

PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES PSICÓTICOS EXTERNADOS DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL H.I.G.A. EVITA LANÚS.

RESULTADOS PROVISORIOS.

PATIENT MONITORING PROGRAM EXTERNAL PSYCHOTIC MENTAL HEALTH SERVICE H.I.G.A. EVITA LANÚS. PROVISIONAL RESULTS

Yesica Gutierrez .ⁱ

Ariel Rasoⁱⁱ

RESUMEN

El Programa de Seguimiento Telefónico de pacientes psicóticos externados del Servicio de Salud Mental del H.I.G.A.ⁱⁱⁱ Evita de Lanús surge a partir de un estudio sobre el Perfil clínico epidemiológico desarrollado en la Sala de Internación.

Este estudio previo demostró que el 60% de los pacientes internados ingresan por cuadros de Descompensación Psicótica (DP), la evaluación del nivel de ocupación al momento de la internación determina una diferencia estadísticamente significativa, respecto a los ingresados por otros motivos de internación, en relación a presentar mayores problemas globales de desempeño ocupacional (tanto desempleo como desocupación), y mayor gravedad en el desempeño por el tipo y magnitud de desocupación registrada : laboral, educativa, de tiempo libre, AVDB ,AVDI^{iv} y graves restricciones en la participación social.

A partir de los resultados obtenidos del Perfil clínico epidemiológico consideramos iniciar el Programa de Seguimiento Telefónico destinado al grupo de pacientes descrito anteriormente, con la finalidad de registrar adherencia y continuidad de tratamiento, registro del nivel de desempeño acorde al proyecto ocupacional de egreso e identificación de dificultades y barreras para el logro de los mismos.

Actualmente el programa está en la etapa de recopilación y análisis de datos donde los resultados provisionarios no son muy alentadores y anticipan la necesidad de iniciar acciones pertinentes para abordar esta problemática.

Palabras claves.

Descompensación psicótica. Externación. Seguimiento. Nivel de desempeño ocupacional.

ⁱ Terapeuta Ocupacional, Sala de Internación Psiquiatría- Servicio de Salud Mental H.I.G.A. Evita.

Club Terapéutico de Resocialización “Amanecer” – H.I.G.A. Evita. Celular 1535638878. E-mail: yesikgutierrez@hotmail.com

ⁱⁱ Médico Residente de Psiquiatría y Psicología Médica, Región Sanitaria VI, Ministerio de Salud Provincia de Bs. As. Celular 15 63631174. E-mail: ariraso@yahoo.com.ar

Hospital Interzonal de Agudos “Evita”. Rfo de Janeiro 1910. Servicio de Psiquiatría. 3º piso. Lanús Oeste. Provincia de Bs. As. Tel.: 4241-4050/4059. CP 1824. Provincia de Buenos Aires. Argentina.

ⁱⁱⁱ Hospital Interzonal General de Agudos.

^{iv} AVDB Actividades de la vida diaria básicas. AVDI Actividades de la vida diaria instrumentales. ADL Activities of daily living. IADL Instrumental activities of daily living.

ABSTRACT

The Phone Monitoring Program for psychotic outpatients run by the Mental Health Service at the H.I.G.A. Evita of Lanús derives from a study of the epidemiologic clinical profile developed in said inpatient wards. This previous study shows that 60% of the inpatients are admitted for psychotic decompensation, and when testing the level of occupation at the moment of admission, a statistically significant difference is showed in correlation with presenting more global problems of occupational performance (unemployment and disocupation) regarding to those admitted for other inpatient psychotic admissions, and with presenting more severity according to the type and extent of the registered disocupation (labour, educational, leisure time, difficulties with involving and developing AVDV and AVDI, and serious restrictions in social participation). In view of the obtained results of this profile, we decided to initiate the Phone Monitoring Program aimed at this group of patients in order to register the adherence and continuity of the treatment, keep record of the level of occupational performance in accordance with the discharge project and identification of the difficulties and obstacles for achieving the above mentioned objectives.

At present, the program is in the data compilation and analysis stage where the temporary results are not very encouraging and anticipate the need to initiate relevant actions in order to deal with this problem.

Key words

Outpatient. Psychotic decompensation. Monitoring. Level of occupational performance

I INTRODUCCIÓN

El “Programa de Seguimiento Telefónico de pacientes psicóticos externados del Servicio de Salud Mental del H.I.G.A. Evita de Lanús” iniciado en el año 2010 surge en forma casi simultánea al estudio de “Prevalencia de Trastornos Mentales en Internación Psiquiátrica Aguda y su relación con el fenómeno de la desocupación” el cual determinó un perfil clínico epidemiológico de los pacientes internados. Ambos trabajos científicos cuentan con el apoyo y aval del Servicio de Docencia e Investigación del HIGA Evita Lanús.

Este estudio previo muestra que:

- El 60% de los pacientes internados ingresan por cuadros de Descompensación Psicótica (DP) (163 pacientes de la muestra $n= 271$).
- El 58% de los pacientes ingresados por DP correlacionan con diagnóstico de F20 (1)
- El nivel ocupacional al momento de la internación arroja una diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2 6,85 p < 0,01$) sobre el fenómeno de la desocupación evidenciado en este grupo (DP) en relación a los internados por otros motivos (Intento de Suicidio, Ideación Suicida y Otros). Así como una mayor gravedad por el tipo y magnitud del grado de desocupación registrado (ausencia o disminución severa en el desempeño independiente de AVDB y AVDI, ausencia o disminución de desempeño de ocupaciones laborales, educativas y de tiempo libre, así como graves restricciones en la participación social).
- También se detectaron en este grupo mayores problemas globales de desempeño ocupacional (tanto desempleo como desocupación), sin embargo, en el análisis de la variable desempleo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 2,23, p \text{ NS}$) entre los distintos motivos de internación.

A partir de los resultados del estudio previo, consideramos iniciar el Programa de Seguimiento Telefónico destinado al grupo de pacientes internados por cuadros de Descompensación Psicótica durante el año 2010, por ser significativa la correlación con presentar mayores problemas de desempeño ocupacional respecto a los otros grupos de pacientes.

Objetivos Generales del Programa:

- El registro y análisis de las problemáticas más frecuentes que emergen a partir de la externación de este grupo de pacientes.
- Planificar acciones pertinentes al abordaje de las mismas con la finalidad de mejorar la calidad de la prestación brindada.

Objetivos Específicos del Programa:

- 1) Registro del nivel ocupacional de los pacientes previo a la internación.
- 2) Registro del nivel ocupacional al momento de la externación, a los 3, 6, 9 y 12 meses de producida la misma.
- 3) Registro de las áreas de desempeño ocupacional, tipo y ámbito de las ocupaciones desempeñadas.
- 4) Registro de la adherencia y continuidad del tratamiento ambulatorio
- 5) Identificación de las barreras y obstáculos que dificulten tanto el logro de un desempeño ocupacional satisfactorio como la continuidad del tratamiento.
- 6) Análisis de los resultados obtenidos y elaboración de conclusiones tendientes al diseño de estrategias de intervención.

Puesto que el programa no ha finalizado con el total de contactos telefónicos establecidos para los pacientes internados durante el año 2010 (cuatro contactos anuales), se publicaran en esta instancia resultados provisorios a modo de establecer un primer acercamiento al fenómeno estudiado.

II MATERIALES Y METODOS

Se realiza un diseño de estudio correlacional, descriptivo, longitudinal y prospectivo. Se efectúa el Programa de Seguimiento Telefónico a los pacientes internados durante el año 2010 que egresan de la internación con diagnósticos varios del espectro de los trastornos psicóticos según DSM IV.

Este grupo ingresa al Programa de Seguimiento a partir de la externación y se continúa el mismo durante un año, a través de contactos telefónicos a los 3 meses, 6, 9 y 12 meses del egreso de la Sala de Internación.

En dichos contactos se aplicó un cuestionario estructurado de preguntas, dirigidas preferentemente a familiares del paciente, y se llevó un registro de las dificultades detectadas para el logro del desempeño de actividades en el hogar, en la comunidad y en la continuidad del tratamiento ambulatorio.

Para determinar el nivel ocupacional de los pacientes en seguimiento construimos un Marco Conceptual (2) adoptando conceptos del Modelo de la Ocupación Humana, el Marco de Trabajo para la Práctica de T.O y la CIF y marcando una diferencia en relación a las definiciones propuestas por la OIT (Organización Internacional del Trabajo). respecto a lo que considera estar desempleado/desocupado y ocupado.

Este Marco Conceptual concibe el estado de ocupación y desocupación en sentido amplio y no determinado únicamente por el desempeño de actividades laborales como lo establece la OIT (3), por tanto permite por un lado, establecer una categorización del desempeño ocupacional de los pacientes al inicio y a lo largo del seguimiento (en desempleado, desocupado u ocupado) para posteriormente medir el pasaje de una categoría a otra de acuerdo al logro espontáneo, sin intervención terapéutica mas que la sugerencia o derivación al momento del alta.

Por otro lado, permite considerar el tipo de ocupación que propicia el pasaje a otra categoría y la magnitud de ocupaciones y ambientes de desempeño que posibiliten un balance ocupacional adecuado a la edad, sexo, condición y competencias individuales.

Marco Conceptual de Nivel Ocupacional (4)

DESEMPLEADO (DE)	DESOCUPADO (DO)	OCUPADO (O)
1) Persona en edad de trabajar	1) Persona en edad o no de trabajar.	1) Persona en edad o no de trabajar
2) Persona que desea, está en condiciones y disponible para trabajar	2) Persona que presenta o no dificultades para elegir, iniciar, desarrollar y/o mantener al menos una ocupación vital (AVDI, Tiempo Libre, Laborales, Académicas y de Participación Social).	2) Persona que desea, está en condiciones y disponible para trabajar
3) Persona que busca (desempleo abierto) o no (desempleo en iniciadores y desalentados) oportunidades de empleo, realizando gestiones concretas en las últimas 4 semanas para obtener un empleo o en disposición de aceptar una oferta de inmediato.	3) Persona que busca o no oportunidades ocupacionales.	3) Persona que se encuentra desarrollando un empleo en forma remunerada o no, o una ocupación vital esperable a su edad y condición.
Se incluyen: -Desempleado propiamente dicho (PEA con antecedentes de empleo, disponibles y en búsqueda) -Desempleo en iniciadores o pasivos transitorios (PEA sin antecedentes de empleo, disponibles y en búsqueda) -Desempleado Oculto (PEI desean y están disponible para el empleo pero que no lo buscan por creer que no lo podrán encontrar pudiendo ser iniciadores o personas con experiencia laboral) -Población habitualmente activa.	Se incluyen: -PEA y PEI [Población económicamente activa. PEI Población económicamente inactiva](5) - Persona con dificultades para iniciar independientemente una búsqueda, elección , Iniciación, desarrollo y/o mantenimiento de una ocupación que posibilite su inserción en la comunidad. -Personas que presentan una rutina ocupacional diaria a predominio de tiempo ocioso y ayuda para desempeñar las AVDB y AVDI dentro del hogar o en la comunidad cercana.	Se incluyen: -PEI: estudiantes, amas de casa, pensionados con rutina ocupacional satisfactoria, y Discapacitados en empleos competitivos, protegidos o que participan favorablemente en algún dispositivos terapéuticos. -PEA

III RESULTADOS

El registro de los datos obtenidos de los pacientes internados durante el año 2010 que ingresan al programa una vez externados, configuran una muestra n=37 pacientes en seguimiento. Si bien los resultados que ofrecemos son parciales, debido a que no se han efectuado aún los cuatro contactos anuales establecidos para el total de la muestra, se detecta sin embargo una tendencia a partir de los resultados preliminares obtenidos entre los nueve y doce meses.

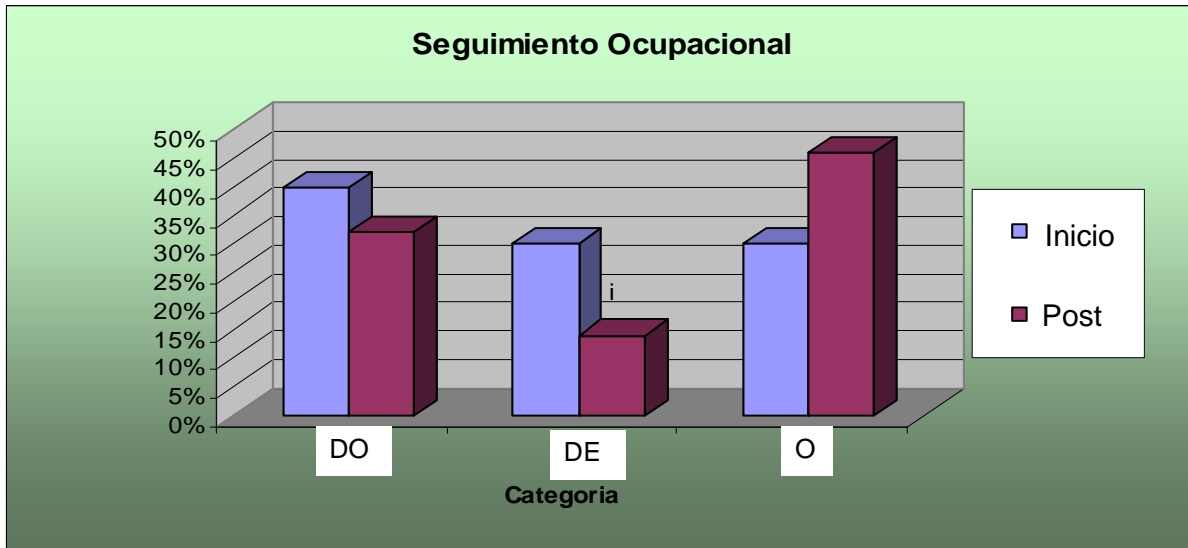
- El 67% corresponden al sexo masculino y el 33 % al femenino.
- El 64% corresponden al rango etáreo de 20 – 30 años. Edad mediana de 24 años (19 – 58 años).
- El 59 % presenta un nivel de secundario incompleto.
- El 60 % presenta como diagnóstico de egreso Esquizofrenia (F20 DSM IV).
- El 45 % presenta un tiempo de evolución de su Trastorno Psicótico de 0 a 5 años.
- El nivel ocupacional inicial fue : 40 % DO (15), 30 % O (11) - de los cuales 3 eran empleados, 1 autogestivo, 1 “changas”^v, 4 amas de casa y 2 estudiantes- y 30 % DE (11) – cuyos empleos previos eran 4 empleados, 5 “changas” y 2 amas de casa-.
- El nivel ocupacional post internación es: 32 % DO (12), 46 % O (17), 14 % DE (5).
- Un 8% abandonó el tratamiento ambulatorio o se re- interno entre los 3 y 4 meses posteriores a la externación.
- Los DO (40%) continuaban en la misma categoría aún pasados los 6 meses de externación.
- 16% fue el incremento espontáneo (sin ningún tipo de intervención psicosocial) del estado ocupacional (todos los ocupados iniciales recuperaron su antiguo rol: 4 empleados, 4 amas de casa, 1 estudiante)
- 8% disminuyó la DO incrementando la categoría de O a través de la participación sistemática en actividades recreativas (1), dispositivos de club terapéutico (1) y estudios académicos (2).
- 50% disminuyó l DE (incrementando la categoría de O a través de empleo competitivo (2), desempeño de rol de ama de casa (2), inclusión a talleres protegidos (1). La mayoría de los DE que siguen en la categoría se han externado hace poco tiempo y otros buscan trabajo parcialmente.

Los principales obstáculos registrados son:

1) dificultades en adherencia y continuidad en el tratamiento (resistencia a concurrir a los controles y a tomar la medicación, dificultades para adquirir la medicación, negligencia familiar y profesional, abandono de tratamientos privados).

^v Nota editor: Trabajo informal, de poca importancia.

- 2) dificultades para acceder y utilizar los recursos ocupacionales comunitarios en forma independiente.
- 3) falta de apoyo familiar para lograr el cumplimiento de las indicaciones post alta.



IV DISCUSIÓN

El estudio demostró que la mayor gravedad y magnitud de desocupación registrada en pacientes con Trastornos Psicóticos, principalmente Esquizofrenia, son características propias de la evolución de la enfermedad, sin embargo el análisis del estudio identifica que otros también pueden ser los factores que determinen el deterioro global de los pacientes (5). Los problemas ambientales pueden afectar el tratamiento y pronóstico de los trastornos mentales, además de desempeñar un papel en el inicio o exacerbación de un trastorno mental; pueden permanecer incrementando el estado de discapacidad por carencia en el planeamiento de intervenciones socio-sanitarias y terapéuticas de calidad (6).

La necesidad de seguimiento y acompañamiento es evidente tanto para pacientes como para familiares, esto es sugerido por los mismos durante el seguimiento. Es altamente necesario la atención ocupacional ambulatoria y/o acompañamiento terapéutico del paciente, actividades de psico-educación al familiar respecto a la importancia del desempeño ocupacional para el paciente y para aliviar el estrés, ansiedad o angustia del núcleo familiar. Además, contar con recursos sanitarios que garanticen la continuidad de tratamiento y de rehabilitación específicos cercanos a la zona de residencia.

El Modelo Psicosocial (7) (8) ha sentado vasta evidencia a través de estudios internacionales que demuestran la importancia de diseñar acciones de prevención secundaria y terciaria para evitar la alta probabilidad de generar defecto e incapacidad. Comenzar por facilitar el acceso a los recursos sanitarios y comunitarios así como posibilitar la transición por dispositivos terapéuticos intermedios en los casos que se requiera, incluyendo la estrategia de acompañante terapéutico es una asignatura pendiente en el abordaje de esta población. Las dificultades son múltiples y las deficiencias de la cobertura social que puedan alcanzar los casos mas graves son palpables en el diario quehacer sin embargo la apuesta se dirige a la construcción de una Red de recursos sanitarios, sociales y de rehabilitación que permita la exitosa implementación de los principios de normalización, igualdad y participación social (9). También se proyecta la creación de un Consultorio de Orientación Ocupacional con modalidades grupales y/o individuales destinado a familiares y pacientes.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la jefa del servicio Dra Silvia Bortz por contagiarnos con su iniciativa hacia la investigación y por contactarnos tanto con el Departamento de Docencia, quienes guiaron nuestra labor, como con la Dirección de Salud Mental de la Provincia de Bs As que colaboraron con las presentaciones científicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) LOPEZ IBOR - VALDES MIYAR, DSM IV- TR, American Psychiatric Association. “Manual Diagnostico y Estadístico de las Enfermedades Mentales”. 2005, Masson. Barcelona .
- (2) CALDAS DE ALMEIDA, JM, TORRES, FRANCISCO GONZÁLEZ, “Atención Comunitaria a personas con trastornos psicóticos”. 2005. Publicación Científica y técnica. OPS.
- (3) OIT XIII CIET,
www.garcia-huidobro.net/oit/Wikipedia/OIT_XIII_CIET_1982_wcms_087481.pdf (consultada Jul.2011)
- (4) THE AMERICAN JOURNAL OF OCUPATIONAL THERAPY. “Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Ámbito de Competencia y Proceso”. 2005.
- (5) ALVAREZ, S. CANO, I. “Abordaje Psicoeducativo en Esquizofrenia en un equipo de salud mental”. 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2010 www.interpsiquis.com Psiquiatria.com Febrero-Marzo 2010. (consultada Agosto 2011)

- (6) INDEC. Censo 2001. “Consumo de sustancias psicoactivas en la Provincia de Bs. As”. Dirección General de Educación y Cultura de la Provincia. OEA Observatorio Argentino de Drogas. OEL Organización de Estados Latinoamericanos www.epidemiologia.anm.edu.ar/.../2006/Consumo_Sustancias_Psicoactivas09.pdf (consultada Agosto 2011)
- (7) KIELHOFNER, G. “Terapia Ocupacional. Modelo de la Ocupación Humana. Teoría y Aplicación”. 1994. Williams and Wilkins. EE.UU..
- (8) COSTA – PAU, M. www.elpais.com > Sociedad > Salud “Los pacientes psicóticos sufren menos recaídas si son tratados con Terapias Psicosociales”. Barcelona 2001. (consultada Agosto 2011)
- (9) Dirección de Innovación y Desarrollo. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental- HRU CH / “Plan de mejora de calidad en la Psicosis en el Hospital Carlos Haya”. 2002 www.carloshaya.net/saludmental (consultada Agosto 2011)