Programas de Rehabilitación Psicosocial de los COSAM de Zona Occidente en la Región Metropolitana de Santiago, Chile.

Resumen

Este estudio es una aproximación cuyo objetivo fue realizar una caracterización de los Programas de Rehabilitación Psicosocial que se están implementando en los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM).

Se utilizó una metodología descriptiva. Participaron cuatro COSAM de la Zona Occidente (COSAM 1, 2, 3 y 4). Para la recolección de datos se utilizó una Ficha de Caracterización creada para este estudio.

Los resultados muestran que los programas al tener poco tiempo de implementación, no cuentan con información documentada y sistematizada. Sin embargo, tienen objetivos, componentes y actividades congruentes con lo señalado por la literatura respecto a estos programas y con lo destacado por la Norma Técnica, ente que los regula.

Introducción

En contraposición al Modelo Hospitalario, el Plan Nacional Salud Mental y Psiquiatría chileno propone el enfoque Comunitario de Salud Mental, el cual se caracteriza por considerar a los trastornos mentales como alteraciones de la salud de carácter Biopsicosocial, susceptibles de recibir una atención preventiva, curativa y rehabilitadora en el medio donde se desenvuelve la persona enferma.

En este sentido, el Ministerio de Salud apuesta a los Programas de Rehabilitación Psicosocial basados en el enfoque Comunitario de Salud Mental dentro del cual se encuentran los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM), que enfatiza las necesidades de las comunidades en general y de las personas que sufren alguna enfermedad mental, en este caso esquizofrenia. Es decir, propone un énfasis comunitario al trato de los problemas de salud mental que está fomentado un modelo de atención comunitario aplicando los recursos asistenciales disponibles de forma coordinada e integrada a través de estrategias comunitarias de grupos de usuarios y familiares (Funk, Minoletti, Drew, Taylor & Saraceno, 2005; Minoletti & Zacaría, 2005).

Es importante un modelo teórico con una filosofía de cómo hacer las cosas y tener siempre presente que tal como manifiesta Florit (2006) “en la rehabilitación psicosocial no todo vale y cuando se activa un proceso de rehabilitación, éste debe estar encaminado al final a obtener una mejora en la calidad de vida del sujeto en su medio natural”.

Los Programas de Rehabilitación Psicosocial cuentan con una fundamentación teórica y con programas de intervención basados en la evidencia.

La Rehabilitación Psicosocial se presenta como una disciplina integradora de distintos abordajes terapéuticos. Recientemente ha tenido un fuerte desarrollo, situándose en el punto central de la atención comunitaria de las personas con esquizofrenia (Cirici, García & Obiols, 2001).

Sin embargo, existen dificultades, ya que en muchas ocasiones se usa el término de Rehabilitación Psicosocial para una variedad de intervenciones muy diferentes y desde modelos teóricos diversos (Florit, 2006). Investigaciones realizadas a nivel internacional, demuestran que los tratamientos psicosociales desarrollados son efectivos terapéuticamente, ya que mejoran el funcionamiento psicosocial, ayuda a reducir las recaídas y re-hospitalizaciones, y a tener un funcionamiento comunitario más satisfactorio para el paciente; mejoran las relaciones e interacción social, así como también ayuda a la reinserción del paciente en la comunidad. (Cirici, et al., 2001; Díaz, Ortega, Murrow, Valencia & Ramírez, 1998, Díaz, Ortega, et al,. 2005; Díaz, Rascón, et al., 1996; Florit, 2006; Laguna & Turull, 2000; Leal & Castilla, 2002; Valencia, 1996, 1999; Valencia, et al., 2003; Valencia, Ortega, Rodríguez & Gómez, 2004; Valencia & Saldívar, 1993; Valencia, Saldívar & Rivera, 1997).

La Rehabilitación Psicosocial definida por Rodríguez (1997) como “aquel proceso cuya meta global es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a mejorar su Funcionamiento Psicosocial y a reintegrarse en la comunidad de modo que les permita mantenerse en su entorno social, en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible” (p. 456). Este proceso considera dos actores principales: la sociedad y el paciente. La sociedad ha de ejercer un papel activo en dos sentidos fundamentales, por un lado, brindando oportunidades al individuo para que se

desarrolle e integre de forma normalizada en la misma, y por otro lado, favoreciendo una cultura social y una actitud de aceptación de las diferencias del otro. En este sentido, la rehabilitación y la integración son mutuamente determinantes, pues la rehabilitación sólo tiene sentido junto con la integración.

Se considera que el tratamiento psicofarmacológico es esencial en el tratamiento de la esquizofrenia y demás psicosis, pero es necesario un buen soporte terapéutico para la buena evolución de la enfermedad, siendo este soporte la Rehabilitación Psicosocial (Valencia et al., 2003; Liberman, 1998).

En Chile los Programas de Rehabilitación Psicosocial están siendo ejecutados, sin embargo, esto se realiza de forma incipiente de modo que se hace necesario describir y sistematizar estos programas y enfatizar en los lineamientos de la Norma Técnica, instrumento que regula dichos programas.

Marco de investigación

Un objetivo importante propuesto en esta investigación fue caracterizar las formas de operar de los Programas de Rehabilitación Psicosocial ejecutados por los COSAM de la Zona Occidente de la Región Metropolitana de Santiago. Para tal efecto se pretende describir y sistematizar las características de los programas, así como analizar los diferentes tipos de estrategias o actividades realizadas en dichos.

En Chile el MINSAL (2006b), a través de la Norma Técnica, plantea que los objetivos de los Programas de Rehabilitación Psicosocial son:

- Que los usuarios se mantengan estabilizados desde el punto de vista psicopatológico, disminuyendo la frecuencia de las crisis y la sintomatología activa.
- Que los usuarios desarrollen habilidades, destrezas y capacidades personales para un mejor desempeño en los roles de la vida cotidiana, con énfasis en las áreas de actividad primaria: cuidado personal, descanso/hábitat, recreación, trabajo/actividad e intercambios.

- Que los usuarios aumenten sus posibilidades de intercambio social en diversos ambientes y desarrollen las habilidades psicosociales necesarias que les permitan comportarse en la forma más exitosa y eficaz en esos ambientes.
- Que la familia de cada usuario participe activamente en el proceso de rehabilitación, desarrolle capacidades para promover el autocuidado y autonomía del individuo en un máximo nivel posible, y facilite y apoye la inserción social y laboral.
- Que la familia desarrolle capacidades para generar entre sus miembros prácticas relacionales más saludables, especialmente en aquellos casos donde sea determinante para el bienestar del usuario y del propio grupo familiar.
- Que el entorno laboral, social y comunitario cotidiano de cada usuario participe activamente en el proceso de rehabilitación, logre generar espacios de acogida e integración para aquél, y pueda movilizar recursos específicos que estimulen su desarrollo.

Es decir, el fin último de estos programas es lograr que los pacientes puedan insertarse con el máximo nivel de autonomía posible en su entorno (laboral, social, familiar y comunitario) adecuado a sus capacidades, potencialidades, necesidades y deseos, y que por consiguiente puedan mejorar su calidad de vida y percepción global de satisfacción de acuerdo al contexto cultural y valores, meta, expectativas e intereses.

Metodología:

Respecto a la caracterización de los Programas de Rehabilitación Psicosocial, se trata de un trabajo descriptivo, a fin de lograr una sistematización de los aspectos más importantes de los Programas de Rehabilitación Psicosocial y de los COSAM en los cuales son implementados.

La Población estuvo conformada por los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM), correspondientes a la Zona Occidente de la Región Metropolitana. La muestra es no probabilística y de tipo intencional.

La muestra estuvo conformada por cuatro de los siete COSAM de la Zona Occidente, que implementaban Programas de Rehabilitación Psicosocial dirigidos a personas con esquizofrenia, específicamente fueron incluidos los COSAM 1, 2, 3 y 4. La decisión

final de considerar solamente estos cuatro COSAM en la investigación responde a que, uno de los COSAM se descartó por tener menos de un año de estar implementando el programa y los otros dos respondieron de manera tardía, por lo que no se incluyeron en la investigación.

Instrumento

Para el logro del objetivo de investigación se recogió la información a través de una ficha de caracterización creada para este fin. Ésta se entregó a cada uno de los COSAM para ser completada por él/la coordinador/a del programa de interés, se realizó una revisión de fichas clínicas de los pacientes, la revisión de documentos de cada centro, entrevistas con los profesionales del equipo para completar la información sobre algunos aspectos del programa y además se realizaron conversaciones con las personas con esquizofrenia y se empleó la observación por parte de las investigadoras.

Procedimiento

En el primer paso, y teniendo las autorizaciones correspondientes del Ministerio de Salud, se procedió a realizar visitas de reconocimientos en terreno y solicitar la autorización de cada director de los establecimientos de salud para realizar el presente estudio.

Seguidamente, se entregó la Ficha de Caracterización a los equipos de trabajo de cada COSAM para que completaran la información solicitada. En algunos casos no completaron todos los aspectos, por lo que se completó la ficha revisando algunos documentos escritos de cada programa, entrevistando a algunos miembros de los equipos o revisando fichas clínicas de los pacientes.

Resultados

Cada COSAM se describe en una ficha de caracterización señalando su nombre, dirección y teléfono. Además, se describe el tipo de población atendida en los Programas de Rehabilitación Psicosocial, las definiciones generales y objetivos del programa, la implementación del programa y estrategias y/o actividades, la forma de

planificación de estrategias o actividades, la composición del equipo responsable y/o ejecutor del programa (considerando la profesión, cargo y tareas realizadas), el foco de intervención, el egreso de las personas y las formas de evaluación del programa.

A continuación, se presenta el Cuadro N° 1 que sintetiza la información más relevante de esta caracterización en relación a cada apartado, para luego analizar de manera comparativa los distintos aspectos (ver Tabla N° 1)

[Insertar Tabla N° 1 aprox. aquí]

Se analizó la información sistematizada en las fichas de caracterización, donde además se completó la información de éstas a través de las entrevistas realizadas a los equipos ejecutores de los programas de interés, y de los documentos y fichas clínicas revisadas. Este análisis fue complementado con observaciones y por comentarios realizados por los pacientes.

1. *Población objetivo y criterios de ingreso*

El primer aspecto que se analizó en la investigación con respecto a los COSAM que implementan Programas de Rehabilitación Psicosocial, es la población objetivo. A este respecto, los diferentes COSAM atienden personas con características bastante similares en cuanto a la derivación, patología, grado de complejidad, edad y sexo, destacando solamente que si bien tres de los COSAM atienden personas de un nivel socioeconómico medio-bajo, dos de ellos (COSAM 3 y 4) incluyen también población de estrato socioeconómico bajo.

Es relevante consignar que en todos los COSAM analizados, un criterio primordial para que la persona ingrese al programa es que tenga cronicidad y debe estar compensado en su patología, trabajando todos con los pacientes en la Rehabilitación Tipo 1[1].

[1] La Rehabilitación Tipo 1 se refiere al tipo de rehabilitación en la que se trabaja con los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, específicamente, corresponde a la rehabilitación para aquellos pacientes cuya discapacidad sea de moderada a severa según la escala de discapacidad del CIE 10.

2. *Foco de los objetivos*

Respecto a este apartado, dos de los COSAM (1 y 2) tienen como foco el tratamiento, la rehabilitación, prevención y la promoción, mientras que los COSAM 3 y 4 tienen como foco la rehabilitación y el tratamiento. El COSAM 4 señala que está en proyecto la promoción.

El factor común en relación a los Programas de Rehabilitación Psicosocial dirigidos a los pacientes con esquizofrenia de los cuatro COSAM que forman parte del estudio, es la intención de ofrecer una atención integral al paciente. Ello se pretende a través del diagnóstico precoz, el desarrollo y continuidad del tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social. Además, se considera importante fortalecer el rol de la familia como agente activo protector en el pronóstico y en la inserción social del paciente. Sin embargo, es interesante señalar que regularmente no se realizan actividades dirigidas a este aspecto como se mencionará en el apartado de estrategias y actividades.

El análisis de los objetivos específicos permite conocer la forma en que los equipos encargados de ejecutar los Programas de Rehabilitación Psicosocial operacionalizan sus metas, y conocer en qué medida estos objetivos obedecen a los objetivos generales. En este sentido, los objetivos específicos analizados son concordantes con los objetivos generales propuestos en los programas y además, son concordantes con el foco de los mismos.

3. Composición de los equipos de trabajo

Los equipos de trabajo, como lo indica la literatura, todos son multidisciplinarios formados por profesionales de las Ciencias Médicas y de las Ciencias Sociales. Todos los COSAM del estudio cuentan con Psicólogo/a, Psiquiatra y Asistente Social. Además, todos cuentan con un Terapeuta Ocupacional a excepción del COSAM 3. Por otro lado, sólo este COSAM cuenta con una Profesora de Educación Física, una Monitora y un Artesano como parte del equipo. Por su parte, sólo el COSAM 2 tiene un Antropólogo como parte del equipo y sólo el COSAM 4 tiene Enfermera.

En cuanto a la estabilidad laboral, todos los miembros del equipo de trabajo del COSAM 1 gozan de estabilidad laboral (están con contrato indefinido); en el COSAM 3, todo el equipo, excepto su directora y la profesora de educación física, tienen régimen laboral de contrato a plazo fijo, algunos por media jornada. Los equipos de COSAM 2 y 4 están sujetos a contratos a honorarios (por horas).

Cabe señalar que la composición de equipo de trabajo y su situación de estabilidad son importantes, ya que éstos son factores que pueden influir de manera positiva o negativa en la efectividad del tratamiento ofrecido a los pacientes. Por ejemplo, y como se mencionará en el apartado de las estrategias y/o actividades, en el caso de los profesionales del COSAM que trabajan por pocas horas semanales, se les dificulta poder realizar de manera más regular algunas actividades, como los talleres laborales y las visitas domiciliarias, todo esto según lo indican los profesionales, por falta de tiempo.

4. Estrategias y/o actividades

Uno de los aspectos más importantes en la descripción y análisis de los Programas de Rehabilitación Psicosocial, es el de las estrategias y/o actividades que se ejecutan como parte de éstos. La característica principal de estos programas es que realizan actividades de intervención en paralelo con las actividades del tratamiento tradicional. Además, conocer el número y el tipo de estrategias desarrolladas en el tratamiento de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia resulta importante, ya que según el nuevo modelo de Psiquiatría Comunitaria, son las estrategias las que permitirán ayudar a las personas a mejorar su funcionamiento psicosocial y a reintegrarse en la comunidad de modo que les permita mantenerse en su entorno social.

Sin embargo, en la mayoría de los COSAM se considera que con la sola asistencia del paciente al control psiquiátrico mensual, éste ya está participando del Programa de Rehabilitación Psicosocial, lo cual no se condice con el modelo antes mencionado.

Los Programas de Rehabilitación Psicosocial tienen en su haber una diversidad de estrategias, las cuales son implementadas a discreción por los respectivos profesionales de los equipos en cada COSAM. En este sentido, los COSAM coinciden en el desarrollo

de algunas estrategias en dos modalidades: modalidad *Atención*[2] y modalidad *Intervención*[3]. Por ejemplo, los cuatro COSAM realizan la modalidad de *Atención* (Atención Psiquiátrica, Atención Psicológica y Visitas Domiciliarias) por lo tanto, en adelante al hacer referencia de las actividades, es específicamente en relación a los talleres o modalidad Intervención (Taller Laboral, Taller de Ergoterapia, Orientación Psicoeducativa, Atención en Salud Mental, Taller Biopsicosocial, Taller de Habilidades para la Vida, Taller de Exploración Comunitaria, Taller de Socioterapia Taller Psicosocial y Taller a Grupo Familiar (Ver Tabla 2).

[Insertar Tabla N° 2 aprox. aquí]

Los COSAM 1 y 3 desarrollan como parte de sus estrategias (modalidad intervención) un Taller Laboral; los COSAM 2 y 3 ejecutan un Taller de Ergoterapia; los COSAM 2 y 4 realizan Orientación Psicoeducativa; el de 2 y 3 brindan Atención en Salud Mental[4]. Por su parte, los COSAM 3 y 4 desarrollan un Taller Psicosocial.

Cabe mencionar que existen talleres que son desarrollados de manera exclusiva por algún COSAM, como es el caso del COSAM 1, el cual ejecuta un Taller Biopsicosocial y un Taller de Habilidades para la Vida; el COSAM 2 desarrolla un Taller de Exploración Comunitaria y un Taller de Socioterapia .

No obstante que en la mayoría de los COSAM estudiados existan diferentes nombres para los talleres, al hacer el análisis basado en la observación y en la descripción brindada por los profesionales del equipo, se puede deducir que la diferencia de estos talleres radica en el nombre que se le ha asignado a los mismos y no en la dinámica y objetivos de la actividad.

Así es posible agrupar los talleres según la visión de los objetivos que tienen. Por una parte se encuentran los talleres Biopsicosocial, de Socioterapia, el Taller de Exploración Comunitaria y el de Habilidades para la Vida que responden a objetivos con una visión más amplia de la reinserción psicosocial de las personas con esquizofrenia, estando

[2] Modalidad Atención es la atención que se ofrece en el tratamiento más tradicional a personas con esquizofrenia.
[3] Modalidad Intervención son actividades de intervención realizadas en paralelo a las actividades del tratamiento tradicional para pacientes con esquizofrenia.
[4] Atención en Salud Mental, según lo indicado por el equipo, se refiere a escuchar al paciente, estar disponible en caso que lo necesite y contenerlo.

dirigidos a promover un funcionamiento independiente en diferentes aspectos de la vida cotidiana, promover la creatividad, la expresión y la participación de estas personas. Esto se logra enseñando a la persona habilidades para el cuidado personal, actividades domésticas y ofreciéndole orientación cultural. Lo anterior implica el contacto directo del equipo de rehabilitación con la red social del paciente, estrategia dirigida a reforzar el desempeño y competencia social, y a reducir el estrés y las dificultades de las personas con esquizofrenia.

En estos talleres se desarrollan actividades de grupo con técnicas gratificantes y educativas del trato social. Estas actividades grupales siguen un proceso que va desde la realización de actividades básicas, como la configuración de pequeños grupos para jugar o realizar tareas cooperativas, hasta el entrenamiento en habilidades sociales específicas, como pedir favores, aceptar críticas y desarrollar habilidades conversacionales. Además, se busca que el paciente logre desenvolverse en su ambiente comunitario a través de la realización de trámites de la vida diaria, favoreciendo su orientación a la realidad social, cultural, deportiva, política y enseñándole recursos para buscar empleo. Algunos ejemplos son, la formación de grupos de apoyo comunitarios, grupos de autoayuda, clubes de integración social, agrupaciones de familiares, entre otras.

Por otro lado, los talleres Ergoterapia, Psicosocial y Laboral, tienen objetivos con una visión que enfatiza el área laboral, se les enseña a realizar artesanías o actividades que les permitan generar algún tipo de ingreso económico. Se trabaja sobre los intereses vocacionales y se busca ajustarlos a las habilidades del paciente y a las necesidades del mercado laboral. Estos talleres tienen el propósito que la persona logre su integración sociolaboral y que a su vez adquiera su rol de trabajador por encima del rol de enfermo, es decir, estos talleres tienen una visión más orientada hacia la reinserción laboral de la persona.

Es importante señalar que todos los COSAM consideran Talleres Familiares como parte del programa, sin embargo, al revisar las fichas clínicas, los cometarios de los pacientes y las entrevistas con los profesionales, se pudo constatar que en la práctica este tipo de actividad no se desarrolla de manera regular, debido a la falta de interés y apoyo por parte de los familiares y, además, por el escaso tiempo con que cuentan los

profesionales de los equipos ya que en su mayoría son contratados por horas, es decir, no gozan de una estabilidad laboral como se señala en el apartado de composición del equipo de trabajo

5. Planificación de actividades

Respecto a este apartado, tres de los COSAM indicaron planificar las actividades una vez al año, por medio de reuniones donde participan todos los miembros del equipo multidisciplinario. Deben identificar perfiles de conducta (conductas o situaciones en las cuales se espera que el usuario cambie), seleccionar metas, ver potencialmente cómo se beneficiaría el paciente, seleccionar los objetivos de tratamiento y la priorización de los mismos. Además, señalan realizar revisiones semanales y ajustan actividades de acuerdo a los cambios o necesidades observadas en los pacientes. Por otro lado, un COSAM planifica sus actividades semanalmente, según las necesidades de las personas atendidas.

6. Finalización de la participación del paciente en el programa

Los criterios de egreso para los pacientes están bien especificados en todos los COSAM. En el caso de todos los COSAM tienen en común el alta terapéutica como causa de finalización de la participación del paciente en el programa. Para el COSAM 2 se finaliza por logro de objetivos (la reinserción) y además por abandono al tratamiento. Por otro lado, para el COSAM 1 se egresa por baja adherencia al tratamiento que conduce al abandono.

Cabe señalar que, aunque en tres de los COSAM se contempla el alta terapéutica como causa de finalización de la participación de la persona en el programa, por parte de los equipos ejecutores de los programas existe la tendencia a mantener a las personas insertas en los mismos.

En relación al abandono, los COSAM indican que realizan acciones de rescate del paciente y su grupo familiar para que retome su asistencia al programa, sin embargo, estas acciones no siempre logran su cometido, debido a que, como se señala en el apartado cuatro, no se cuenta con mucho apoyo por parte de familiares de los pacientes.

Sobre este apartado se puede decir entonces que, si bien existe egreso de las personas por alta terapéutica, esta es poca en relación al número de pacientes que abandonan los programas.

7. Formas de evaluaciones del programa

Respecto a este punto, todos los COSAM realizan evaluaciones semanales de monitoreo. En estas evaluaciones observan los cambios en los perfiles de conducta de cada uno de las personas participantes. En los perfiles de conducta los indicadores de cambio considerados son: adherencia al tratamiento integral y funcionamiento ocupacional, social y laboral.

Sin embargo, de acuerdo a la revisión de documentos, específicamente las fichas clínicas, no existe un registro riguroso de las evaluaciones de monitoreo en cuanto a participación de las personas en las diferentes estrategias y a los cambios en los perfiles de conducta.

Es importante destacar que los COSAM 1, 3 y 4 realizan una evaluación anual, a partir de la cual planifican los talleres y actividades que desarrollarán en el siguiente año. No obstante que en el COSAM 2 no se realizan evaluaciones anuales del programa, cada uno de los profesionales del equipo evalúa semanalmente las actividades y realiza cambios de acuerdo a las necesidades del paciente.

Vale mencionar que aunque tres de los COSAM desarrollan evaluaciones anuales y semanales, dos de ellos carecen de información documentada sobre éstas. Solamente el COSAM 1 cuenta con dicha información. Esto habla de la poca sistematización existente en la actualidad en los Programas de Rehabilitación Psicosocial que se ejecutan en los COSAM estudiados, lo cual dificulta el desarrollo de evaluaciones posteriores.

Discusión

En coherencia con el objetivo propuesto, esta investigación constituye un aporte para la incorporación de herramientas que ayuden a hacer posible una futura evaluación de la

efectividad los Programas de Rehabilitación Psicosocial ejecutados por los Centros Comunitarios de Salud Mental y es aportativo en tanto ofrece una reseña de cómo funcionan en la práctica los programas en estudio.

El objetivo general buscaba caracterizar los Programas de Rehabilitación Psicosocial de los COSAM de la Zona Occidente, específicamente los subprogramas que acogen a personas con diagnóstico de esquizofrenia, y que debían estar diseñados considerando los lineamientos de la Norma Técnica del Ministerio de Salud que regula dichos programas ejecutados en los dispositivos de salud para personas adultas con TMS y discapacidad. Los objetivos de los programas en los cuatro centros estudiados son consonantes con lo que señala la Norma Técnica, en cuanto a apuntar al tratamiento, la rehabilitación, prevención y la promoción, para ofrecer atención integral del paciente. Sin embargo, hay que consignar que esto se ha logrado de manera parcial, puesto que en algunos casos la prevención y la promoción aún no se han concretado y sólo están a nivel de intención. Por otro lado en dos de los COSAM se da de manera incipiente.

Esto puede tener su explicación en que al momento del estudio, si bien la Norma Técnica había sido aprobada con anterioridad, estaba en pleno proceso de socialización, lo que significa que los profesionales de los diferentes equipos de trabajo estaban en la etapa de adaptación de los requerimientos y exigencias de este ente regulador de los programas en mención. Es posible augurar que una vez salvada esta etapa los programas tendrán mayor claridad sobre dichos requerimientos y, por consiguiente, los objetivos de tratamiento, rehabilitación, prevención y promoción señalados en la Norma Técnica se podrían concretar en gran parte de los COSAM.

Los centros estudiados cuentan con equipos de trabajo multidisciplinario y en consecuencia, con una complementariedad de enfoques, lo cual hace posible la rehabilitación psicosocial de los pacientes. Lo antes señalado es en rigor una de las características esenciales en los Programas de Rehabilitación Psicosocial.

Por otro lado, dentro de estos programas, lo primordial es llevar a la praxis actividades que permitan al paciente su rehabilitación integral incluyendo la familia, la comunidad y el uso de redes. Sin embargo, la familia tiene escasa participación y al revisar estudios realizados en países vecinos, estos indican que ésta es fundamental para que estos

programas sean efectivos (Díaz, et al., 1998, 2005; Rascón, et al., 1997; Valencia, et al., 1997, 2003; Florit, 2006). En los COSAM se desarrollan una serie de actividades que ayudan al fin último de la rehabilitación de estos pacientes, pero debido a la casi nula participación de la familia en estos programas de rehabilitación, sería conveniente replantearse de qué manera se puede incorporar a ésta, de forma tal que efectivamente, sea parte activa en estos programas.

En conclusión los Programas de Rehabilitación Psicosocial cuentan con las actividades que se complementan con el tratamiento tradicional de los pacientes, sin embargo, es imprescindible para el éxito en el proceso de rehabilitación, la participación del paciente, la familia y la comunidad.

En relación con la planificación de las actividades realizadas en los programas, si bien los equipos de trabajo cuentan con diferentes profesionales de las áreas de Ciencias Sociales, de la Salud y Educación, lo cual permite que haya una mirada holística en los métodos de trabajo, estos equipos llevan a cabo reuniones semanales para la planificación de las actividades y no hay consenso en cuanto al seguimiento que se hace. Las personas con esquizofrenia terminan su participación en los programas, generalmente por abandono o baja adherencia al tratamiento, lo que está muy relacionado con la poca participación por parte de los familiares o cercanos de la persona en tratamiento, lo cual es acorde con otros estudios internacionales (Rascón, et al., 1997; Díaz, et al., 1998; Valencia, et al., 2004, 2006). Por otra parte, si bien todos los centros estudiados señalan realizar evaluaciones del programa, lo que en la práctica se hace son monitoreos semanales de la evolución del paciente. Se precisa entonces realizar evaluaciones exhaustivas y dejar registro de los resultados, que permitan efectuar cambios e innovaciones de acuerdo a las fortalezas y debilidades del programa, encontradas a través de dichas evaluaciones.

Cabe señalar que, al observar las diferentes actividades realizadas por estos programas, ninguna enfatiza en el tema de las relaciones de pareja, específicamente en cómo manejarse en esta área. A manera de reflexión cabe preguntarse: ¿existe la tendencia a la negación del derecho a la vida sexual de la persona con esquizofrenia por parte de la

sociedad en general, y lo que es más grave aún, por parte de los profesionales que los tratan?

En este sentido, podemos sugerir que en los Programas de Rehabilitación Psicosocial orienten esfuerzos a buscar actividades alternativas para las personas que permitan, por un lado, atenuar los efectos negativos causados por el uso prolongado de los medicamentos, y por otro lado, orientarlos sobre cómo manejarse en el área sexual.

En este contexto, para la rehabilitación psicosocial de estas personas se hace necesario entonces enfatizar no sólo la importancia de que el paciente tome medicamentos, sino también el manejo de los diferentes aspectos de su vida, de manera tal que pueda tener ocupación, red de apoyo social o familiar, vida sexual etc., y así se puedan empoderar, es decir, adquieran un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan su salud (Scriven & Stiddard, 2003), así como también puedan recuperar el interés en los diferentes aspectos de la vida.

En los centros estudiados es poco lo que se está haciendo para integrar a la familia en la rehabilitación de la persona con esquizofrenia, por tanto, hay que sugerir la verdadera práctica regular de una actividad que incluya este recurso insoslayable. Es imperante trabajar de modo conjunto con los grupos familiares de estas personas para lograr con mayor certeza la rehabilitación integral de las mismas, y por consiguiente, su reinserción en la comunidad tal y como indica la OMS (1994 citado en MINSAL, 2006b), cuando dice que la rehabilitación se lleva a cabo por medio de los esfuerzos combinados de las propias personas discapacitadas, de sus familias y comunidades, y de los servicios de salud, educativos, sociales y de carácter laboral correspondientes, y esto probablemente permita a los pacientes alcanzar niveles de funcionamiento muy bueno.

Los centros tienen características y formas de operar bastante similares, sin embargo, ejecutan actividades en común (*modalidad Atención*) y sin diferencias entre ellos, pero también desarrollan actividades (*modalidad Intervención*) que de alguna manera marcan una leve diferencia en cuanto a los logros con los pacientes, específicamente, en su funcionamiento psicosocial. En relación a lo último, los COSAM se diferencian en cuanto que los talleres que realizan tienen visiones diferentes, por ejemplo algunos centros tienen una visión amplia de la reinserción.

Por otro lado, al explorar la modalidad de Atención, en este caso atención con Psiquiatra y Psicólogo, se observó en algunos centros una orientación preventiva de parte de estos profesionales al gestionar y ofrecer atención al paciente según la necesidad del mismo, y en algunos casos en fechas no programadas con anticipación. Surge aquí la incógnita: ¿es en algún caso un circuito asistencial o un circuito rehabilitador?

Es viable que de manera alguna estas diferencias entre los equipos de trabajo sean influyentes en la rehabilitación psicosocial y en el funcionamiento psicosocial del paciente. Lamentablemente, muchas personas con esquizofrenia no pasan del circuito asistencial al rehabilitador y otros muchos abandonan prematuramente el circuito rehabilitador sin que hay una verdadera continuidad en el seguimiento, a nuestro entender por: a) falta de coordinación entre los dispositivos rehabilitadores y la comunidad y b) falta de apoyo de las familias a los procesos rehabilitadores.

A manera de reflexión, no debe olvidarse entonces, que la garantía de un Programa de Rehabilitación Psicosocial orientado a la reinserción en la comunidad no depende sólo de las habilidades que se adquieran y potencien, sino de en qué medida éstas pueden ser extensivas al medio habitual de vida del paciente. A partir de lo anterior queda sugerir, por tanto, que dentro de los dispositivos de salud mental se enfatice la coordinación entre dispositivos rehabilitadores, familia y comunidad, para una exitosa rehabilitación e integración del paciente.

Referencias Bibliográficas

Cirici, R., García, M. & Obiols, J. (2001). Estrategias para aumentar la competencia social de los pacientes que sufren esquizofrenia. *Rev. Psiquiatría*, Fac. Med. Barna, *28* (1), 8-15.

Chile, Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud pública, División de Prevención Y Control de Enfermedades, Dpto. de Salud Mental. *Norma Técnica Rehabilitación Psicosocial para personas adultas con trastornos psiquiátricos severos y discapacidad*. Santiago: Septiembre de 2006b.

Díaz, R., Ortega, H., Leaños, C., Rodríguez, S., Rascón, M., Valencia, et al., (2005). La rehabilitación integral del paciente esquizofrénico en México: El modelo del

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Grupo III. *Salud Mental, 26* (6), 9-19.

Díaz, R., Rascón, M., Ortega, H., Murrow, E., Valencia, M. & Ramírez, I. (1996). El manejo integral del paciente esquizofrénico: Un modelo del Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Salud Mental, 19* (4), 1-7.

Díaz, R., Rascón, M., Ortega, H., Murrow, E., Valencia, M. & Ramírez, I. (1998). Evaluación de un programa de rehabilitación del paciente esquizofrénico. *Revista de la Facultad de Medicina (UNAM). 4* (2), 51-59.

Florit, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de Psicología, 24* (1-3), 223-244.

Funk, M., Minoletti, A., Drew, N., Taylor, J. & Saraceno, B. (2005). Advocacy for mental health: Roles for consumer and family organizations and governments. *Health Promotion International, 21,* 70-75.

Laguna, E. & Turull, N. (2000). Aplicaciones del análisis del discurso en rehabilitación psicosocial con pacientes esquizofrénicos. *Rev. Psiquiatría, Fac. Med. Barna*, 27 (4), 193-200.

Leal, F. & Castilla, A. (2002). Luces y sombras en los procesos de rehabilitación psicosocial de los enfermos psicóticos. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq, 12 (*84), 155-163.

Liberman, R., (1998). Biobehavioral therapy: Interactions between pharmacotherapy and behaviour therapy in schizophrenia. In T. Wykes, N. Tarrier & S. Lewis (Eds.), *Outcome and Innovation in Psychological Treatment of Schizophrenia* (pp. 179 - 199), Chichester Willey.

Minoletti, A. & Zacaría, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública/ Panamerican Journal Public Health, 18,* 346-358.

Rascón, M., Díaz, R., López, J. & Reyes, C. (1997). La necesidad de dar atención a las familias responsables del cuidado de pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental, 20* (suplemento julio), 55-64.

Rodríguez, A. (1997). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos.* Madrid: Pirámide.

Scriven, A. & Stiddard, L. (2003). Empowering schools: translating health promotion

principles into Practice. Health Education. 103 (2), 110-118.

Valencia, M. (1996). Manejo Psicosocial del paciente esquizofrénico. *Psiquiatría, 12* (3), 72-85.

Valencia, M. (1999). Programa de intervención psicosocial para pacientes esquizofrénicos crónicos. *Salud Mental, 22* (Especial), 128-137.

Valencia, M., Murrow, E. & Rascón, M. (2006). Comparación de tres modalidades de intervención en esquizofrenia: Terapia psicosocial, musicoterapia y terapias múltiples. *Revista Latinoamericana de Psicología, 38* (3), 535-549.

Valencia, M., Ortega, H. Rodríguez, M. & Gómez, L. (2004). Estudio comparativo respecto a consideraciones clínicas y psicoterapéuticas en el tratamiento biopsicosocial de la esquizofrenia. 2ª parte. *Salud Mental, 27* (4), agosto 2004.

Valencia, M., Rascón, M. & Quiroga, H. (2003). Aportaciones de la investigación respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental. 26* (5), 1-18, octubre.

Valencia, M. & Saldívar, G. (1993). Seguimiento comunitario de pacientes esquizofrénicos. En INFPRFM (editor) (Ed.), *Anales*. *Reseña de la VIII Reunión de Investigación* [Abstract] (pp. 145-153). México: IMP.

Valencia, M., Saldívar, G. & Rivera, E. (1997). Funcionamiento psicosocial en pacientes con esquizofrenia: treinta meses de seguimiento comunitario. *Salud mental, 20* (2), 26-37.

Tabla 1: Aspectos Relevantes de los Programas por COSAM

Aspectos del Programa	COSAM 1	COSAM 2	COSAM 3	COSAM 4
1. Población objetivo	Hombres y mujeres de 18 a 65 años con diagnóstico de esquizofrenia, que estén compensados. Derivación desde la red de atención primaria o terciaria (con interconsulta) u otras instituciones de la red. NSE medio-bajo.	Hombres y mujeres de 18 a 65 años con diagnóstico de esquizofrenia, que estén compensados. Derivación desde Atención Primaria de Salud (APS) o nivel terciario de pacientes compensados. NSE medio-bajo.	Hombres y mujeres de 18 a 65 años con diagnóstico de esquizofrenia, que estén compensados. Derivación desde la red de atención primaria o terciaria (con interconsulta) u otras instituciones de la red. NSE medio-bajo y bajo.	Hombres y mujeres de 18 años con diagnóstico de esquizofrenia, compensados. Derivados de dispositivos de la red de salud (Hospital Félix Bulnes) con interconsulta. NSE bajo.
2. Foco de los objetivos	Foco en tratamiento, rehabilitación, prevención y promoción, promoviendo la adherencia al tratamiento farmacológico y psicosocial; el mejoramiento del funcionamiento cognitivo, social, familiar y laboral; y el aumento del conocimiento del cuidador sobre la enfermedad y el tratamiento, y desarrollar habilidades específicas en éste para el manejo de conductas problemáticas.	Foco en rehabilitación, tratamiento, prevención y promoción a través de la generación y fortalecimiento de espacios para mejorar habilidades de comunicación e interacción, de procesamientos y motoras; la promoción del desarrollo de habilidades de participación y competencia ocupacional; y la promoción de la aceptación por parte de las redes sociales para su reinserción en la red local.	Foco en tratamiento y rehabilitación a través de actividades de diagnóstico, tratamiento, continuidad terapéutica y reinserción de los pacientes a su medio del modo más normalizado posible.	Foco en rehabilitación y tratamiento a través del diseño de planes individualizados de tratamiento, potenciación de la autonomía, desarrollo y recuperación de habilidades de desempeño ocupacional; la orientación a la familia y la gestión de espacios de participación comunitaria para la integración de estas personas.
3. Estrategias y/o actividades	- Atención Psiquiátrica - Atención Psicológica - Visitas domiciliarias - Taller Habilidades para la vida - Taller Laboral - Taller Biosocosocial - Taller a Grupo familiar	- Atención Psiquiátrica - Atención Psicológica - Visitas domiciliarias - Taller Exploración Comunitaria - Taller Socioterapia - Taller Ergoterapia - Actividades psico-educativas - Atención en salud mental - Taller a Grupo familiar	- Atención Psiquiátrica - Atención Psicológica - Visitas domiciliarias - Taller Ergoterapia - Taller Laboral - Taller Psicosocial - Atención en salud mental - Taller a Grupo familiar	- Atención Psiquiátrica - Atención Psicológica - Visitas domiciliarias - Taller Psicosocial - Actividades psico-educativas - Talller a Grupo familiar
4. Planificación de estrategias y/o actividades	- Una vez al año - Equipo multidisciplinario	- Reuniones semanales - Equipo multidisciplinario	- Una vez al año - Equipo multidisciplinario - Reuniones semanales	- Una vez al año - Equipo multidisciplinario - Reuniones semanales
5. Composición del equipo de trabajo	2 Psicólogas 1 Psiquiatra 1 Asistente Social 1 Terapeuta Ocupacional	1 Psicóloga 1 Psiquiatra 1 Asistente Social 1 Terapeuta Ocupacional 1 Antropólogo	1 Psicóloga 1 Psiquiatra 1 Prof. Educación Física 1 Asistente Social 1 Monitora 1 Artesano	1 Psicóloga 1 Psiquiatra 1 Asistente Social 1 Terapeuta Ocupacional 1 Enfermera
6. Término de participación en el programa	- Alta terapéutica - Abandono por baja adherencia al tratamiento	- Alta terapéutica por logro de objetivo de inserción	- Alta terapéutica - Abandono por baja adherencia al tratamiento	- Alta terapéutica - Abandono
7. Formas de Evaluaciones del programa	- Evaluaciones semanales (pautas conductuales) - Evaluación anual	- Evaluaciones semanales (monitoreo)	- Evaluaciones semanales (monitoreo) - Evaluación anual	- Evaluaciones semanales (monitoreo) - Evaluación anual

Tabla 2: Actividades / COSAM

Actividad y/o estrategia	1			2			3			4		
***Taller Habilidades para la vida				-	-	-	-	-	-	-	-	-
***Taller Laboral				-	-	-				-	-	-
***Taller de Ergoterapia	-	-	-							-	-	-
***Taller Psicosocial	-	-	-	-	-	-						
***Taller Exploración comunitaria	-	-	-				-	-	-	-	-	-
***Taller de Socioterapia	-	-	-				-	-	-	-	-	-
***Taller Biosicosocial				-	-	-	-	-	-	-	-	-
***Taller con Grupo Familiar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
***Orientación Psicoeducativa	-	-	-				-	-	-			
***Atención en Salud Mental	-	-	-							-	-	-
**Atención Psicológica												
**Atención Psiquiátrica												
**Visitas Domiciliarias												

**Las rayas indican las actividades que no se realizan*
*** Actividades modalidad Atención*
**** Actividades modalidad Intervención*