferidos encontramos que el 65.1% de los pacientes se encuentran recibiendo algún tipo de atención. Este resultado es significativo, si consideramos los estudios de Rivera y López (1971) que señalan que el 64% de los pacientes no seguían el tratamiento ambulatorio y el 44% creaba problemas en su casa y vecindario (1). Rojo y Montoya (1983) encontraron que el 83.1% no continuó el tratamiento ambulatorio después de salir del hospital, por diversas razones, traslados a provincias, direcciones falsas, etc. (2).

En el mismo cuadro observamos que el 22.9% de los casos se encuentran en calidad de abandono, es decir, no reciben ningún tipo de atención, a pesar que el equipo interdisciplinario y los familiares tratan de evitar en lo posible el abandono del tratamiento, visitándolos constantemente. Este resultado indicaría que la visita domi-

**CUADRO NO.2**  
**Grado de concurrencia de los**  
**pacientes esquizofrénicos**  
**Departamento de Salud Mental**  
**Comunitaria (Junio, 1991)**

GRADO DE CONCURRENCIA	Nº	%
TOTAL	529	100
Pac.con asistencia regular	297	56.2
Pac. que descontinuaron su asistencia	232	43.8
- Atención en otras Instituciones	19	3.6
- Transferidos	28	5.3
- Cambio de Domicilio	24	4.5
- Viaje	27	5.1
- Dirección falsa	7	1.3
- Abandonaron tratamiento	121	22.9
- Fallecidos	6	1.1

ciliaria cumple un rol importante pero no impide el abandono. Esto coincide con aquellos estudios, que señalan que a pesar de todas las facilidades otorgadas al paciente y su familia para que continúen el tratamiento, aproximadamente, en el 20% de los casos no se consigue (3). Los informes de las visitas domiciliarias señalan entre los motivos de abandono: falta de interés y motivación de la familia, negación del paciente a acudir al servicio, temor del familiar a comprometerse en actividades del Comité, sentirse mejor, falta de tiempo por encontrarse trabajando y no adecuarse el horario del trabajo al del servicio. Muy pocos pacientes mencionaron como motivo de abandono la falta de recursos económicos.

El cuadro No. 3 muestra la ocupación de los pacientes que abandonaron el tratamiento. El 37.2% se encontraba desempeñando alguna actividad productiva al momento de la visita domiciliaria, manifestando sentirse "bien" o "mejor" o tomar medicinas cuando presentan alguna molestia. El 10% niega molestias significativas pero, no se incluye en la población económicamente activa desempe-

**CUADRO NO. 3**  
**Ocupación de los pacientes que**  
**abandonaron el tratamiento**  
**( Junio, 1991)**

TIPO DE OCUPACION	Nº	%
TOTAL	121	100
Población económicamente activa	45	37.2
Población no económicamente activa		
- Ama de casa	3	2.5
- Ayuda en quehaceres del hogar	6	5
- Estudiantes	3	2.5
NINGUNA	42	34.7
DESCONOCIDA	22	18.7

ñándose como ama de casa; o ayuda en las labores hogareñas o estudian.

Ambos grupos manifestaron desagrado por asistir a un servicio de Salud Mental y sobretodo departir con personas a quienes consideran en peor estado y temor a "convertirse como ellos".

Se encuentra totalmente inactivo el 34.7%, presentando sintomatología productiva, pero el paciente se niega a asistir, hay descuido severo por parte de la familia, por lo general desorganizada, pero que muchas veces acude al Comité de Familiares para ser beneficiado en el Programa de Alimentación complementaria.

En el Cuadro No. 4, se aprecia la ocupación de los pacientes en la actualidad. Nos muestra los pacientes realizando actividades económicas en un número satisfactorio. Debemos recordar que se trata de una población urbano-marginal con preponderancia de obreros y pequeños comerciantes. Estos forman el grueso de pacientes activos en el Programa que sumados a otros grupos (estudiantes, amas de casa) hacen un total de 73.1% de pacientes en actividad.

Un grupo importante y numeroso (22.9%) no tiene ocupación. En este grupo se incluye a todos aquellos pacientes que no realizan actividad alguna, ya sea por su grado de enfer-

medad, su reciente inclusión en el Programa o los que por falta de compromiso de sus familiares no asisten a los talleres de producción, y se limitan exclusivamente a la asistencia a sus controles. Observamos, por otro lado, que la cobertura de los talleres de producción sólo alcanza el 19.8% de los pacientes y familias; susceptibles de ser beneficiados por este sub-programa que, sumados a los que asisten al taller de producción, ayudan en la casa o tienen ocupación ninguna = 171 pero que sin embargo no asisten. Probablemente, esto hace notar que estas familias sostienen expectativas menores con respecto a los logros independientes y menores estigmas por la incompetencia de los pacientes. Asimismo podría significar la existencia de áreas críticas en los talleres, algunas dificultades en los talleres, como las relacionadas a las líneas de producción.

**CUADRO Nº 4**  
**Pacientes esquizofrénicos: tipo de**  
**ocupación en la actualidad**  
**Departamento de Salud Mental**  
**Comunitaria (Junio, 1991)**

TIPO DE OCUPACION	Nº	%
TOTAL	297	100
Población económicamente activa	94	31.6
- Ama de casa	17	5.7
- Estudiantes	15	5.1
- Talleres de Producción	51	17.2
- Ayuda en casa	40	13.5
NINGUNA	80	26.9

El Cuadro No. 5 muestra que de los 529 pacientes atendidos el 91.3% no ha requerido hospitalización y sólo el 2% se rehospitalizó. El 8.7% de pacientes hospitalizados pone en evidencia que a pesar del soporte familiar, comunitario y de salud hay casos en los que la hospitalización es inevitable. Sin embargo, debe destacarse

que investigaciones previas realizadas en el país hallaron que el 49.3% de pacientes se rehospitalizaron en el transcurso de un año y en otros países alcanza el 31.3%. Este resultado estaría indicando una mejor supervisión de la administración de medicamentos (4), una mejor satisfacción de necesidades psicosociales y costo significativamente menor en relación al modelo tradicional.

Este informe preliminar nos proporciona indicadores indirectos del impacto del Programa de Seguimiento de Pacientes Esquizofrénicos. Los resultados son alentadores siendo necesario realizar estudios de investigación que permitan conocer en mayor

**DE CUADRO NO. 5**  
Número de hospitalizaciones en pacientes esquizofrénicos del Departamento de Salud Mental Comunitaria (JUNIO 1991)

HOSPITALIZACIONES	Nº	%
TOTAL	529	100
UNO	36	6.8
DOS O MAS	9	1.7
NINGUNA	484	91.5

detalle la evolución clínica, psicosocial y laboral del paciente así como la de los diferentes grupos conformados entre ellos, Comité de Familiares, clubes, psicosociales y otros.

## REFERENCIAS

1. RIVERA Y LOPEZ (1971). "Seguimiento y continuidad de la asistencia y rehabilitación del paciente esquizofrénico en la comunidad. Anales del Segundo Congreso Nacional de Psiquiatría, Lima.
2. ROSO Y MONTOYA, (1983). "Seguimiento de un grupo de pacientes del hospital Hermilio Valdizán dados de alta en 1981". Revista Peruana de Psiquiatría. "Hermilio Valdizán". Vol. J. N° 2,3,4. Lima, Perú.
3. PRENDES, M. (1977). Importancia de la familia y la comunidad en la rehabilitación del paciente psiquiátrico. Memoria de la Primera Jornada Nacional de Psiquiatría 1975. Tomo II, Editorial Orbe. La Habana.
4. PAI Y ROBERTS. (1983). "Follow Up Study of Schizophrenic Patients Initially Treated with Home Care. Brit J. Psychiat. 143, 447 - 450.