

**PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL EN SALUD MENTAL:  
SUB-PROGRAMA DE REHABILITACION PSICOSOCIAL (\*)**

Julio HUAMAN (\*\*)

**INTRODUCCION**

La rehabilitación surge ante la necesidad de afrontar las consecuencias de la enfermedad y completar el proceso de recuperación de la salud. En el campo de la salud mental, observamos la tendencia de los trastornos mentales hacia la cronicidad y producir secuelas en las personas que los padecen, a pesar de los avances en el tratamiento. Así, por razones diversas, el avance en la rehabilitación de estos trastornos no se ha desarrollado paralelamente al tratamiento biológico. En tal sentido, el presente Modelo de Rehabilitación Integral en Salud Mental, en una perspectiva sistémica, propone un enfoque científico para el afronte de las deficiencias, discapacidades y minusvalías generadas por la enfermedad mental, a través de un proceso constituido por tres fases sucesivas: la Rehabilitación Funcional, la Rehabilitación Psicosocial y la Rehabilitación Profesional. El Programa de Rehabilitación Integral en Salud Mental constituye la operativización del Modelo, el cual, a su vez, contiene tres Sub-Programas que representan las tres fases operativas del Modelo. El presente informe corresponde al Sub-Programa de Rehabilitación Psicosocial (segunda fase del Programa de Rehabilitación Integral en Salud Mental). Describe y plantea su problemática en el contexto del Modelo general; los factores que intervienen en el proceso; así como la necesidad de su sistematización para un me-

yor afronte; los objetivos, las estrategias y actividades terapéuticas; la organización y el funcionamiento del servicio; y, finalmente la metodología empleada para la ejecución del delprograma y la evaluación de sus resultados.

Los trastornos mentales constituyen uno de los más graves y complejos problemas de salud por su acelerado aumento; tendencia a la cronicidad, alterando el funcionamiento mental, social y ocupacional del sujeto, generando severas discapacidades y minusvalías; todo ello produce, además, enorme sufrimiento y daño al individuo, la familia y la comunidad, y sobre todo merma su capacidad productiva.

De otro lado, el descubrimiento y posterior uso de los neurolépticos ha cambiado el curso y el pronóstico de los trastornos mentales graves (Cordero, 1984). Los neurolépticos clásicos son muy útiles y efectivos para combatir eficazmente los síntomas positivos de la enfermedad, además de ayudar a prevenir los riesgos de reagudizaciones y recaídas, aunque insuficientes para combatir satisfactoriamente la enfermedad y facilitar la recuperación de los pacientes. Los neurolépticos de depósito que apareciera posteriormente, pretenden asegurar la administración continua del medicamento y evitar el rechazo por sus efectos colaterales. Sin embargo, investigaciones recientes han demostrado que aún con la administración confiable del

---

(\*) El presente informe sólo se refiere a un componente del programa de rehabilitación del Servicio de Rehabilitación del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi".

(\*\*) Jefe del Servicio de Rehabilitación INSM "HD-HN".

medicamento, entre el 35-40% de los pacientes con esquizofrenia recaen un año después del alta. Adicionalmente, a pesar de su importancia, son insuficientes para combatir los efectos residuales causados por la enfermedad y las condiciones negativas del medio ambiente; no facilitan el aprendizaje de habilidades para el afronte de la vida diaria ni mejoran la calidad de vida de los pacientes, exepcto indirectamente a través de la recuperación de los síntomas. Urge, por ello, intervenciones terapéuticas psicossociales complementarias al tratamiento biológico como un componente efectivo de la rehabilitación de los trastornos psiquiátricos (Lieberman & Mueser, 1989).

El concepto de rehabilitación, desde su aparición en la literatura psiquiátrica en los años sesenta, encierra un contenido ambiguo e inespecífico. De otro lado, representa estrategias complejas y prácticas variadas, dando la impresión que se define más por la ausencia de todo aquello que es fármaco y psicoterapia que por su propia presencia e identidad. Ello se explicaría por sus raíces históricas de asignación a las prácticas del personal paramédico, cuya finalidad fue, por muchos años, la de entretener a los pacientes internados sin considerar una proyección temporal y espacial. No se rehabilita hoy para mañana, ni de aquí para allá; se rehabilita hoy y aquí para mantener el hoy y aquí inmutables (Saraceno & Montero, 1993).

La rehabilitación de pacientes psiquiátricos es aún mal comprendida. Quizás, lo más serio, es el hecho que deja entrever el escaso conocimiento del proceso involucrado reflejando con frecuencia un esfuerzo mal dirigido, faltando una con-

cepción más precisa de sus metas y objetivos (Watts & Bennett, 1983).

El Manual de Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1980) viene, en tal sentido, a llenar un espacio crítico al definir claramente la terminología involucrada y establecer la diferencia entre tratamiento y rehabilitación. Las deficiencias, discapacidades y minusvalías, constituyen elementos diagnósticos de las consecuencias de la enfermedad y complementan el diagnóstico de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), contribuyendo, así, a formular un marco conceptual de incalculable valor, que proporciona elementos claves para la elaboración de objetivos y metas concretas para la rehabilitación. La versión peruana de la Clasificación Internacional de Deficiencias Discapacidades y Minusvalías (MINSAL, OPS/OMS, CONAIL, 1990) hace un avance al respecto, por cuanto plantea un esquema que permite, además de diagnosticar, cuantificar el nivel de deficiencias, discapacidades y minusvalías en una persona. Aún así, se hacía necesario un trabajo adicional para identificar y clasificar apropiadamente las discapacidades derivadas de los trastornos mentales, ya que las precisadas en el Manual, si bien son buenas y genéricas, están basadas en la rehabilitación física. Así, la Escala de Habilidades Psicosociales para la Rehabilitación en Salud Mental (EHPSRSM) (INSM "HD-HN", 1995) constituye un aporte que permite identificar y clasificar, tanto las discapacidades derivadas de los trastornos mentales como las habilidades psicosociales, además de proveer objetivos específicos para el desarrollo de un programa de rehabilitación psicosocial.

## EL MODELO DE REHABILITACION INTEGRAL

El Modelo de Rehabilitación Integral en Salud Mental (MRISM): Programas Terapéuticos (SRI,-1988), es un documento elaborado en el Servicio de Rehabilitación del Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi», y surge como una propuesta para contribuir al afronte de la rehabilitación en Salud Mental. Se basa en los fundamentos de la Rehabilitación Integral planteados por el Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional (GLARP, 1984), el cual define a la Rehabilitación como un sistema que la sociedad establece para reintegrar paulatinamente a cualquiera de sus miembros a su medio social y productivo. Este está constituido a su vez por un proceso de tres fases: la Rehabilitación Funcional, la Psicosocial y la Profesional, haciendo énfasis y otorgando un mayor desarrollo a la última fase.

El MRISM en su desarrollo actual se basa en las nociones de sistema y proceso, en la prevención, en el Modelo de las Consecuencias de la Enfermedad (OMS, 1980), (MINSA, OPS/OMS & CONAII, 1990), el Modelo de Normalidad en Salud Mental y Clasificación Multiaxial (Perales, León & Mezzich, 1989) enmarcados, a su vez, dentro del proceso de la recuperación de la salud, precisándose la importancia de la rehabilitación como la última etapa del proceso. Constituye una respuesta al problema de cómo rehabilitar efectivamente a los pacientes psiquiátricos del INSM «HD-HN». Su principal objetivo es la reintegración social y productiva del discapacitado y su familia. El Modelo consta de tres fases:

**1° La Rehabilitación Funcional.** Busca recuperar al máximo el nivel de Capacidad Funcional del individuo con deficiencias psiquiátricas. Las intervenciones terapéuticas se aplican paralelamente al tratamiento a partir de la etapa subaguda de la enfermedad. Mientras el tratamiento ataca los factores etiológicos y restablece las anormalidades bioquímicas del cerebro, la Rehabilitación Funcional estimula las funciones psicológicas y psicomotrices básicas, restableciendo la capacidad funcional del individuo, la que a su vez, sirve de sustento para el desarrollo de las habilidades psicosociales y del trabajo.

**2° La Rehabilitación Psicosocial.** Busca reintegrar socialmente a la persona con discapacidades psicosociales derivadas del trastorno mental. Las intervenciones terapéuticas se aplican cuando el paciente ya se ha recuperado de la etapa aguda o reagudizada de la enfermedad y ha recuperado la capacidad funcional al máximo nivel, aunque persistan las discapacidades psicosociales.

**3° La Rehabilitación Profesional.** Busca reintegrar al trabajo o a un medio productivo alternativo a la persona con discapacidades para el trabajo derivadas del trastorno mental. Las intervenciones terapéuticas se aplican para el logro de tales objetivos.

Presentamos a continuación lo correspondiente a la segunda fase de rehabilitación.

## REHABILITACION PSICOSOCIAL

Definida la Rehabilitación Psicosocial y precisado su objetivo principal, el problema siguiente es cómo rehabilitar a las per-

sonas con discapacidades psicosociales derivadas de un trastorno mental. El estudio analítico del problema y la experiencia acumulada nos conduce a los siguientes planteamientos:

1° Agrupar y clasificar las características y problemas de la familia y población sujeta de atención, en tres grupos de factores:

a) Factores relacionados a mantener la estabilidad clínica. La población sujeta de atención constituida por personas con trastornos mentales en fase de remisión total o parcial, dados de alta del Servicio de Hospitalización o derivados de la consulta externa; con deficiencias residuales; grados diversos de discapacidades; grados diversos de ausencia de información en cuanto a la naturaleza y curso de la enfermedad; carencia de conciencia de la misma; ausencia de responsabilidad y compromiso para el tratamiento de mantenimiento con el consiguiente abandono del mismo, tanto por parte del discapacitado así como por su familia; reforzamiento indirecto del rol de paciente por parte del equipo de salud mental; ignorancia, tanto del discapacitado como de su familia, respecto a la rehabilitación y ausencia de motivación para la misma;

b) Factores en torno a la evaluación y diagnóstico de discapacidades así como de las habilidades psicosociales pertinentes y su desarrollo. Identificación y diagnóstico de las discapacidades derivadas de los trastornos psiquiátricos; del sustrato sobre el cual combatir las discapacidades; y, los objetivos y metas a lograr con los discapacitados.

c) Factores en torno a la adecuación de la red de soporte familiar y social tales como: disfuncionalidad familiar; grados diversos de desconocimiento sobre la naturaleza y curso de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación, ausencia de conciencia de enfermedad por parte de la familia; reforzamiento inconsciente del rol de enfermo por parte de la familia; niveles altos de Emoción Expresada y tensión familiar; necesidad del desarrollo de habilidades de comunicación en la familia para facilitar el reforzamiento y mantenimiento de las habilidades desarrolladas en el discapacitado; necesidad de desarrollo de la competencia familiar en la solución de problemas; así como intervenciones en la comunidad para combatir el estigma social que alimenta las minusvalías.

2° Utilización de la Escala de Habilidades Psicosociales para la Rehabilitación en Salud Mental (Huamán, Albuquerque, Guillen, Berrocal & Dunian, 1995) diseñada como base para el diagnóstico de las discapacidades psicosociales, la elaboración de objetivos específicos para el desarrollo de las habilidades psicosociales correspondientes en los discapacitados, y, a su vez, facilitar la elaboración de los programas correspondientes a las actividades terapéuticas pertinentes.

3° Utilización de la experiencia ganada en el trabajo de la rehabilitación Psicosocial enunciada en las siguientes conclusiones:

a) Las personas con discapacidades psicosociales son susceptibles de aprender o desarrollar habilidades.

b) Las habilidades desarrolladas son sus-

ceptibles de extinguirse si no son puestas en práctica dentro del medio ambiente social inmediato (el hogar), y si no son aceptadas, estimuladas y reforzadas por los familiares del discapacitado.

c) Las habilidades desarrolladas pueden extinguirse con las recaídas del paciente, si éste no mantiene una estabilidad clínica después del tratamiento.

d) Son sujetos de rehabilitación tanto el discapacitado como su familia (GLARP, 1984).

e) Las intervenciones de la rehabilitación deben ser precoces y preventivas. No se debe esperar a que se cronifique el paciente y se agraven las discapacidades psicosociales para que participe en un programa de rehabilitación psicosocial.

4º Aplicar las bases conceptuales del MRISM a la Rehabilitación Psicosocial como segunda fase del Modelo:

a) El Modelo de Las Consecuencias de la Enfermedad de la OPS/OMS, que sirve de base para el Manual de Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, que a su vez permite diferenciar el tratamiento de la rehabilitación y delinear el campo de acción de ésta última.

b) La definición de rehabilitación de Holender (Holender, 1984), que a su vez guarda relación directa con los tres grupos de factores antes señalados y tiene aplicaciones prácticas para la Rehabilitación en Salud Mental ya que precisa tres aspectos fundamentales; vale decir, la aplicación de

todas las medidas para reducir el impacto de una condición discapacitante y productora de minusvalía; señalar que el objetivo de la rehabilitación es la capacitación de las personas discapacitadas y minusválidas para adaptarse a su medio; y la importancia de intervenir en el medio ambiente inmediato y la sociedad para facilitar la integración social.

c) El Modelo de Vulnerabilidad al Estrés-Afronte y Competencia. Este modelo plantea un importante esquema donde se aprecia la acción recíproca de la Vulnerabilidad Biológica (anormalidades dopaminérgicas, anormalidades en el procesamiento de la información); Estrés (Eventos Vitales, abuso de drogas); Factores Potenciadores (Tensión familiar, Emoción Expresada, sobrestimulación) y Factores Protectores (Medicación, desarrollo de habilidades sociales, apoyo social, programas transicionales etc.), en la aparición, mantenimiento y resolución de la patología mental, las deficiencias, discapacidades y minusvalías en torno a la adaptación al medio social (Lieberman y Cols, 1986). En síntesis, el estatus sintomático y social de una persona con vulnerabilidad biológica para la esquizofrenia en un momento dado, es determinado por el monto y tipo de estresores; la capacidad personal para la solución de problemas y la red de soporte social (Lieberman & Mueser, 1989). Este modelo sugiere objetivos específicos y modalidades de intervención terapéutica para la rehabilitación tanto biológicas como psicosociales. Al respecto Lieberman y Col (1986), plantean las siguientes estrategias:

- Empleo de medicación antipsicótica a dosis y en esquemas apropiados.

- Enseñar al paciente a readquirir y desarrollar destrezas sociales e instrumentales.
- Modificar el entorno social y físico del paciente.

El frente de la rehabilitación plantea necesariamente la aplicación de una metodología que puede esbozarse en tres pasos (Anthony & Liberman, 1986):

- Evaluación de la condición clínica y del funcionamiento psicosocial.
- Planeamiento de las intervenciones necesarias y apropiadas en base a los resultados de la evaluación.
- Intervención/aplicación de las acciones terapéuticas planteadas

A lo anterior, nosotros planteamos dos adicionales: la evaluación de resultados y el seguimiento.

d) El constructo teórico de Emoción Expresada (Leff, 1982), sostiene que los niveles de hostilidad, criticismo y sobreinvolucramiento por parte de uno o más familiares del paciente en su relación diaria con éste, lo conduce a recaídas más frecuentes en comparación con otros pacientes. Una relación de éste tipo de treinticinco horas semanales como mínimo constituye actualmente el más poderoso predictor de recaídas para esquizofrenia (Liberman & Mueser, 1985).

e) El Modelo de Normalidad en Salud Mental (Perales, León & Mezzich, 1989), plantea que mientras el tratamiento médico combate la parte enferma del individuo para reducirla, las actividades terapéuticas

psicosociales multidisciplinares aplicadas sobre la parte sana del individuo estimulan sus potencialidades y lo conducen a mayores desarrollos en la recuperación de la salud. Ambos tipos de intervención tendrían acción sinérgica y complementaria.

f) El Modelo de Rehabilitación Integral de GLARP.

g) El Enfoque de Prevención de las secuelas de la enfermedad (Caplan, 1964). Plantea que las acciones de rehabilitación deben contemplarse desde que se hace el diagnóstico de las enfermedades mentales.

5° Conclusiones. La Rehabilitación Psicosocial enfocada como la segunda fase del Modelo de Rehabilitación Integral en Salud Mental, pretende combatir las discapacidades psicosociales derivadas de los trastornos mentales, a través del desarrollo de las habilidades psicosociales pertinentes, para facilitar la reintegración familiar y social del individuo afectado, mientras se halla recuperado de la fase aguda o reagudizada de la enfermedad y mantenga el mayor nivel de estabilidad clínica y capacidad funcional, y que la familia y el medio social inmediato se halla constituido en un efectivo núcleo de soporte para facilitar el proceso de la rehabilitación.

#### **EL SUB-PROGRAMA DE REHABILITACION PSICOSOCIAL**

Constituye la operativización de la Rehabilitación Psicosocial como segunda fase del MRISM y constituye, a su vez, la segunda fase del Programa de Rehabilitación Integral en Salud Mental. Ha sido desarrollado para su aplicación en el trabajo diario del Área de Rehabilitación Psicosocial

del Servicio de Rehabilitación Integral del INSM «HD-HN». Es, a su vez, un Programa de Hospitalización Parcial Integral, diseñado para facilitar la rehabilitación psicosocial de las personas con discapacidades psiquiátricas.

#### OBJETIVOS

*General.* Facilitar la reintegración social de las personas con discapacidades psicosociales derivadas de un trastorno mental.

#### *Específicos:*

1. En relación al discapacitado: al término del Sub-Programa estará en condiciones de:

1.1. Mantener, por si mismo, el mayor nivel de estabilidad clínica.

1.2. Ejecutar, por si mismo en su entorno social inmediato, el mayor nivel de habilidades psicosociales desarrolladas.

2. En relación a la familia: al término del Sub-Programa la familia del discapacitado estará en condiciones de:

2.1. Constituirse en un efectivo núcleo de soporte.

#### ESTRATEGIAS

Para lograr el objetivo 1.1:

- Desarrollando las habilidades para la consciencia de la salud y enfermedad.
- Recibiendo tratamiento farmacológico de manenimiento por iniciativa propia.

Para lograr el objetivo 1.2:

- Desarrollando las Habilidades para la Orientación y el Interés por el Entorno.
- Desarrollando las Habilidades para el Cuidado Personal, las Tareas de Hogar y Autodirección.
- Desarrollando las Habilidades para la Interacción Social.
- Desarrollando las habilidades para el desempeño en el hogar.

Para lograr el objetivo 2.1.

- Desarrollando por parte de la familia las Habilidades para el Soporte Familiar.
- Desarrollando por parte de la familia Habilidades para la Comunicación Positiva.
- Desarrollando por parte de la familia Habilidades para la Solución de Problemas.
- Combatiendo las disfunciones familiares

#### ACTIVIDADES TERAPEUTICAS

Para lograr la estabilidad clínica del discapacitado

1. Psicoterapia de Grupo.
2. Psicoterapia Individual (solo para casos necesarios).
3. Educación para la Salud Mental.

Para lograr el mayor desarrollo en habilidades psicosociales

1. Consulta Médica.
2. Dinámica grupal

3. Actividades de la Vida Diaria.
4. Ergoterapia.
5. Entrenamiento en Habilidades Sociales.
6. Socialización
7. Expresión corporal

Para lograr la adecuación de la familia

1. Dinámica familiar
2. Programa de Terapia Multifamiliar.
3. Intervenciones en la Familia.
4. Terapia Familiar Sistémica.

#### **OBJETIVOS ESPECIFICOS EN RELACION AL DISCAPACITADO ACTIVIDAD TERAPEUTICA**

- Mantener por sí mismo el mayor nivel de Estabilidad Clínica. Desarrollando las Habilidades para la Consciencia de la Salud y Enfermedad.

- Recibiendo tratamiento farmacológico de sostén por iniciativa propia.

- Psicoterapia de Grupo.
- Psicoterapia Individual.
- Educación para la Salud Mental.
- Consulta Médica.
- Administración de medicamentos

- Ejecutar por si mismo en su entorno social inmediato el mayor nivel de Habilidades Psicosociales.

- Desarrollando las Habilidades para la Orientación y el Interés por el Entorno; para las Relaciones Intepersonales; y para el Desempeño Social en Grupo.

- Desarrollando las Habilidades para el Cuidado Personal, de las Tareas del Hogar y Autodirección.

- Desarrollando las Habilidades para la Interacción Social.

- Desarrollando las Habilidades para el desempeño en el hogar.

- Dinámica Grupal.
- Actividades de la Vida Diaria.
- Actividad Socializadora.

- Entrenamiento en Habilidades Sociales.

- Expresión Corporal.

- Dinámica familiar.
- Intervención familiar

#### **Objetivos Específicos en Relación a la Familia. Actividad Terapéutica.**

- Constituirse en un efectivo núcleo de soporte familiar

- Conociendo el origen, curso, evolución, tratamiento, y rehabilitación del trastorno mental que padece el discapacitado, así como los factores de riesgo y protectores.

- Desarrollando un estilo positivo de comunicación que incremente la capacidad de organización y el nivel de salud mental en la familia, disminuyendo los niveles de tensión y Emoción Expresada.

- Aplicando la Técnica de Solución de Problemas al interior del grupo familiar.

#### **PLAN DE ACCION**

*De la Organización.* El Sub-Programa de Rehabilitación Psicosocial es aplicado por el Equipo Interdisciplinario del Area de Rehabilitación Psicosocial del Servicio de



Rehabilitación Integral del INSM «HD-HN». Está bajo la dirección del Jefe del Servicio, quién depende directamente del Director del Instituto. El Equipo está conformado por un médico psiquiatra, un psicólogo, una enfermera, un terapeuta ocupacional, una trabajadora social, una servidora profesional y dos técnicos de enfermería.

**De las Funciones.** Las funciones del Servicio, Jefatura, coordinadores, personal profesional, y técnico están descritas en el Manual de Organización y funciones del Servicio, sin embargo, para efectos del programa, señalaremos, a grandes rasgos, las funciones generales de los miembros del Equipo Terapéutico del Área en relación a las actividades asistenciales.

*Funciones del Médico Psiquiatra Coordinador del Equipo:*

1. Planear, coordinar, ejecutar, supervisar y controlar las acciones y la ejecución del Sub-Programa de Rehabilitación Psicosocial.
2. Evaluar integralmente al paciente haciendo un resumen de la evolución de su enfermedad desde el inicio, su condición clínica actual, su diagnóstico clínico definitivo, diagnóstico de discapacidades y minusvalías. Plantear y supervisar el plan de intervención terapéutica individualizado, así como el tratamiento de mantenimiento, y disponer el alta del paciente.
3. Dirigir la Reunión de Pos-Mortem; dirigir y mantener una apropiada Atmósfera Terapéutica; y ejecutar la Psicoterapia de grupo e individual.
4. Funciones del Psicólogo del Equipo.
5. Participar en el planeamiento y ejecución de las actividades del Sub-Programa.

6. Hacer evaluaciones psicológicas completas a los participantes, incluyendo las evaluaciones de orientación vocacional; ejecutar la Dinámica grupal; participar como terapeuta de la Actividad de Entrenamiento en Habilidades Sociales.

7. Participar en las Reuniones de Post-Mortem y contribuir a mantener una apropiada atmósfera terapéutica.

8. Ser administrador de caso de cinco participantes.

*Funciones de la Enfermera del Equipo.*

1. Participar en el planeamiento y ejecución de las actividades del Sub-Programa.

2. Ejecutar las acciones propias de enfermería en relación a la atención de los discapacitados en el Programa. Dirigir la actividad de Entrenamiento en Habilidades Psicosociales, y educación para la Salud Mental. Participar en la Reunión de Post-Mortem y contribuir a mantener una apropiada atmósfera terapéutica.

3. Ser Administrador de Caso de cinco participantes.

*Funciones del Terapeuta Ocupacional.*

1. Participar en el planeamiento y ejecución de las actividades del Sub-Programa.

2. Ejecutar las Actividades de la Vida Diaria y Ergoterapia.

3. Participar en la Reunión de Post-Mortem y contribuir a mantener una apropiada atmósfera terapéutica.

4. Ser Administrador de Caso de cinco participantes.

*Funciones de la Trabajadora Social.*

1. Participar en el planeamiento y ejecución de las actividades del Sub-Programa.

2. Evaluar la red de soporte social del discapacitado; evaluar la disfuncionalidad de la familia; ejecutar intervenciones en la familia; participar el Programa del Terapia Multifamiliar y dirigir las Actividades Extramurales
3. Participar en la Reunión de Post-Mortem y contribuir a mantener una apropiada atmósfera terapéutica.
4. Ser Administrador de Caso de cinco participantes.

#### ***De la Metodología de Trabajo:***

*a) Admisión:* Son admitidos al Programa personas de ambos sexos, mayores de 13 años de edad, con discapacidades psicosociales derivadas de un trastorno mental, en fase de remisión total o parcial, sin síntomas positivos prominentes, con un repertorio básico de conductas (usar y entender frases simples de tres pasos, escuchar a otras personas de tres a cinco minutos sin interrumpir, tener un repertorio verbal de uso cotidiano), que no tienen un cuadro orgánico cerebral añadido, retardo mental, autismo, o estar inculcado frente a la ley. Se aplica el Cuestionario de Admisión del Servicio al discapacitado y sus familiares a través de una entrevista. Se le admite si cumple los criterios señalados para participar en el Sub-Programa, y si, además, el discapacitado muestra motivación para participar en el proceso, cuenta con tiempo disponible, los recursos económicos indispensables y si los familiares firman el Formato de Compromiso Familiar del Servicio.

*b) Evaluación Inicial:* Admitida la persona con discapacidades psicosociales ingresar al proceso de evaluación inicial; se resumir la evolución del cuadro clínico des-

de su inicio, su condición clínica al ingreso, su diagnóstico clínico, se har el diagnóstico de discapacidades y minusvalías; se le hará un estudio psicológico completo; se le hará un estudio social para evaluar la red de soporte familiar y social, evaluándose el nivel de Emoción Expresada y Habilidades para el Soporte Familiar en los familiares significativos del discapacitado, a través de los instrumentos pertinentes propios de la Historia Clínica del Servicio. La evaluación será hecha por el Equipo Terapéutico del Area de Rehabilitación Psicosocial. La evaluación inicial terminar con el Plan de Intervención Terapéutica, el cual será planteado por el Equipo Terapéutico al discapacitado y su familia.

*c) Aplicación de las Actividades Terapéuticas:* Las Actividades Terapéuticas del Sub-Prorama de Rehabilitación Psicosocial, constituyen programas terapéuticos para los discapacitados que ingresan al Sub-Programa. Han sido diseñados para el desarrollo de las habilidades psicosociales en los mencionados discapacitados. Sus objetivos están basados en la Clasificación de las Habilidades Psicosociales planteados en la Escala de Habilidades Psicosociales para la Rehabilitación en Salud Mental. Se han desarrollado once Actividades terapéuticas: Consulta médica, Psicoterapia de Grupo, Educación para la Salud Mental, Entrenamiento en Habilidades Sociales, Expresión Corporal, Actividades de la Vida Diaria, Ergoterapia, Actividades Socializadoras, Actividades Extramurales y las Reuniones de Post-Mortem. Las Actividades Terapéuticas se aplican dentro de un horario establecido de cuatro días por semana, cinco horas por día. Hemos diseñado el Programa de Terapia Multifamiliar, el cual es un programa

ma especial y complementario, aplicado a los familiares directos del discapacitado, con sesiones semanales de dos horas.

1. *Consulta Médica:* Está disponible para el discapacitado de acuerdo a un horario y citas preestablecidas. Tiene por objetivo proporcionar el tratamiento de mantenimiento apropiado en dosis y tipos de psicofármacos para facilitar el proceso de la rehabilitación, además de evaluar el mantenimiento de la estabilidad clínica del discapacitado en relación a su condición psicosocial de manera integral.

2. *Psicoterapia de Grupo:* Está dirigida a facilitar el desarrollo de conciencia de enfermedad y el trabajo de duelo respectivo por parte del discapacitado para la aceptación del Trastorno Mental que padece. Se usan las técnicas del Análisis Transaccional de grupo, en lo referente a la Descontaminación del Adulto (Confrontación de fantasías y prejuicios que redefinen o distorsionan la realidad impidiendo el contacto con la misma, el contacto y expresión de las emociones auténticas; y el trabajo de duelo respectivo). Asumimos que en la medida que el discapacitado acepte la enfermedad que padece, estará en mejores condiciones para combatirla a través de su tratamiento y rehabilitación.

3. *Psicoterapia Individual:* Se aplica solamente cuando a través de la Psicoterapia de Grupo no es suficiente para lograr la aceptación del trastorno por parte del discapacitado.

4. *Educación para la Salud Mental:* Esta dirigida a facilitar el desarrollo de las habilidades para la Conciencia de la Salud y Enfermedad, como parte del grupo de las

Habilidades para el Contacto con la Realidad, de la EHPRSM. A través de ésta actividad el discapacitado adquirirá información sobre el trastorno mental, su evolución, factores de riesgo y de protección que intervienen en el proceso de tratamiento y rehabilitación, así como instrucción en educación sexual y el riesgo de enfermedades de transmisión sexual. Se aplican técnicas psicoeducativas de exposición-diálogo y de participación en pequeños grupos.

5. *Entrenamiento en Habilidades Sociales:* Está dirigida para facilitar el desarrollo de las Habilidades para la Interacción Social de la EHPRSM, en las personas con discapacidades psicosociales derivadas de un trastorno mental. Se usan técnicas propias del Entrenamiento en Habilidades Sociales, a través de un programa especialmente elaborado para tal fin.

6. *Expresión Corporal:* Está dirigido para facilitar el desarrollo de las Habilidades de Comunicación No Verbal como parte del grupo de las Habilidades de Interacción Social de la EHPRSM, complementando el Entrenamiento en Habilidades Sociales. Usa técnicas vivenciales propias de la Expresión Corporal.

7. *Actividades de la Vida Diaria:* Está dirigida para facilitar el desarrollo de las Habilidades para el Cuidado Personal y para las Tareas del Hogar; así como las Habilidades para la Distribución del Tiempo y para el Manejo del Dinero, del grupo de las Habilidades de Destreza de la EHPRSM. Usa técnicas psicoeducativas y reforzamiento social en grupo e individual para el logro de sus objetivos.

8. *Ergoterapia*: Está dirigida para facilitar el desarrollo de las Habilidades para la Ejecución de una Tarea del grupo de las Habilidades de Destreza de la EHPRSM. Usa técnicas psicoeducativas con reforzamiento social en grupo e individual.

9. *Actividad Socializadora*: Está dirigida para facilitar las Habilidades para el Uso y Disfrute del Tiempo Libre y las Habilidades para el Uso de los Recursos de la Comunidad, del grupo de las Habilidades de Destreza. Usa técnicas psicoeducativas en grupo y reforzamiento social en grupo e individual.

10. *Actividad Extramural*: Está dirigida para facilitar el uso de las habilidades psicosociales desarrolladas en la comunidad misma por parte del discapacitado, usando como modelos a los miembros del Equipo Terapéutico del Servicio. Se usan técnicas de reforzamiento social en grupo e individual para el desarrollo y mantenimiento de las habilidades mencionadas.

11. *Post-Mortem*: Constituye una reunión de coordinación del Equipo Terapéutico del Sub-Programa para la organización, ejecución y evaluación de las actividades del Sub-Programa.

12. *Programa de Terapia Multifamiliar*: Es un Programa especial dirigido a los familiares del discapacitado con carácter obligatorio. Consta de tres módulos: psicoeducativo, comunicacional y de solución de problemas. Es parte del Programa de Rehabilitación Integral, pero complementa el logro de los objetivos del Sub-Programa.

d) *De los Instrumentos de Evaluación*:

1. *Historia Clínica del Instituto*: Constituye el documento oficial utilizado para recoger la información de base para el manejo de cada paciente que ingresa a la Institución.

2. *Historia Clínica del Servicio de Rehabilitación*: Es parte de la Historia Clínica del Instituto, es a su vez una historia clínica semiestructurada especialmente desarrollada por nosotros para el trabajo de la especialidad. Permite resumir la evolución del cuadro clínico desde su inicio, evaluar la condición clínica actual, así como los factores protectores y de riesgo relacionados con el curso del trastorno. Permite hacer o corroborar el diagnóstico clínico en base al CIE-9 y CIE-10, además del DSM-IV, y el diagnóstico de Discapacidades y Minusvalías. Permite a su vez diseñar un plan de intervención terapéutico individualizado y evaluar los logros. Contiene los instrumentos para la evaluación del Sub-Programa.

3. *BPRS*: Es un instrumento estandarizado usado en Psiquiatría para investigar la evolución clínica de los principales cuadros psiquiátricos. Se le usa con fines de evaluar la estabilidad clínica alcanzada en el discapacitado, incluso si mejora clínicamente con la aplicación del Sub-Programa y el tratamiento de mantenimiento.

4. *Formato Gráfico de Evolución Clínica*: Es un instrumento sencillo elaborado por nosotros para los fines del Sub-Programa. Permite graficar y objetivizar rápidamente la evolución del cuadro clínico a través del tiempo.

5. *Escala de Habilidades Psicosociales*: Es

un instrumento desarrollado por nosotros para el trabajo propio de la especialidad, permite clasificar y hacer el diagnóstico de discapacidades psicosociales por un lado, y por otro, identificar las habilidades psicosociales a desarrollar, convirtiéndose éstas en objetivos específicos a lograr por parte del discapacitado, con la ayuda del Equipo Terapéutico.

6. Cuestionario Encuesta del Nivel de Emoción Expresada: Es un instrumento de fácil aplicación que permite medir de manera simplificada el nivel de Emoción Expresada en los familiares significativos del discapacitado, a través de un cuestionario relacionado con las actitudes que asumen frente a éste. Contribuye a medir los cambios en la comunicación generados a través del Módulo Comunicacional del Programa de Terapia Multifamiliar.

7. Cuestionario de Habilidades para el Soporte Familiar: Es un instrumento desarrollado por nosotros que permite medir el nivel de conocimientos adquiridos a través del Módulo Psicoeducativo del Programa de Terapia Multifamiliar relacionados al origen, curso, tratamiento y rehabilitación de un trastorno mental, en los familiares de los discapacitados que acuden al Sub-Programa.

e) De la Evaluación Post-Terapéutica: Es la evaluación que se aplica después de la evaluación inicial y de las actividades terapéuticas, con una periodicidad mensual, y ser ejecutada por el Terapeuta encargado de la Actividad Terapéutica correspondiente al desarrollo de las habilidades pertinentes.

#### ANALISIS ESTADISTICO

Se elaborará una base de datos organizados en relación a los objetivos del Sub-Programa, y a través de los instrumentos utilizados. Para medir el nivel de estabilidad clínica alcanzado usaremos los datos del BPRS, el Formato Gráfico de Evolución Clínica, y las Habilidades para la Conciencia de la Salud y Enfermedad. Para medir el nivel de desarrollo de Habilidades Psicosociales usaremos los datos de la Escala de Habilidades Psicosociales para la Rehabilitación en Salud Mental, cada Actividad Terapéutica se hará cargo de un grupo de Habilidades Psicosociales de la EHPRSM, y medir el desarrollo de las habilidades correspondientes en los discapacitados. Para medir el nivel de adecuación de la familia, usaremos el Formato de Evaluación de las Habilidades para el Soporte Familiar, el Formato del Nivel de Emoción Expresada, el Formato de Habilidades para la Comunicación, y el Formato de Habilidades en la Solución de Problemas. Los datos obtenidos serán procesados por computadora.

#### CRONOGRAMA DE EJECUCION

El Proyecto del Subprograma será aplicado por un lapso de dos años, al cabo de los cuales se evaluarán los resultados obtenidos en la aplicación del Sub-Programa.

#### RECURSOS

1. Disponibles.

1.1 Humanos: 1 psiquiatra jefe de programa, 1 psicólogo, 1 enfermera, 1 terapeuta

ocupacional, 1 asistente social, 2 técnicos de enfermería calificados.

1.2 Materiales: Los del Servicio de Rehabilitación Integral del Instituto.

2. Necesarios: 1 psiquiatra.

PRESUPUESTO ANALITICO

1. Entidad Auspiciadora: INSM «HD-HN» y otros.

2. Requisitos Especiales: Capacitación del personal en las técnicas señaladas.

INFORMES

De avance.

### REFERENCIAS

Anthony W & Liberman PR. The Practice of Psychiatric Rehabilitation: Historical, Conceptual and Research Base. Schizophrenia Bulletin, 1986; Vol. 12

Cordero M, El Uso de Neurolépticos en Rehabilitación. Rev. Psiquiat., 1984; 1: 97-105.

GLARP Sistema de Rehabilitación Integral. Bogot, mayo 15, 1984.

Holender E. Rehabilitación para Todos. OMS, Ginebra. Primer borrador, Washington D. C., 1986

Kaplan G. Principles of Preventive Psychiatry. Basics Books, inc., Publishers, New York, 1964

Leff JP. Family and Social Influences in Schizophrenia. SKF Publicaciones Vol. 1 N° 6. En Cordero Martín. El Uso de Neurolépticos en Rehabilitación. Rev. Psichiat. (1984) 1:97-105.

Liberman R P, Harvey A & Cols New Methods for Rehabilitating Cronical Mental Patients; in Our Patients Future in a Changing World. J. A. Talbot American Psychiatric Press. Washington DC, 1986

Liberman PR & Mueser K T. Schizophrenia: Psychosocial Treatment; in Comprehensive Textbook of Psychiatry V; Kaplan H.L.; Sadock B.J. Editors, Williams & Wilkins, Baltimore, 1989

MINSA, OPS/OMS & CONAII Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la OMS. Manual de Clasificación de las Consecuencias de la Enfermedad, Revisión Española. Primera Revisión Hecha en el Perú.

OMS Manual de Clasificación Internacional de Deficiencias Discapacidades y Minusvalías, 1980

Perales A, León R & Mezzich J E. Proposición de un Modelo de Normalidad en Salud Mental y Clasificación Multiaxial. Anales de Salud Mental, 1989; Vol. V N° 1 y 2

Watts F & Bennett D. El Concepto de Rehabilitación. En Rehabilitación Psiquiátrica: Teoría y Práctica. Editorial Limusa S.A. de C.V. México D. F. 1990.