

REINSERCIÓN DE PSICÓTICOS (GRUP LLIURE)

COMUNICACION APORTADA EN LA MESA-TALLER-VINAROS DEL I MASTER INTERNACIONAL DE PROMOCION DE LA SALUD DE VALENCIA EN AGOSTO'91 (REVISADA)

Grup Lliure *
Cinta Forcadell Vericat **

SUMMARY

In this report the author introduces the Programme of associate-technical Reinsertion of chronic psychiatric patients promoted by the Welfare Area in Vinaroz Tovon Hall.

It is very important for the patients to take part in their rehabilitation and this one must be done where he lives, in his habitat, in his own community.

He expounds the plan, aims, feature of the treated population and the activities done in the centre; as well as the valuation and kind of professional people assigned to that programme.

He finishes explaining the staff difficulties and he argues that everybody's attitude must change to get a total reinsertion by the chronic psychiatric patient.

KEY WORDS:

Psychotics, chronics, schizophrenia, neuroleptics, Day centres, intermediate resources, families, group therapy, activities, attitudes.

RESUMEN

El autor presenta en este informe el Programa de Reinserción Socio-laboral de pacientes psiquiátricos crónicos promovido por el Area de Bienestar Social del Ayuntamiento de Vinaròs.

Es fundamental la participación del paciente en su rehabilitación y ésta debe realizarse en el lugar donde vive, en su habitat, en su propia comunidad.

Expone el proyecto, los objetivos, el perfil de la población tratada y las actividades realizadas en el Centro; así como la valoración y el tipo de profesionales asignados a dicho programa. Concluye comentando las dificultades del staff y termina argumentando que debe cambiar la actitud de todos para conseguir una total reinsertión del paciente psiquiátrico crónico.

PALABRAS CLAVE:

Psicóticos crónicos, esquizofrenia, neurolepticos, Centros de Dia, recursos intermedios, familias, terapia de grupo, actividades, actitudes.

INTRODUCCION

Los neurolepticos, aunque efectivos en los tratamientos de los síntomas psicóticos (alucinaciones, delirios...),

* Area de Bienestar Social del Ayuntamiento de Vinaròs.
C/. Hospital, 4 12500 Vinaròs.

** Psicóloga Coordinadora del Programa de Reinserción de Psicóticos.

no lo son tanto a la hora de la rehabilitación social del paciente y de su reinserción comunitaria; de ahí que se sugiera la necesidad de combinar el tratamiento farmacológico y psicosocial. El objetivo de un programa terapéutico debe estar dirigido, no sólo a disminuir el número de recidivas y al manejo del paciente en la comunidad, sino también a mejorar la calidad de vida y la de la familia (May. 1980).

En este sentido, Malm (1982) llega a resultados similares, explicando que la terapia puede ser un factor de activación del paciente, ofreciéndole la oportunidad de relacionarse y preparar su "vuelta" en el campo social.

Estos resultados vendrían a subrayar la necesidad de un tratamiento psicosocial dirigido a mejorar la reinserción del paciente esquizofrénico, puesto que los neurolépticos no parecen cubrir por sí mismos este aspecto del tratamiento.

Por todo lo esmentado, se crean centros intermedios, es decir, centros a medio camino entre el domicilio y el hospital. La finalidad primordial de estos centros es la de ofrecer un sistema de readaptación al medio habitual a través de una asistencia flexible y continuada del enfermo sin que tenga que abandonar su hogar, evitando, así, la hospitalización o acortando las estancias en hospitales psiquiátricos. Estos centros no impiden la continuidad de su vida autónoma, habitual ni debilitan los vínculos del paciente con su medio socio-familiar.

Estos recursos intermedios llamados CENTROS DE DÍA hay que distinguirlos de los Hospitales de Día. Los cuales se hallan vinculados a un hospital psiquiátrico. La población atendida es de pacientes agudos y generalmente son jóvenes. Allí se trata, primordialmente, de actuar sobre la sintomatología activa del paciente.

En cambio, LOS CENTROS DE DÍA, tienden a ocuparse durante un tiempo más prolongado que los Hospitales de Día de los aspectos sociales y laborales. Los pacientes que acuden a este tipo de centros son los diagnosticados como crónicos o subcrónicos en los que la sintomatología activa ha disminuido considerablemente.

Este tipo de centros se hallan situados en áreas de fácil acceso, áreas urbanas, separadas de centros asistenciales, aunque relacionados con ellos. Funcionan desde las 9 a las 15 h., de lunes a viernes. Y en colaboración con estructuras municipales deberán ayudar a promover el trabajo protegido y la capacitación del paciente esquizofrénico. Tienen una capacidad reducida entre 10 y 15 pacientes y se hallan atendidos por un equipomultidisciplinario en el que se incluyen psiquiatras, psicólogos, enfermeros psiquiátricos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, etc.



Por lo general se atienden a esquizofrénicos en fase de remisión y se excluyen, por tanto, los pacientes oligofrénicos, alcohólicos o toxicómanos que requieran programas especiales.

PROGRAMA

Debido a la existencia en el área 01 del S.V.S. (Servicio Valenciano de Salud) de una elevada población de psicóticos se crea una dependencia situada en el primer piso de los Servicios Sociales de Vinarós, con el propósito de destinarla al proyecto de reinserción de psicóticos crónicos.

Se trata de proporcionar a estos enfermos la oportunidad de relacionarse con otras personas, de formar grupos. Estimular el contacto con la realidad y realizar actividades de la vida cotidiana, como comprar, arreglar el local, utilizar el ocio de manera productiva, planear excursiones, realizar algún tipo de deporte...

Procuramos que adquieran responsabilidades, que se ocupen de tareas que promuevan la solidaridad, faciliten sus relaciones interpersonales y les hagan identificarse con otras personas.

POBLACION

La población atendida es la de enfermos crónicos, con una edad comprendida entre los 20 y los 40 años, con un promedio de 30 años. La mayoría llevan más de 10 años de tratamiento psiquiátrico, su grado de deterioro es leve y tienden a trastornos de tipo defectual unidos a una problemática familiar, social y laboral.

OBJETIVOS

- Evitar los reingresos hospitalarios y/o detectar e intervenir precozmente los brotes psicóticos.
- Disminuir la conducta patológica.
- Aumentar la autonomía del paciente y al mismo tiempo integrarlo en la comunidad.
- Mejorar la calidad de vida, elevar la autoestima y el grado de satisfacción personal.

ACTIVIDADES

Resumen de las actividades:

Las actividades realizadas en el taller han sido propuestas por el mismo grupo (Grup Lliure), de este modo se ha convertido en activo y protagonista.

Talleres: Terapia Ocupacional:

Creación de tapices y decoración de los Servicios Sociales.

Plantación en el jardín y terraza.

Cuadros y Cerámica.

Expresión corporal.

Taller de marquería.

Piscina.

Actividades terapéuticas: Terapia de Grupo:

Tratamos de concienciarlos de su propio comportamiento, de sus sentimientos y aptitudes e intentamos conseguir generalizar esta experiencia a otras situaciones.

Actividades informativas

Se han realizado unas charlas y reuniones:

Unas dirigidas a los **usuarios**: Nutrición y anticoncepción; otras dirigidas a las **familias**: Comprensión de la enfermedad: etiología, curso, evolución, tratamiento y pronóstico de la esquizofrenia; y otras dirigidas al **equipo**: Psicofármacos: clasificación, duración, efectos secundarios...

Excursiones y salidas

Es fundamental que dicho grupo tenga contacto con la sociedad en que se mueve; por lo tanto, hemos organizado una serie de salidas con un propósito concreto.

Terapia familiar:

Con una frecuencia mensual se trabaja sobre la dinámica familiar, se informa sobre la situación actual del paciente, se busca sanear las relaciones familiares...

PROFESIONALES

Un psicólogo clínico con funciones de coordinador y terapeuta.

Un asistente social con función de monitor ocupacional.

Unidad de Salud Mental: apoyo técnico.

Servicios Sociales: gestión económica.

VALORACION

- El número de ingresos hospitalarios ha disminuido considerablemente. Además, hemos detectado dos brotes psicóticos, lo cual nos permitió una intervención precoz.
- Hay un cambio de relación con la actividad psicótica: está menos frecuente y se vive menos en el mundo delirante.
- El hecho de "compartir" las experiencias tanto de su enfermedad

como de su vida cotidiana, favorece la salida del aislamiento.

- El grado de satisfacción personal es positivo, así como también el nivel de satisfacción grupal. El promedio de asistencia es muy alto, hecho a tener muy en cuenta debido a las características de estos pacientes.
- La familia ha adquirido más conocimiento acerca de los trastornos que padecen los hijos, lo que tiende a modificar en general ciertos hábitos en las relaciones familiares.

COMENTARIO

El comportamiento de estos pacientes esquizofrénicos residuales se caracteriza por un "hacer sin sentido". Suelen fracasar en la conducta persistente hacia un objetivo y tienen un estado emocional apagado y apático. Por estos motivos, los miembros del staff deben de estar continuamente motivándoles. Nuestra labor primordial es la de ser animadores, de ser el motor de arranque que les falta a ellos mismos.

Por otra parte, los resultados positivos tardan en aparecer, surgen recaídas, las familias boicotean el trabajo que realizamos... Así que, algunas veces, el profesional se encuentra con sentimientos de frustración y de impotencia. Además, si tenemos en cuenta la ansiedad que genera el contacto diario con la locura, comprobaremos que es una tarea ardua y nada fácil. A pesar de todas estas dificultades seguimos pensando que es imprescindible continuar con el funcionamiento de este proyecto para mejorar la calidad de vida de esta población. Ya hemos demostrado en la introducción que la suma del tratamiento neuroléptico más una terapia psicosocial es más efectiva en la evolución de la esquizofrenia que el tratamiento neuroléptico sólo.

Por otra parte, tenemos serias dificultades en cuanto a la posible integración laboral de los mismos. El paciente tiene que sentirse útil y sólo lo conseguirá mediante un trabajo gratificante y remunerado.

Tenemos que cambiar un poco todos, tenemos que cambiar nuestras actitudes hacia la locura. Estos cambios implican tanto a la sociedad, a los familiares, como a los profesionales relacionados.

Y tenemos que pensar que a pesar de todas las dificultades:

"La salud no es una cosa, sino un proceso, por lo tanto ni todo sufrimiento es un problema nosográfico, ni toda cronicidad un hecho inevitable" (Basauri y Sánchez, 1990).