

MERITO

Desarrollo de un nuevo modelo de asistencia para personas que padecen psicosis y trastornos mentales invalidantes (1986-2004)

En 1987 la Comisión Mixta de la Facultad de Medicina y el MSP proponen una serie de lineamientos con tres direcciones generales para la organización del trabajo en la reestructura asistencial en la Salud Mental.

- La primera orientación establecía la necesidad de crear programas de promoción, prevención y asistencia primaria en la comunidad, con la participación activa de esta.

A partir de 1996 se concreta la sectorización del país, y la constitución de equipos comunitarios para la atención de la población, integrados al Plan de Especializados y Crónicos del MSP. Las directivas del trabajo jerarquizaban el objetivo de prevención y acciones de promoción de salud mental, y el seguimiento a largo plazo de las personas con trastornos mentales, incluyendo a la familia y a la comunidad.

La evaluación de su gestión en 2002, atribuyó mayor valor al perfil de actuación que al sitio geográfico en donde se efectuaba la labor; la necesidad de considerar la realidad social y la participación de la población en la asistencia; la importancia de la integración multidisciplinaria del equipo.

- La tercera orientación expresaba la conveniencia del desarrollo de nuevos modelos de asistencia para personas que padecen psicosis y trastornos mentales invalidantes, junto con la reestructuración de los Hospitales Psiquiátricos y las Colonias de Alienados.

La presencia de los equipos de psiquiatría comunitaria en los Centros de Salud Mental del MSP desde 1996 han aportado riqueza a la creación de alternativas de atención, pero no organizado un programa, ni difundido un marco de referencia definido en términos de ideología, teorías, métodos y técnicas.

Nuevo Modelo de Asistencia de la Psicosis Crónica

Precediendo estos hechos, en 1986 se exponía el trabajo denominado "Taller de Autogestión Terapéutica" perteneciente a la línea de investigación en "Metodología en la Psicoterapia de la psicosis", en el marco de las Jornadas de Rehabilitación organizados por la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay en el Hospital Psiquiátrico de agudos. En él se hace referencia –más allá de los contenidos específicos acerca de la terapéutica de la patología– a un nuevo modelo de asistencia para las personas portadoras de psicosis. Se reproducen los datos del resumen que refieren la ideología científico profesional y los fundamentos de la propuesta alternativa de una "Estructura Terapéutica Comunitaria" sin carga adicional al presupuesto.

"Manifiesto ideológico científico profesional"

Planteo de los presupuestos ideológicos básicos que sustentan el método, la teoría y la técnica que dan lugar a una propuesta alternativa de la asistencia psicoterapéutica de la psicosis.

- El proceder clínico del equipo terapéutico en el desempeño de los roles debe estar sustentado en la idea de comunidad.
- El método clínico identificado es una manera de proceder al lado y con el paciente.
- Se propicia la extensión del trabajo terapéutico hacia la comunidad social, como la colaboración de la comunidad social en el trabajo terapéutico, aprovechando los recursos terapéuticos comunitarios, de la familia o de la sociedad.
- La autogestión y la cogestión están acotadas por la entidad de la patología que dificulta a los portadores sostener su autogestión y vincularse de acuerdo con significados compartibles, imposibilitando la creación de vínculos perdurables. En este contexto la coordinación del equipo técnico profesional es imprescindible, fundamentada en razones de necesidad y dependencia útil.
- Consideramos útil la creación de una estructura sanitaria alternativa a la existente para la asistencia psicoterapéutica de la psicosis, sostenida por la solidaridad comunitaria.

Fundamentos de la estructura terapéutica comunitaria Situación de desastre versus solidaridad comunitaria

La asistencia de los pacientes portadores de patología mayor se prolonga a veces durante toda su vida, resultando consecuentemente muy onerosa.

Se trata de crear, con recursos de múltiples fuentes, un ecosistema comunitario donde el paciente, según su condición dinámica de salud-enfermedad, estará circunstancialmente integrando el equipo terapéutico como coordinador o como paciente del grupo, respaldando con su aporte y el de otros representantes de la comunidad el proceso psicoterapéutico.

Las condiciones actuales de marginalidad asistencial de la patología mayor sólo podrán ser resueltas a través de programas evolucionados y viables que efectivicen desarrollos científicos humanitarios que la sociedad pueda costear ética y económicamente. Los métodos terapéuticos han de adecuarse a la sociedad en la que se trabaja, porque de

ella se obtienen los recursos instrumentales y económicos. La propuesta es crear comunidades funcionales ambulatorias, de servicio mutuo, con la necesaria ductilidad, para utilizar los recursos que proporcionan los pacientes y la comunidad y en referencia al particular grupo social económico y cultural particular que la encuadra."

Se encuentran detalladas en el trabajo completo (VEASE Taller de Autogestión Terapéutica, Pág. 22-26) expuesto más adelante en el presente libro.

Visto en la perspectiva del paso del tiempo consideramos un mérito el desarrollo de un Modelo de asistencia para personas que padecen psicosis, con antelación a la solicitud por la Comisión Mixta de la Facultad de Medicina y el MSP (1987) y de su aplicación por el MSP (1996). La filiación del Modelo comparte lo mejor de la Psiquiatría Comunitaria (1960) y Psiquiatría Pública (1990), y sirve a los fines de la Atención Primaria de la Salud (2000)

APS

Fue definida en la Conferencia de Alma Ata (1978) como:

A. "Asistencia Sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la Comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidades y autodeterminación."

B. "APS es parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo mas cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria

Sus acciones corresponden a prevención primaria (promoción y protección de salud) prevención secundaria (diagnostico precoz y tratamiento oportuno) y prevención terciaria (limitación de la incapacidad y rehabilitación), aplicando el concepto integrador de la historia natural de la enfermedad."

La necesidad de reestructurar los servicios de salud y reformar los modelos administrativos, con el objetivo de mejorar el nivel de la calidad asistencial de la población total (incluida la franja indigente) a costos proporcionados orientaron desde hace mucho -razonablemente- a la búsqueda de métodos y tecnologías efectivas y eficientes, universalmente accesibles, incluyendo descentralización de los centros especializados y participación del usuario y la comunidad en el cuidado de la salud.

- *Hacia 1980 (OPS, Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, reunión 27. Washington) se establecen estrategias regionales de "Salud para todos en año 2000." en Latinoamérica priorizando en la política y planificación, la promoción, la prevención, la educación sanitaria y la rehabilitación –en lo atañe a Salud Mental la meta identificada fue la prevención y rehabilitación de incapacidades mentales.*
- *Hacia 1994 (Encuentro de Facultades y Escuelas de Medicina, Punta del Este) las Instituciones formadoras de recursos humanos profesionales para la salud, se autointerpelan respecto de las malas razones de la persistencia del estado de inequidad y desatino en la prestación de servicios a la comunidad, y distribución del dinero disponible para presupuestos de los diferentes niveles de asistencia en la Estructura de Salud. La orientación de compromiso emergente induce a movilizar las universidades para cumplir con el fin político esencial de reducir las diferencias sociales en materia de accesibilidad a la prestación de salud, facilitando la cobertura universal de las necesidades asistenciales primordiales de los usuarios de la comunidad.*

La Declaración de Uruguay asimismo expresa la necesidad:

- *de Implementar modelos asistenciales humanizados y equitativos.*
- *de transformar la enseñanza para generar recursos humanos apropiados a los modelos*

Hay acuerdo en la necesidad de usar modelos de docencia, asistencia e investigación innovadoras, potencialmente efectivos, eficaces y eficientes, con posibilidad de evaluación en el impacto sobre la población involucrada.

Pero obviamente, para que estos objetivos puedan plasmarse se requiere de un cambio de mentalidad en todos los órdenes, pero sobre todo en el plantel de egresados y docentes.

La dificultad mayor estriba en que los propósitos de interés público resultan casi siempre incompatibles con los intereses económicos e ideológicos de los individuos u organizaciones de la clase médica encaramadas en el poder empresarial, académico o político institucional.

Resulta sorprendente sea necesario explicitar la importancia de desarrollar en los médicos capacidades básicas de sensibilidad humana, o una formación ética para la identificación de la relevancia social de los programas de APS, dejando en claro la vigencia de la competencia de las especialidades para intervenciones en problemas de alta complejidad, y la posibilidad de compartir a futuro, formación mediante, las responsabilidades en la atención de mediana complejidad.

Como se puede inferir de su documentación (VEASE "Taller de Autogestión, CD"; entrevista periodística, Libro IV "Terapéutica de las alteraciones cognitivas en la psicosis") el modelo cumple con todas las exigencias de la definición de APS, su programa es lógico, el método y las técnicas empleadas son eminentemente prácticas, se encuentran al alcance de la ejecución operativa de miembros de la comunidad comunes, humanamente aptos, estudiantes de posgrado, médicos de reciente graduación, personal técnico de la salud, familiares y allegados. El lugar de acción se constituye "in situ" donde se encuentre el equipo de trabajo, interdisciplinario y transdisciplinario.

La atención se efectúa en los tres niveles de prevención, de acuerdo a circunstancia y problemática.

Al estado basal asintomático esta población de pacientes se beneficia de acciones primarias de promoción (habilitación) y protección (intervenciones amortiguadoras sobre entorno); con grados de actividad psicótica incipiente la prevención secundaria proporciona diagnóstico precoz y tratamiento oportuno ambulatorio, y logra la estabilidad en situaciones de inminencia de crisis. Si han quedado secuelas de discapacidad cognitiva, en pacientes estables, la prevención terciaria evita su agravación y propende a la recuperación del rendimiento global. Las intervenciones sobre instancias de prevención secundaria y terciaria requieren de consulta o supervisión a especialista autorizado en el área.

El modelo ha sido evaluado por la evolución de los usuarios a lo largo de 20 años de aplicación continua; su configuración metodológica y técnica admite aplicabilidad a gran escala sin costos extraordinarios, integrando equipos localmente -incluso en el área rural- de competencia humana, con miembros de la ciudadanía, con diverso grado de educación (1-2-3) o idóneos instruidos en materias específicas.

Los fundamentos ideológico científico profesionales y de la propuesta de creación de la Estructura Terapéutica Comunitaria ya han sido expuestos.

Los fundamentos psicobiológicos para la comprensión de los procedimientos (Teoría del método y la técnica) se encuentran en los trabajos científicos presentados.

Se expone a continuación un resumen de la Historia de las Ideas en la línea de investigación para mejor ilustración.

HISTORIA DE LAS IDEAS

Partimos de la necesidad de buscar respuestas teóricas y metodológicas alternativas a las existentes para resolver los problemas de la asistencia psiquiátrica integral que no podían resolverse desde esos marcos conceptuales.

En la práctica cotidiana en el Hospital psiquiátrico y en el esfuerzo de buscar respuestas a los problemas de la patología y sus portadores, fuimos elaborando con criterio experimental y humanitario un modelo de diseño e ideología comunitaria.

Junto y paralelamente a las actividades asistenciales se planificó y desarrolló una línea de investigación en metodología para la psicoterapia de la psicosis. Las referencias neuropsiquiátricas que fundamentaron el diseño experimental eran investigaciones realizadas sobre la especialización funcional hemisférica, acerca de la que había abundante material de referencia, al que sumamos tres investigaciones de la aplicación práctica anterior; estos datos fueron elevados a la Comisión de Investigación Científica de la Facultad de Medicina.

La presentación evolutiva del proceso de investigación y la identificación de los métodos clínicos y programas para el tratamiento psicosocial de la esquizofrenia se hará de acuerdo con los síntomas prevalentes.

Trabajando con estos escasos recursos en lo que posteriormente llamamos "taller de autogestión terapéutica", identificamos un modelo teórico psicobiológico alternativo de la psicosis, basado en los referidos conocimientos neuropsiquiátricos acerca del funcionamiento cerebral, en términos de psiquismo y especialización hemisférica, que nos permitió crear un modelo nuevo para el tratamiento de la discordancia y la disociación del síndrome negativo.

Nuestras primeras observaciones nos mostraron que en situación de normalidad se mantiene la estructura de la percepción (par figura-fondo) y la estructura lógica del pensamiento (significados compartibles adecuados a la realidad). En las situaciones de desorganización psíquica se pierde la estructura de la percepción (captación perceptiva: la

figura ocupa la totalidad del campo) y la estructura lógica, el pensamiento queda determinado por una cadena de analogías cuyo significado final es incompatible y no adecuado a la realidad.

Las investigaciones realizadas en el campo de la percepción y en las relaciones entre la percepción y el pensamiento nos permitieron inferir las siguientes disfunciones cognitivas en la hebefrenia grave:

- las relaciones entre la percepción y el pensamiento son ocasionales y fugaces;*
- la captación perceptiva aparece cuando un estímulo sensorial intenso integra la función perceptiva que conecta al paciente con el medio ambiente;*
- se produce de inmediato (segundos) un acto analógico automático e imprevisible de características impulsivas desorganizadas;*
- el acto precede al pensamiento, hay una gran dificultad para recuperar de forma espontánea o terapéutica, los hechos protagonizados. Evocan fragmentariamente perceptos como en el subtipo catatónico y residuos de pensamiento analógico.*

El trabajo clínico experimental con la percepción como proceso neuropsicológico nos permitió hacer uso de la misma como instrumento primordial en la interacción en las personas portadoras de catatonía aguda y crónica. En el momento en que se realizó el diseño del programa experimental no contábamos con la bibliografía que apareció posteriormente. El desarrollo de esta línea de investigación nos llevó a las siguientes conclusiones:

- la percepción es un fenómeno activo y constante en psiquiatría, presente aun en los estados patológicos de mayor inhibición psíquica y psicomotriz;*
- la función neurofisiológica visual persiste, aunque alterada, como se manifiesta en la captación perceptiva;*
- la estimulación sensorial con técnicas y métodos particulares logra transitoriamente la reversión del síndrome.*

El trabajo al lado y con los pacientes con un criterio experimental y humanitario nos permitió encontrar un método para resolver algunos de los problemas que la patología nos planteaba y para los cuales no teníamos respuestas.

Utilizando la percepción como instrumento fue posible establecer una comunicación lógica y adecuada a la realidad con las personas afectadas de psicosis, evitando la incomunicación y el agravamiento y/o persistencia de la patología.

Al ver con más claridad las relaciones de la percepción con los distorsionados procesos de pensamiento de las personas portadoras de patología mayor pudimos comprender mejor en términos comparativos la expresión clínica prevalente de los trastornos cognitivos en esquizofrenia:

- ***pensamiento analógico para el subtipo paranoide:*** implica captación perceptiva frecuente, pensamiento analógico permanente, actos analógicos poco frecuentes, fundamentalmente deliran;
- ***captación perceptiva para el subtipo catatónico:*** implica captación perceptiva permanente, exclusión del proceso de pensamiento y de actos analógicos: permanecen en actitud estatuaría adheridos al percepto (real, mnésico o alucinatorio)
- ***acto perceptivo para el subtipo hebefrénico:*** implica captación perceptiva poco frecuente, dado que tienen disminuida la capacidad de atención al entorno. Eventualmente dirigen y centran la atención cuando reciben estímulos sensoriales intensos: en estas circunstancias es cuando se produce el acto analógico automático imprevisible de características impulsivas desorganizadas en que el paciente actúa sin conciencia de los hechos que protagoniza.

En los últimos años ha aparecido bibliografía que ha enriquecido esta línea de investigación. Mucho hemos aprendido, y mucho nos queda por aprender; confío en que la continuación del esfuerzo en esta línea de investigación nos aproxime progresivamente a la resolución eficaz y humana de los problemas de las personas portadoras de patologías psiquiátricas graves.