

**REHABILITACION DEL ENFERMO MENTAL EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI"**

*Mercedes AREVALO GUZMAN (\*)*

**PALABRAS CLAVE:** *Discapacidad mental - Rehabilitación psicosocial - Rehabilitación sociolaboral*

**KEY WORDS:** *Mental handicap - Psychosocial rehabilitation - Socio-occupational rehabilitation*

*El Programa de Salud Mental Comunitaria del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" desarrolla un programa de rehabilitación dirigido a discapacitados mentales, en los distritos de Independencia y San Martín de Porres. Las actividades del programa comprende la rehabilitación psicosocial y sociolaboral del enfermo, utilizando en tal proceso los propios recursos de la comunidad. En sus casi 10 años de ejecución se ha logrado la creación de talleres de producción que, además de beneficiar económicamente al paciente, ha permitido su aceptación por parte de la familia y la comunidad.*

**REHABILITATION OF MENTAL PATIENTS IN THE COMMUNITY MENTAL HEALTH PROGRAM OF THE INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI"**

*The Community Mental Health Program of the Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" carries out a psychosocial rehabilitation program tailored for mental handicapped patients, in Independencia and San Martín de Porres districts. The program involves the psychosocial and socio-occupational rehabilitation of mental patients using community resources. After 10 years of execution the program has founded productive workshops that helping the patient economically have facilitated their acceptance by the family and the community.*

---

(\*) Enfermera del Departamento de Salud Mental Comunitaria, INSM "HD-HN".

Las personas que aquejan enfermedades mentales presentan, adicionalmente, discapacidades en cuanto a su funcionamiento social y laboral. Alfreck & McGuire (1) lo conceptualizan como una disminución en "Independencia-dependencia, actividad-inactividad, tanto en aspectos ocupacionales o recreativos, así como aislamiento-integración social".

Hasta hace algunos años los pacientes con trastornos mentales severos solían ser hospitalizados por tiempo prolongado, produciéndose una separación social y favoreciendo el abandono familiar. Después de la II Guerra Mundial, con el descubrimiento de los neurolépticos en los años 50, se favorece el tratamiento del discapacitado mental, disminuyendo el número de recaídas y evitando la cronicidad. Por otro lado, el desarrollo de las psicoterapias y socioterapias se presentan como alternativas al hospital psiquiátrico, apareciendo diversos programas psicosociales (After care, day care, talleres protegidos, halfway house, etc.).

Posteriormente, el enfoque terapéutico de la desinstitucionalización da mayor impulso al retorno del paciente a su comunidad; planteando, además, que él/ella debiera ser tratado en la comunidad y no en el hospital; y para que la adaptación de aquellos previamente hospitalizados fuera exitosa, se requería de un tipo de intervención que disminuyera las discapacidades causadas tanto por la enfermedad como por la hospitalización (2). Estos postulados constituyen la nueva orientación de la rehabilitación, cuyo objetivo es el reaprendizaje de actividades de la vida, la participación laboral significativa y la posibilidad de ser participe en la vida so-

ciocultural de su medio natural, la familia y la comunidad (3).

En las últimas década se han realizado diversos estudios que señalan la eficacia de variados programas de rehabilitación, y entre ellos el propuesto por Brady (4), quien observó que el entrenamiento en habilidades sociales del paciente psiquiátrico contribuye al mejoramiento del cuadro clínico. Dincin & Thomas (5) hallaron que las tasas de readmisión a los hospitales psiquiátricos de pacientes pertenecientes a un sistema ampliado de rehabilitación representa la tercera parte del número total de pacientes tratados en un programa tradicional. Por lo expuesto, la rehabilitación se viene convirtiendo en elemento importante en el tratamiento y recuperación que ayuda al discapacitado mental a tener un mejor desempeño en su medio natural.

De otro lado, el incremento de la población paralelamente con sus necesidades de salud, dieron lugar al desarrollo de estrategias que permitiera el logro de salud para todos en el año 2,000. Así, la Atención Primaria de Salud se plantea como medio para lograr la satisfacción de las necesidades básicas de salud de los grupos postergados y marginados (5). En el contexto del programa, la Organización Mundial de la Salud define a la rehabilitación como: "un conjunto de acciones médicas, psicológicas, sociales, culturales y vocacionales, que en forma combinada y coordinada ayudan al minusválido a alcanzar el más alto nivel de funcionamiento. Para ello, se debe trabajar con participación comunitaria, utilizando tecnología adecuada y simplificada, y los sistemas de servicios públicos" (6).

A continuación, se presenta la experiencia del Departamento de Salud Mental Comunitaria del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (INSM "HD-HN") en la implementación del programa de rehabilitación comunitaria.

### **PROGRAMA DE REHABILITACION EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA**

El Departamento de Salud Mental Comunitaria del INSM "HD-HN" inicia sus actividades en el año 1980, en 7 centros de salud ubicados en los distritos de San Martín de Porres e Independencia. Inicialmente, se desarrollaban actividades de tipo preventivo/promocional y asistencial, encaminados a la prevención secundaria. En el transcurso de los años, se observa un incremento en el número de pacientes psicóticos crónicos, principalmente con diagnóstico de esquizofrenia; asimismo, reacciones negativas de la familia y la comunidad, evidentes a través de actitudes y conductas prejuiciosas frente al enfermo mental ("No deben salir a la calle, ya no pueden vivir con gente sana, es enfermo y no sirve para nada, es una cruz que tenemos que cargar"). La precaria situación económica de la población, agravadas por su menor accesibilidad al empleo, educación y vivienda; la escasez en el número de profesionales de salud mental; y la ausencia de instituciones de soporte social, hicieron que nuestro programa buscara alternativas no convencionales que favorezcan la rehabilitación del enfermo mental.

En el año 1984 se inicia un programa de seguimiento de pacientes esquizofrénicos

(7), con el propósito de mejorar la limitada capacidad del paciente para resolver los problemas de la vida diaria y manejar las tensiones; los serios conflictos interpersonales; la gran dependencia familiar; y la inactividad. Inicialmente, se visita a los pacientes en sus hogares y se empezó a brindar educación a la familia sobre el manejo de diversas conductas, especialmente de aquellas producidas por los síntomas residuales. Con los pacientes se realizaron actividades de autocuidado (higiene, limpieza del vestido, hábitos alimenticios, etc.), y al mismo tiempo se les motivaba a integrar un grupo, formándose así los primeros Clubes Psicosociales en la Comunidad. Todos los integrantes son, en un primer momento, pacientes esquizofrénicos, integrándose, posteriormente, pacientes con otros diagnósticos psiquiátricos y algunos familiares. El rol de actividades era programada conjuntamente con la enfermera responsable del Club, y eran, básicamente, de tipo recreativo y deportivo que permitía mantener la motivación de participar en el grupo. Otra de las actividades medulares fue la reeducación del paciente con miras a su mejor desenvolvimiento en la vida diaria. El equipo se esforzaba en todo momento de generar un ambiente informal, donde el terapeuta realizaba con entusiasmo las mismas actividades del paciente. Se utiliza ambientes comunitarios tales como campos deportivos, parroquias o ambientes comunales, para las actividades mencionadas.

En los años siguientes se consideró la necesidad de contar con una Clínica de Día, con la participación de un equipo de salud mental (psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras, técnicos

de enfermería, profesores y artesanos), orientado a mejorar el autovalimiento y las relaciones interpersonales de los pacientes, y a prepararlos para el desempeño laboral. Las actividades eran diarias en un horario de cinco horas, al término del cual retornaban a sus hogares para continuar con las actividades aprendidas durante la mañana, bajo la supervisión de un familiar previamente adiestrado.

Luego de la evaluación del programa, realizado conjuntamente con los familiares de pacientes, se decidió dar mayor énfasis a las actividades de tipo productivo, dada la crisis económica del país, y asimismo tomando en consideración la observación respecto a la existencia de una estrecha relación entre la variable económica y el rechazo del paciente por la familia (8). Se empieza a formar así los primeros Talleres de Producción; y para ello, los pacientes y familiares fueron entrenados en diversas áreas según el producto a elaborar. Se formaron 2 cafeterías, 2 talleres de cestería y 2 talleres de tejido y costura.

Los Talleres de Producción tiene como objetivo mejorar el funcionamiento laboral del paciente, favoreciendo su integración social e independencia económica. Participan del programa, en forma voluntaria, maestros, artesanos, familiares con algunas habilidades laborales y personal de salud. La familia va asumiendo progresivamente la responsabilidad de la rehabilitación, y buscan de modo organizado la participación de otras instituciones tales como Municipio, los Centros Educativos, Organizaciones no Gubernamentales, Parroquias, grupos de apoyo social y alimentario como CARITAS y de apoyo

económico para la construcción de infraestructura como FONCODES. La familia que creía, inicialmente, que su paciente era una carga económica, comprende actualmente que puede ser un elemento productivo para su comunidad. Gary & Bond (9) en su revisión de 3 estudios realizados en Chicago hallaron una clara evidencia en beneficios económicos derivados de los programas de rehabilitación.

El paciente y su familia participan también en actividades preventiva/promocional de salud general, como las campañas de vacunación, contra el cólera, detección del cáncer, etc. Adicionalmente, se organizan campeonatos deportivos con la participación de diversos clubes sociales y deportivos de la comunidad, presentaciones artístico-culturales, ferias artesanales donde intervienen grupos de discapacitados físicos, personas de la tercera edad, clubes de madres, entre otros; los familiares y pacientes integran también otras organizaciones bases de la comunidad, en las cuales se difunde información sobre las actividades de rehabilitación. Esta intervención tiene el propósito de informar y educar a la comunidad respecto a la enfermedad mental.

En el año 1991, el Programa de Rehabilitación del Departamento organizó de modo más sistemático su actividades en esta área, considerando las recomendaciones de autores como Graig y Thomas (10) quienes señalan que un programa estructurado y sistematizado en rehabilitación disminuye la tasa de readmisión.

El principal objetivo del programa es: "elevar el nivel de Salud Mental, y la calidad de vida del minusválido mental y

su familia, mediante la reducción de los problemas relacionados con su conducta sociolaboral y problemas psicosociales". Comprende 3 subprogramas:

a) *Psicosocial*, que fomenta el desarrollo del individuo y su familia, favoreciendo su integración y reinserción social. El objetivo se logra a través de un conjunto de actividades encaminadas a reorganizar el vínculo familiar, potenciando la comunicación y la capacidad de cohesión, para plantear alternativas de solución a sus problemas.

b) *Sociolaboral*, tiene por finalidad el desarrollo de potencialidades y habilidades productivas del individuo y su familia, que como grupo asuma funciones sociolaborales productivas en la comunidad.

c) *Capacitación*, se capacita a personas motivadas para el quehacer rehabilitatorio, denominadas Agentes Comunitarios en rehabilitación. El objetivo se orienta a la participación activa de la comunidad en el programa de rehabilitación, y eventualmente asuman la responsabilidad. Asimismo, el programa que se viene desarrollando actualmente comprende tres fases:

*Primera Fase.* Utiliza la estrategia de Atención Primaria de Salud y los principios de Rehabilitación Basados en la Comunidad. Su aplicación implica la optimización de los recursos existentes tanto comunitarios como gubernamentales. Consiste en la difusión de conocimientos científicos y técnicos en la comunidad.

*Segunda Fase.* Comprende la capacitación del Agente Comunitario en Rehabilitación. Con la participación de maestros, artesanos, familiares, voluntarios y el equipo de salud se formulan los módulos de capacitación según las necesidades del Agente. Cada módulo tiene objetivos específicos, la metodología es teórico-práctica con contenidos sencillos y comprensibles. Actualmente se cuenta con 2 módulos de capacitación y está en elaboración el Manual de Rehabilitación para Agentes Comunitarios.

*Tercera Fase.* Participación activa del Agente Comunitario en los Sub-programas de Rehabilitación, bajo la asesoría y supervisión del equipo de salud. Cada profesional del equipo está a cargo del desarrollo de técnicas e instrumentos sencillos y adaptados para su uso por los Agentes.

### COMENTARIOS FINALES

Finalmente, como corolario, la experiencia lograda a través del programa de Rehabilitación en el Departamento de Salud Mental Comunitaria dle INSM "HD-HN", nos permite afirmar que la rehabilitación debe ser hecha en la comunidad evitando así la ruptura del vínculo entre el paciente, su familia y comunidad. Es posible erradicar los mitos existentes en la comunidad respecto al discapacitado mental; asimismo, utilizar los recursos comunitarios en la rehabilitación de sus miembros enfermos; y educar a la comunidad para la valoración del paciente como cualquier otro ser humano que requiere de afecto, apoyo y reconocimiento.

## REFERENCIAS

- (1) AFFLECK J & MACGUIRE R. The Measurement of Psychiatric Rehabilitation Status. A review of the needs and new scale. *British J Psychiatry*, 1984; (145):517-525
- (2) EGRI G. La rehabilitación en salud mental con base en la comunidad. *Técnicas de Salud Mental en la Comunidad*. 1992
- (3) OPS/OMS. Declaración de Caracas. En Reestructuración de la Atención Psiquiátrica. Washington D.C. 1991
- (4) BRADY JP. Social Skills Training for Psychiatric Patients. I Concepts, Methods and Clinical Results. *Am J Psychiatry* 1984; (141):333-340
- (5) DINCIN J & THOMAS FW. Psychiatric Rehabilitation as a Detrrent to Redivism. *Hosp. Community Psychiatry*, 1984; 333-340
- (6) OPS/OMS. Manual para Trabajadores en Rehabilitación. Ginebra 1983
- (7) PERALES A. Salud mental en el Perú: variables socioeconómica, políticas y culturales. *Anales de Salud Mental* 1993 (IX):91-93
- (8) Programa de Seguimiento de Pacientes Esquizofrénicos. Departamento de Salud Mental Comunitaria. 1987 (Documento Interno)
- (9) BOND GR. Economic Analysis of Psychosocial Rehabilitation (Chicago). *Hosp. Community Psychiatry*, 1984; (35):356-352
- (10) THOMES G & BRACKEN J. Recidivism and Comprehensive Care Systems. *Compr Psychiatry*, 1982; (23):401-408

Dirección Postal: Av. Alameda Palao s/n S.M.P.