

MODELO DE ATENCIÓN EN UN SERVICIO DE PSIQUIATRÍA

MODEL OF ATTENTION IN A PSYCHIATRIC SERVICE

Javier Mancilla*

Enfermero Clínico, Servicio de Psiquiatría, Hospital Barros Luco Trudeau

Artículo recibido el 28 de noviembre, 2007. Aceptado en versión corregida el 2 de junio, 2008

RESUMEN

*El Modelo de Atención en Salud Mental y Psiquiatría en nuestro país ha sufrido variaciones a lo largo de la historia lo que muestra un cambio en la forma de abordar los problemas de la población en esta área. El propósito de este artículo es reflexionar sobre la forma en que se ha instalado paulatinamente el Modelo de Atención basado en la Psiquiatría Comunitaria de acuerdo a la experiencia concreta de un servicio de psiquiatría en un hospital público. **Palabras clave:** Modelo de atención, psiquiatría comunitaria.*

ABSTRACT

*The Model of Attention in Mental Health and Psychiatry in our country has experienced various alterations over the years, demonstrating change in the way in which these conditions are approached in the population. The purpose of this article is to reflect on the installation of the Model of Attention based on Community Psychiatry according to the concrete experience of a psychiatry service in a public hospital. **Key Words:** Model of attention, community psychiatry.*

INTRODUCCIÓN

Como en todo orden de cosas, las ideas, pensamientos, reflexiones, modelos teóricos y organizacionales se desarrollan en un contexto histórico que le otorgan su significación, siendo fruto a su vez del devenir de ese mismo proceso histórico. Esto por cierto no es ajeno a las ideas, problemas y modelos relativos a la salud de “las personas que se constituyen en comunidad” y específicamente a la salud mental. Por ello, el análisis de los beneficios y limitaciones del actual Modelo de Atención en Salud Mental no puede desconocer conceptos pretéritos de la psiquiatría clásica o tradicional basada en el modelo custodial, que tiene como máximo referente al manicomio (institución reservorio de personas) que responde a una cultura de marginación de la enfermedad mental, que daba cuenta no solo el escaso uso de criterios médicos en el tratamiento de las patologías psiquiátricas, sino que además la permanente violación de los derechos humanos [DDHH] de los pacientes que allí se encontraban (Irala de Kurz, 1997).

Un hito fundamental en el proceso de desinstitucionalización de personas con enfermedades mentales que hasta ese momento habían vivido bajo políticas de regímenes custodiales de la época, fueron los acuerdos tomados el 2001 por la Organización Mundial de la Salud [OMS]. Dichos acuerdos dan cuenta de la real necesidad de estructurar políticas comunes con el fin de utilizar mejor los recursos, diferenciar la gestión hospitalaria y dar un papel más protagónico a la atención primaria, todos aspectos considerados claves para el correcto proceso de desinstitucionalización de los pacientes. Entre estas recomendaciones se pueden mencionar:

- Prevención de ingresos injustificados en los hospitales psiquiátricos mediante la dotación de medios comunitarios.
- Reintegro a largo plazo en la comunidad de los pacientes institucionalizados que hayan sido debidamente preparados.
- Establecimiento y mantenimiento de sistemas de apoyo comunitario para los pacientes no institucionalizados.

En nuestro país este proceso comenzó de manera revolucionaria en la década del 60 por el equipo dirigido por el Dr. Marconi, quien en un intento por modificar el precario modelo de atención psiquiátrica de la época, instaló en el consultorio Santa Anselma de La Cisterna un programa piloto de abordaje de los problemas psiquiátricos más relevantes, entendiendo que estos debían ser abordados considerando los contextos en los que las personas se desarrollaban (Minoletti, 2006). Este mismo movimiento dio origen en 1970 al Servicio de Psiquiatría del Hospital Barros Luco Trudeau [HBLT] que funcionó durante treinta años apoyado en los principios comunitarios, hasta 1990 cuando la Organización Panamericana de la Salud [OPS] dicta los postulados de la Declaración de Caracas (OPS/OMS, 1990) que dan a la práctica en salud mental y psiquiatría un marco regulador que considera:

- La revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios.
- Que los recursos de cuidados y tratamientos provistos deben, entre otros, propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario.
- Que la capacitación del recurso humano en Salud Mental y Psiquiatría debe hacerse apuntando a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud mental comunitaria, propiciando la internación psiquiátrica en los hospitales generales de acuerdo con los principios rectores que fundamentan esta reestructuración.
- El compromiso a desarrollar programas que promuevan la reestructuración de la atención psiquiátrica y la defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales, de acuerdo a las legislaciones nacionales y los compromisos internacionales.

Es así que en el año 1995, se da inicio a la apertura de camas destinadas a pacientes psiquiátricos, en el HBLT con un enfoque clínico, ofreciendo respuesta a los requerimientos de atención psiquiátrica de aquellos pacientes que por sus característi-

cas clínicas de descompensación, requieren de internación transitoria, para luego, y sin contar con una red de apoyo eficiente en el sistema de Atención Primaria, ser derivados al policlínico de psiquiatría adosado al hospital general o bien a un hospital psiquiátrico cuando el pronóstico de evolución amerita mayor tiempo de hospitalización, cronificando así la respuesta clínico-asistencial.

En esta década se comienza a observar la transformación del Servicio de Psiquiatría del Área Sur, en concordancia con los lineamientos del Plan Nacional de Salud Mental vigente en la época (MINSAL, 1999) contando además, con la voluntad política para traspasar recursos económicos del presupuesto total de salud, para generar los cambios necesarios que dieron la estructura a la actual Red de Salud Mental y Psiquiatría y en la que el Servicio de Psiquiatría del HBLT se hace presente a través de seis dispositivos:

- Unidad de Emergencia Psiquiátrica.
- Departamento de Hospitalización de Corta Estadía.
- Departamento de Hospitalización Parcial Diurna.
- Departamento de Atención Ambulatoria.
- Departamento de Investigación y Tratamiento para las Dependencias.
- Unidad de Rehabilitación Psicosocial.

MODELO COMUNITARIO

La incorporación de este marco ideológico y teórico no ha estado exenta de controversias y resistencias (como en toda evolución de un modelo revolucionario), muchas veces relacionadas con la incertidumbre que genera el cambio, sin embargo, en la actualidad gracias a la implementación del modelo se ha logrado distribuir los recursos formando finalmente diferentes grupos de trabajo, tales como:

- Equipos de psiquiatría comunitaria con enfoque multiprofesional en varias comunas, los que focalizan su actuar en la continuidad de los cuidados, integralidad de la atención y manteniendo una estrecha relación con la Atención Primaria en Salud [APS] (Sepúlveda, s.f).

- Equipos territorializados con menor dotación de recursos, que trabajan en base a la asignación territorial de los psiquiatras de los equipos y apoyados por otros profesionales los que tienen como principal función la atención especializada en Centros de Diagnóstico y Tratamiento [CDT] y consultorías en APS según comuna asignada, procurando con esto la continuidad de los cuidados (Sepúlveda, s.f).

Es necesario destacar que con la incorporación del Modelo Comunitario y el desarrollo de los equipos, se logra la horizontalidad en las competencias de los profesionales en los procesos de control, tratamiento y gestión del cuidado del paciente y familia, derribando los rígidos modelajes que estaban en función exclusiva del "síntoma" psicopatológico, para realizar la atención en base a una mirada integrativa de los problemas de salud mental y de psiquiatría y mirada integral bio-psicosocial de los pacientes, lo que ha permitido el empoderamiento de otros profesionales de la salud, tales como enfermeras/os, trabajadoras sociales, psicólogos y de los técnicos paramédicos lo que finalmente permite un mejor cuidado de las personas a las que se atiende.

Otro de los elementos clave para el reordenamiento del modelo, ha sido la incorporación de los grupos organizados de la comunidad como las Agrupaciones de Usuarios y Asociaciones de Familiares, que en forma activa participan de la responsabilidad compartida de hacer salud comunitaria, con lo que se ha logrado incluso disminuir las tasas de consultas de urgencia, estadísticamente cuantificable, en algunas comunas donde el trabajo está dado por los equipos comunitarios. Reconociendo que no solo basta una mirada cuantitativa del fenómeno, sino que es necesario incorporar la visión cualitativa de la aplicación de este modelo, incluyendo variables asociadas que den cuenta de los avances o "impacto sanitario" de la atención otorgada (Sepúlveda, s.f).

El cambio al Modelo Comunitario no solo trajo fortalecimiento y reestructuración del nivel ambulatorio de la especialidad, sino que permitió además, la creación de la

unidad de Hospitalización de Corta Estadía [UCE], incorporada como uno más de los servicios clínicos del hospital lo que implicó no solo ampliar el número de camas, sino que, más importante aún, replantear la mirada clínico-terapéutica acorde con la visión y misión del servicio.

En este dispositivo se puede distinguir: sectorización de pacientes agudos o urgencias psiquiátricas no excluyente del plan global de atención del resto de los usuarios hospitalizados. Por tal razón, permite la rápida evolución del cuadro agudo al establecer criterios de rehabilitación psicosocial integrados. Estrecha coordinación con hospital diurno lo que favorece la derivación durante la hospitalización del paciente en la UCE lo que minimiza los riesgos de la discapacidad mental, en aquellos pacientes que cumplen con los criterios de ingreso. Programas de psicoeducación acorde con los diagnósticos psicosociales realizados por el equipo multiprofesional (enfermeras/os, terapeutas ocupacionales, trabajadoras sociales y psicólogos) destinados a pacientes y familiares. Distribución de los médicos psiquiatras de la unidad por comunas. Coordinación de estos con los equipos comunitarios del CDT. La incorporación de "solicitud de camas" a través de interconsulta de derivación emanadas desde CDT, en aquellos casos fuera de alcance ambulatorio (según territorio). Evaluación y apoyo terapéutico de la Unidad de Dependencias en los pacientes hospitalizados en UCE. La existencia de un Policlínico de Seguimiento postalta dirigido por los propios médicos tratantes, que luego derivan a los equipos comunitarios (CDT) que correspondan. Asignación de horas psiquiatra para dar respuesta a las interconsultas de Psiquiatría de Enlace (aún escasas). Apoyo permanente de la supervisión de enfermería en la gestión de camas, de usuarios con patología psiquiátrica que se encuentra internado en otros servicios clínicos y que son materia de derivación a la unidad de hospitalizados.

Todos estos avances dan cuenta de la progresiva instalación del Modelo Comunitario en la atención de pacientes psiquiátricos,

derribando los paradigmas constitutivos de la atención cerrada y manicomial, sin embargo, no se puede dejar de considerar las limitaciones existentes que han dificultado el proceso y que son los mayores desafíos para los próximos años. Entre ellos, la falta de Hogares Protegidos, y los escasos cupos que se producen en los que funcionan actualmente para ingreso de pacientes que requieren este servicio, la poca oferta existente de hogares particulares o sin fines de lucro que atiendan a pacientes con patología psiquiátrica o dual, la falta de instancias que permitan una retroalimentación con los demás componentes de la red, en cuanto a coordinación de seguimiento de casos durante la hospitalización y postalta, recursos profesionales de servicio social y psicología en cantidad insuficiente de acuerdo a estándares definidos para corta estadía, arsenal farmacológico adecuado, pero insuficiente en cantidad para satisfacer la demanda de tratamiento de la población y coordinación insuficiente con equipos comunitarios, relacionada con limitaciones de tiempo y horas asignadas que permitan el trabajo en conjunto de los profesionales de los distintos dispositivos.

A lo anterior se agrega una ausencia de contacto de la UCE con las agrupaciones de familiares, demora en conseguir horas en otros dispositivos lo que sobrecarga la agenda médica de la UCE a través del policlínico de seguimiento postalta, dificultad en la derivación de pacientes fuera de sector a unidades de hospitalización, falta de control sobre el logro de los compromisos de gestión de los equipos y condiciones técnicas y ambientales no apropiadas para atender pacientes judiciales.

Destacan también la falta de profesionales y técnicos con competencias específicas para el trabajo en los equipos comunitarios, el desconocimiento de las prestaciones de un Centro Comunitario de Salud Mental Familiar [COSAM] del territorio, escaso compromiso de algunos funcionarios en tareas de gestión y control, escaso desarrollo de la intersectorialidad, incertidumbre que genera la reforma de salud, escasez de recursos

informáticos que faciliten la gestión clínica, escasez de investigación clínica que dé cuenta de los resultados de la instalación del Modelo desde una mirada de equipos multiprofesionales y falta de alianzas estratégicas con centros de formación superior que dispongan de recursos humanos y materiales para favorecer el desarrollo del Modelo en la comunidad.

En síntesis, el Modelo Comunitario para el abordaje de la compleja problemática de salud mental y psiquiatría de la población se ha ido estructurando a partir de un lento, pero sólido proceso que ha implicado un cambio epistemológico en los profesionales involucrados. Por lo mismo, este proceso si bien ha tenido grandes avances también se ha encontrado con dificultades que desde una mirada mas global se transforman en un desafío y una oportunidad, actuando como motor para impulsar procesos que aseguren una atención continua, en red, costo-efectiva y resolutive que se traduzca en mejoras en la calidad de atención de las personas en los distintos niveles de atención en salud lo que a su vez impactará directamente en la calidad de vida de las personas beneficiadas, sus familias y sus entornos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Irala de Kurz, R. (1997). *Personas con Discapacidades (Físicas y Psíquicas)*. Recuperado el 25 de noviembre, 2007, de <http://www.derechos.org/nizkor/paraguay/1997/index.html>
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud del mundo. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas* [Versión electrónica]. Recuperado el 25 de noviembre, 2007, de www.who.int/whr/2001/es
- Minoletti, A. (2006). Semblanza Juan Marconi Tassara. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 44(1), 61-62.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (1990). *Declaración de Caracas*. Recuperado el 25 de noviembre, 2007, de http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf
- Chile, Ministerio de Salud (1999). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Santiago: autor.
- Sepúlveda, R. (s.f). *El Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial Barros Luco Trudeau y Servicio de Salud Metropolitano Sur: una rica tradición de trabajo en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria*. Manuscrito no publicado.