

RED ASISTENCIAL EXTRAPSIQUIATRICA. TRATAMIENTO DE PACIENTES PSICOTICOS DE EVOLUCION PROLONGADA

Cuad. Méd. Soc. XXXVIII, 2, 1997/ 83-89

*Dra. Jacqueline Jobet F.**
*E.U. Sonia Zúñiga F.***

RESUMEN

El trabajo da cuenta de la experiencia adquirida por la Unidad de Psicofármacos del Servicio de Psiquiatría de Valdivia al implantar en el curso de una década (1986-1996) una Red Asistencial Extrapsiquiátrica para la mantención del tratamiento de sostén con Neurolépticos de Depósito de pacientes psicóticos de larga evolución.

La consideración de las características geográfico-climatológicas y viales de la provincia de Valdivia, centros de Atención del Nivel Primario de Salud, Subcentrales de Neurolépticos de Depósito, atención ambulatoria constituyen los fundamentos de la puesta en práctica y desarrollo de un Modelo de Atención descentralizado.

Palabras claves: Paciente psicótico, tratamiento neuroléptico, red asistencial.

INTRODUCCION

La atención primaria en salud en nuestro país recae en la asistencia ambulatoria otorgada en los consultorios urbanos y rurales; sus acciones consideran entre otras el control de pacientes crónicos como diabéticos e hipertensos (9-10). En aquellos pacientes con trastornos psicóticos de larga evolución la derivación al nivel especializado es lo habitual o norma.

Esta forma de resolver las necesidades asistenciales de los llamados enfermos mentales ha favorecido que la atención-demanda de salud considerada estrictamente psiquiátrica –habitualmente ligada a una rotulación diagnóstica– se concentre en unos pocos lugares; reforzándose en los

equipos de salud no-psiquiátricos y en la población la imagen de que los enfermos con trastornos psicóticos son personas con escasas posibilidades de ajuste-estabilización.

El empleo de los Neurolépticos de Depósito (N. de D.), el reconocimiento que su administración debe complementarse con medidas psicoterapéuticas y psicopedagógicas han favorecido cambios en las percepciones de los profesionales del ámbito psiquiátrico, y cambios en la evolución de los trastornos psicóticos permitiendo en estos últimos años modificar positivamente las condiciones de vida del paciente y su familia (2-3). Los progresos conseguidos no se han difundido suficientemente fuera de la Psiquiatría y aun cuando muchos de los pacientes logran estabilizaciones

* Médico Psiquiatra. Profesor auxiliar, Instituto de Psiquiatría. Universidad Austral de Chile.

** Enfermera. Profesor auxiliar, Instituto de Psiquiatría. Universidad Austral de Chile.

Trabajo presentado en Primer Congreso Sudamericano de Salud Mental. Quinto Congreso Chileno de Salud Mental. Concepción-Chile (diciembre 1996).

prolongadas, ellos continúan recibiendo tratamiento farmacológico de sostén en unidades psiquiátricas.

En Valdivia se emplean ininterrumpidamente N. de D. desde 1974. El creciente número de pacientes psicóticos usuarios de Decanoato de Flufenazina y la necesidad de ordenar el quehacer contribuyó a tomar la decisión de organizar la Unidad de Psicofármacos en 1984. El quehacer de la Unidad de Psicofármacos se centra en un Modelo de Atención que incluye los aspectos psicofarmacológicos-psicoterapéuticos y psicopedagógicos (2). Este modelo de atención desde sus inicios consideró a la familia del paciente, valorizando sus funciones especialmente cuando el paciente permanece en medio de ella. Además se favorece la adhesividad al tratamiento farmacológico, incentiva al paciente para asumir un papel más activo en el afrontamiento de su enfermedad, y promueve la capacitación de personal no-psiquiátrico (7).

El permanente contacto de los terapeutas con los pacientes y sus familiares permitió reconocer que factores de índole geográfico-climatológicos y viales influenciaban la adhesividad al tratamiento de los pacientes residentes en otras comunas de la provincia. La consideración de los aspectos antes mencionados y la búsqueda de alternativas que favorecieran la mantención/adhesividad del tratamiento estimuló la progresiva expansión hacia centros de atención del nivel primario, lugares que denominamos Subcentrales de N. de D., que al cabo de una década (1986-1996) constituyen una Red Extrapsiquiátrica de N. de D. (6).

El propósito de este trabajo es ofrecer una descripción general de la experiencia desarrollada por la Unidad de Psicofármacos del Servicio de Psiquiatría de Valdivia al transferir al nivel primario la mantención del tratamiento de sostén con N. de D. de pacientes psicóticos de larga evolución.

ANTECEDENTES AREA DE VALDIVIA

La provincia de Valdivia se encuentra ubicada en la Región de Los Lagos, X Región en la división político-administrativa del país. Las doce comunas que forman la provincia son: La Unión, Río Bueno, Paillaco, San José de la Mariquina, Lanco, Corral, Los Lagos, Panguipulli, Futrono, Máfíl, Lago Ranco y Valdivia. Esta provincia ocupa una superficie total de 18.413 km², con una población de 346.701 habitantes (12). Aproximadamente el 38% de la población provincial reside en la Comuna de Valdivia (130.419 habitantes).

Las características climatológicas de la X Región muestran bajas temperaturas (T° media de 12,5° C.), fuertes vientos y prolongados períodos de lluvias con un promedio de 2.082 mm al año (13).

El Servicio de Salud-Valdivia cuenta con 60 Postas de Salud que se distribuyen en las diferentes comunas de la provincia (11). Las distancias y características viales de los accesos hacia el centro de referencia más próximo muestran que: cuatro de ellas cuentan con acceso de asfalto y/o pavimento (6,6%), dos con acceso completo o parcial por vía lacustre, una requiere utilización de vía marítima; y otra accede al centro de referencia a través de vía fluvial. Resulta limitado o inaccesible el acceso a otros centros durante el período invernal en un 25% de estas Postas (11).

El Servicio de Psiquiatría-Valdivia es el único Centro de atención especializado de la provincia; su Unidad de Psicofármacos registró en octubre de 1996 un total de 468 pacientes activos usuarios de N. de D. Reciben su tratamiento en la misma Unidad aproximadamente 3/4 partes de los pacientes (71,4%): son mayoritariamente usuarios de Decanoato de Flufenazina (87,4%) y aproximadamente la mitad del total de pacientes controlados en la Unidad residen en otras comunas.

MARCO REFERENCIAL

La consideración de las condiciones climatológicas que caracterizan la zona sur del país, tipos y características de los accesos viales desde los lugares de residencia de los pacientes hacia la ciudad de Valdivia (6), empleo de tiempo útil de familiares para acompañar al paciente a sus citas, costo económico implícito en los viajes mensuales o quincenales a un tratamiento de largo plazo, familias de escasos recursos y mínimos ingresos económicos, importante número de pacientes residentes en otras comunas —muchos de áreas rurales— fueron los aspectos que contribuyeron al proceso de replanteamiento-flexibilización de la atención que se otorgaba a los usuarios de N. de D. (5-6).

Este cambio se inicia con el envío de una o dos dosis para administrar en algún centro de atención local (Posta, Consultorio, Hospital) más próximo al lugar de residencia del paciente. La medida consideraba como requisitos: varios meses en el programa (habitualmente años), buen ajuste anímico-conductual del paciente, familiar comprometido con el tratamiento, dosis de N. de D. que no

representara dificultad técnica para su manipulación-administración en el nivel local por personal sin entrenamiento. La dosis se enviaba con el familiar o excepcionalmente con el paciente, entregándose en un frasco de dosis múltiple la cantidad exacta requerida, acompañada de una nota simple con instrucciones como retirar, administrar y fecha de aplicación. De respaldo se solicitaba al funcionario del nivel local (enfermera o auxiliar paramédico) una constancia de la atención que el paciente debía entregar en la subsiguiente cita a la Unidad de Psicofármacos; cuando la relación inicial que se establecía resultaba satisfactoria se continuaba utilizando dicha estrategia: enviándose dos dosis como máximo.

Más adelante en aquellos lugares en que dos o más pacientes solicitaban administración del fármaco de depósito, constatamos como se fue produciendo una positiva sensibilización de los profesionales del nivel local para acoger a los pacientes, facilitó establecer nexos formales enviándose frascos de dosis múltiples sellados. Inicialmente llamamos a estos lugares "Subcentrales"; centros que son las actuales Subcentrales de N. de D. Actualmente (1996) estas ocho Subcentrales (Corral, Panguipulli, Lanco, La Unión, Río Bueno, Reumén, Coñaripe, Lago Ranco) constituyen nuestra Red Asistencial Extrapsiquiátrica de N. de D.

El trabajo en RED para pacientes con trastornos psicóticos de larga evolución usuarios de N. de D. ha significado:

- * ampliar nuestro concepto de Equipo Terapéutico; consideramos como Equipo Terapéutico al conjunto de personas que directa o indirectamente participan en el proceso terapéutico y que puede extenderse más allá del ámbito sanitario.
- * desarrollar un proceso de transferencia y descentralización de la atención. Por una parte la Unidad de Psicofármacos es eslabón-coordinador de la cadena asistencial y de otra gestor-facilitador que otras unidades de apoyo (SOME, farmacia, transporte, municipalidades) estén dispuestas a sustentar el funcionamiento de la Red.
- * garantizar el acceso a tratamiento a quienes disponen de menos recursos y están en situación de riesgo.

La experiencia desarrollada y trabajo conjunto con el nivel primario de salud, diseñado para satisfacer las necesidades de pacientes psicóticos usuarios de tratamiento neuroléptico, nos hace señalar que trabajo en Red permite:

- * brindar una mayor cobertura a la población

mediante la localización estratégica de servicios. El acercar el tratamiento al lugar más próximo a la residencia del usuario evita una sustracción mayor del paciente de su contexto de vida psicosocial (6).

- * reducir considerablemente los costos de transporte y tiempo que el paciente y alguno de sus familiares (quien le acompaña a las citas) deben dedicar para trasladarse a otra ciudad.
- * disminuir en gran medida las ausencias y abandonos de tratamiento atribuibles a desfavorables condiciones climatológicas y viajes.
- * favorecer un mejor compromiso familiar y mejorar la aceptación de un tratamiento de largo plazo.
- * pesquisar más tempranamente las reacciones de ajuste y reagudizaciones psicóticas. Al garantizar un acceso y traslado oportuno a la Unidad de Psicofármacos con evaluaciones e instauración de medidas más tempranas se contribuye a disminuir los ingresos hospitalarios.
- * modificar aunque lentamente en el nivel local de salud y en la familia la arraigada concepción de que todas las necesidades de salud y demandas psicosociales de los pacientes psicóticos de larga evolución deben resolverse en Psiquiatría.
- * una mayor involucración de los profesionales del nivel local con los pacientes residentes en su área geográfica. El vínculo más frecuente con pacientes estabilizados va contribuyendo a mejorar la calidad de la atención.
- * diagnosticar y tratar más oportunamente los cuadros orgánicos intercurrentes que pueden afectar al paciente e influir en la génesis de reactivaciones psicóticas, modificar paulatinamente en los equipos locales anteriores percepciones acerca de los enfermos y la enfermedad mental (miedo, temor, prejuicios, "todo lo que le ocurre es sólo psicótico"). Hemos constatado que en varios centros se ha incorporado a estos "enfermos mentales" a la atención que se otorga a los llamados "pacientes crónicos", integrando el tratamiento neuroléptico al ámbito de la asistencia sanitaria general.
- * delegar la administración del N. de D. y la renovación de fármacos orales complementarios al nivel local (1-4); sin que ello implique que la Unidad de Psicofármacos pierda el contacto con el paciente y su familia.
- * descongestionar el nivel especializado permite una atención de mejor calidad (1); el paciente acude al centro especializado cuando está citado a controles programados (médicos o de en-

fermera) y evaluaciones calificadas como urgencias.

* participación-compromiso y responsabilización compartida de los miembros que conforman el equipo terapéutico.

ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LA RED

La solicitud de administrar un fármaco a pacientes que por largo tiempo no demandaban atención en el nivel local, con frecuencia atendidos por auxiliares paramédicos (que desconocían las propiedades y acciones del fármaco) y gradual contacto de pacientes psicóticos estabilizados –algunos de ellos “aparentemente normales”– contribuyó a que miembros de los equipos locales aceptaran involucrarse en la mantención de un tratamiento neuroléptico, experiencia que ahora evaluamos positivamente.

La experiencia indica que la sensibilización debe ser gradual respetando los sentimientos de adaptación tanto de pacientes-familiares como del personal sanitario local. La modificación de estilos de trabajo, actitudes y atribuciones culturales respecto del enfermo mental y de la enfermedad mental requiere tiempo y un apoyo consistente y frecuente del nivel especializado. En algunas localidades se debió esperar a lo menos 2-3 años para contar con un equipo dispuesto al cambio.

El primer lugar al que enviamos frascos de dosis múltiple de Decanoato de Flufenazina fue al Hospital de Corral (acceso era exclusivamente fluvial), luego se agregaron Panguipulli, Lanco y La Unión (2). Las últimas Subcentrales de N. de D. que se han creado son: Río Bueno, Lago Ranco, Coñaripe y Reumén.

En la Figura 1 se señala la ubicación geográfica de las ocho Subcentrales de N. de D. en funcionamiento en la provincia de Valdivia. La distribución y número de pacientes vinculados a centros de atención de nivel primario aparecen en la Tabla 1. Actualmente un 25% de los pacientes usuarios de N. de D. reciben su dosis en Subcentrales, cifra que se eleva a 28,64% si se agregan aquellos casos en que aún se envía dosis de N. de D. con el paciente o familiar para administrar en localidades en las que el número de pacientes es inferior a tres, o en los casos en que el acceso a una Subcentral en funcionamiento resulta complejo y le es más fácil acceder a otro centro sanitario local. La Tabla 2 señala los Neurolépticos de Depósito que la Unidad de

TABLA 1

Distribución numérico-porcentual de los pacientes según lugar donde acuden a recibir dosis de N. de D. (1996)

Lugares de atención	Número	%
Valdivia		
Servicio de psiquiatría	334	71,4
Subcentrales de N. de D.		
Hospital de Lanco	15	3,2
Hospital de Corral	6	1,3
Hospital de Río Bueno	14	3,0
Consultorio de Panguipulli	27	5,8
Consultorio de La Unión	33	7,0
Consultorio de Lago Ranco	5	1,1
Consultorio de Coñaripe	3	0,6
Posta de Reumén	15	3,2
Subtotal	118	25,2
Otros lugares		
Envío de dosis unitarias		
Hospitales	5	1,1
Consultorios	2	0,4
Postas Rurales	9	1,9
Subtotales	16	3,4
TOTAL	468	100,0

TABLA 2

Distribución numérico-porcentual según Neurolépticos de Depósito en uso (1996)

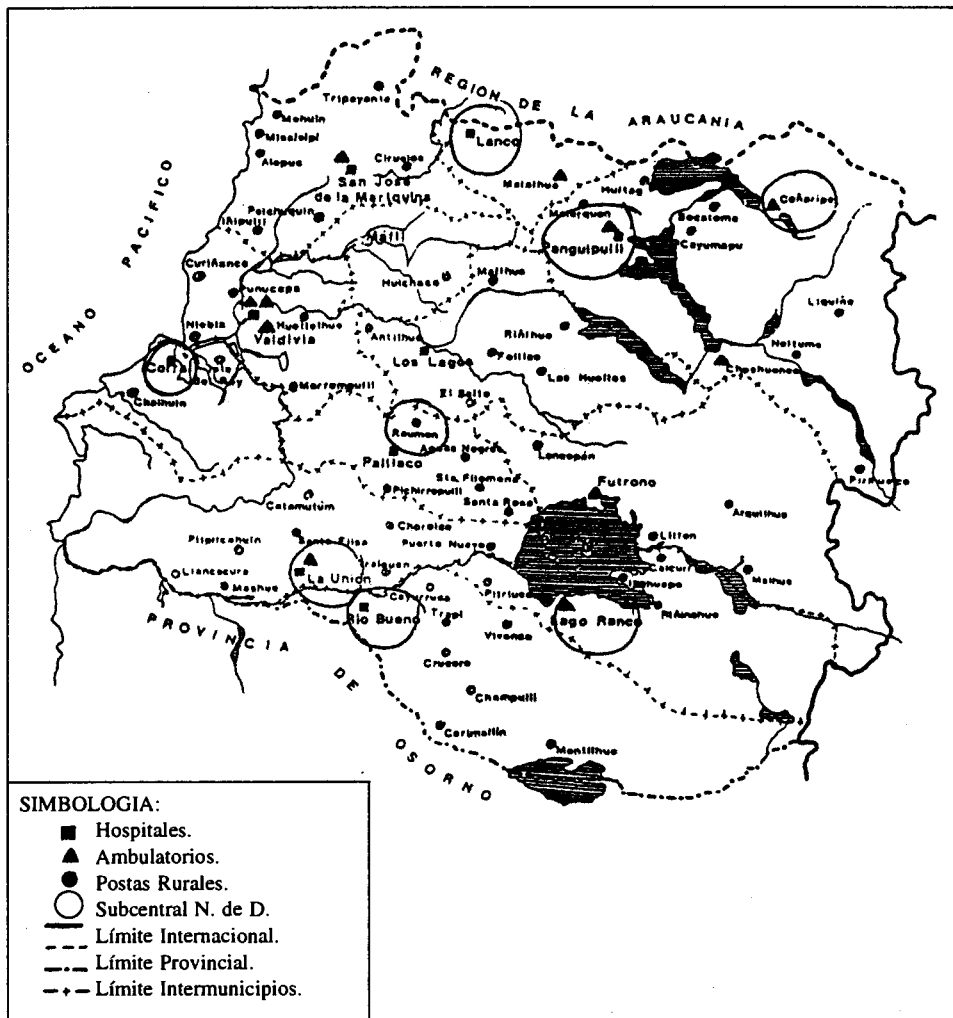
Neuroléptico de Depósito	Número	%
Decanoato de Flufenazina	410	87,6
Decanoato de Halopiridol	38	8,1
Fluspirileno (*)	4	0,9
Flupentixol	16	3,4
TOTAL	468	100,0

* Pacientes que aún lo emplean (fármaco retirado del mercado nacional); deberá ser reemplazado por otro neuroléptico.

Psicofármacos emplea; destacándose que la gran mayoría son usuarios de Decanoato de Flufenazina (87,6%), Neuroléptico de Depósito que es enviado a las diferentes Subcentrales.

Una vez adoptada la decisión de implementar

FIGURA 1
Red Asistencial Servicio de Salud. Valdivia. X Región. Chile



una Subcentral de N. de D. el proceso se ha iniciado invitando a visitar el Servicio de Psiquiatría –Unidad de Psicofármacos– a lo menos a un profesional del nivel local (estadía de una mañana), ocasión en que se establece el contacto cara-cara entre los profesionales de la Unidad de Psicofármacos y parte del equipo del nivel primario, se muestran las instalaciones, se comenta el estilo de trabajo, se revisa la situación de los potenciales pacientes de la localidad donde se creará la Subcentral de N. de D.: diagnóstico, tratamiento, periodicidad, fechas próximos controles programados, entrega de normas y sugerencias de formatos para registrar información.

El traslado-traspaso de los pacientes ha sido gradual. Se ha tenido especial cuidado de explicar

personalmente al paciente y familiar que se cuenta con atención en el nivel local, lugar donde deben acudir (Hospital, Consultorio, Posta) y nombre del profesional a cargo de la Subcentral. Al paciente y a sus familiares se les ha asegurado que los profesionales de la Unidad de Psicofármacos continuarán formando parte de su equipo terapéutico, que deberán acudir a controles programados (Médico o de Enfermera) a Valdivia unas dos veces por año a lo menos, y que las atenciones de urgencia podrán solicitarse a través de los profesionales del nivel local e incluso en forma directa por el paciente o familiar del paciente previa consulta telefónica.

Se ha respetado la decisión de pacientes o familiares de continuar acudiendo a Valdivia cuan-

do el viaje se lo pueden permitir económicamente; el acudir al centro especializado es considerado (a pesar del costo en tiempo y económico) una ocasión de distracción o medida de estimulación para el paciente, el viaje permite o coincide con otras gestiones, y aquellos casos en que el paciente no logró un buen vínculo inicial con el equipo local (aspecto que puede modificarse).

El sistema funciona en forma bidireccional (relaciones interequipos):

- * La Unidad de Psicofármacos elabora y formaliza normas, envía frascos de dosis múltiples del N. de D., provee de fármacos orales complementarios que los niveles locales no disponen como parte de su arsenal farmacológico habitual, programa las horas de controles (regulares y de urgencias), promueve la participación-compromiso de unidades de apoyo (SOME, Farmacia, Transporte...), envía recomendaciones específicas e individualizadas para la administración del tratamiento, solicita informaciones complementarias (sociales, médicas generales...), y desarrolla programas de formación. Considerando que los equipos locales experimentan frecuentes modificaciones por rotaciones de sus profesionales, desde el año 1989 se ha incorporado a diferentes profesionales no-psiquiátricos (nivel primario de salud, municipalidades) a cursos-talleres de Psicoeducación en Esquizofrenia –enfoque clínico-asistencial– con el propósito de favorecer una orientación común (7-8).
- * El papel de los niveles locales es principalmente el de asegurar que los pacientes reciban su tratamiento con N. de D. en las dosis y periodicidad señalada por la Unidad de Psicofármacos, renovar los fármacos complementarios cuando están indicados, reforzar el empleo del tratamiento aún cuando los pacientes o sus familiares puedan opinar que subjetivamente están suficientemente bien como para dejar el tratamiento, practicar evaluaciones médico-generales (preestablecidas por el nivel local o cuando son solicitadas por la Unidad de Psicofármacos), tomar exámenes de laboratorio (solicitados según las normas de la Unidad de Psicofármacos).

El nivel local debe comprometerse a enviar periódicamente información respecto de la administración del fármaco, llevar registros de pacientes, solicitar horas de evaluaciones.

En forma gradual los niveles locales han ido absorbiendo el costo económico de la mayoría de los fármacos orales complementarios que emplean

los pacientes de su área geográfica.

Durante el primer semestre del año 1996 se envió a las Subcentrales de N. de D. más antiguas en funcionamiento (Corral, Panguipulli, La Unión, Lanco) una encuesta dirigida a conocer las apreciaciones de los profesionales involucrados en el Programa de Psicosis. De las respuestas recogidas destacamos:

- * los profesionales más implicados y que más frecuentemente se registran como responsables de la Subcentral de N. de D. son las enfermeras. También participan médicos, auxiliares paramédicos, asistentes sociales, choferes de ambulancias;
- * la mayoría de las Subcentrales dispone de varios días de la semana para la atención, sólo uno de los cuatro centros evaluados atiende un día por semana; atención que se registra habitualmente como “atención de crónicos”.
- * los pacientes acuden “casi siempre” a su cita original, en general la adhesividad al tratamiento puede ser considerada buena. (Atrasos a cita que no exceden siete días).
- * el inicial temor a los pacientes ha desaparecido en el transcurso del tiempo.
- * los funcionarios de los centros de atención primaria han “tolerado bien” la presencia-contacto con los pacientes, no se han producido reclamos ni interferencias en la atención del resto de los usuarios.
- * sólo en uno de los lugares reporta la ocurrencia de incidentes con ocasión del tratamiento, escasos en número y calificados como menores.
- * la actividad si se considera el aspecto “motivación” no difiere cualitativamente de la forma que estos mismos profesionales otorgan a la atención de los demás “pacientes crónicos”.
- * la “imagen” del enfermo mental que originalmente estos profesionales tenían se ha modificado positivamente; el contacto con los pacientes y sus familiares ha permitido desarrollar mutua confianza.
- * la coordinación con la Unidad de Psicofármacos la califican como “buena”, y al momento de la evaluación el contacto más frecuente lo establecían con la auxiliar paramédico (quien tiene dedicación exclusiva al Programa de Psicosis).
- * sugieren se realicen reuniones entre los diferentes miembros del Equipo Terapéutico y se les asegure regularidad en la provisión de fármacos complementarios no disponibles en el nivel primario de atención.

COMENTARIO FINAL

Es importante destacar el compromiso y vocación de cambio, participación y esfuerzo desplegados por los profesionales de los niveles locales.

La integración del tratamiento de pacientes psicóticos de larga evolución, estabilizados y usuarios de N. de D. al nivel primario, posibilita el cumplimiento de objetivos señalados en las actuales políticas de salud.

Creemos que el trabajo en RED que desarrollamos es una estrategia que asigna nuevas tareas al Equipo Terapéutico y a su vez otorga mayor relevancia a las acciones de fomento-protección-recuperación que el nivel primario de atención brinda a la población de su área; trabajo que debería a largo plazo propiciar una mejor aceptación de los enfermos psicóticos en el ámbito sanitario y en la comunidad.

BIBLIOGRAFIA

1. Alvarado R. Desafíos para la atención Psiquiátrica Chilena. *Rev. de Psiq.*, julio-septiembre 1994; año XI, vol. 3: 143-149.
2. Jobet J., Zúñiga S. Clínica de Neurolépticos: Un enfoque integral en el tratamiento del paciente esquizofrénico de larga evolución. *Rev. de Psiq.*, abril-junio 1992, Año IX, N° 2: 1129-1135.
3. Olivo P. Calidad de vida y Esquizofrenia. *Rev. de Psiq.* julio-diciembre 1992, Año IX, Vol. 3-4: 1227-1233.
4. Penjeam A. El proceso de reestructuración de la atención en Salud Mental y Psiquiatría en Chile (1990-1996). *Cuad. Méd. Soc.* XXXVII, 2, 1996: 5-17.
5. Riquelme R. Hospitales Psiquiátricos y Reestructuración de la Asistencia Psiquiátrica en Chile. *Rev. de Psiq.* julio-diciembre 1992, año IX, Vol. 3-4: 1248-1255.
6. Salinas P., Rojas S. La planificación estratégica en el desarrollo de los servicios de Salud en Chile. *Edic. Med. Salud.* Vol. 26 N° 2 (1992).
7. Zúñiga S., Jobet J. Psicoeducación y Esquizofrenia. Una experiencia en el Servicio de Psiquiatría - Hospital de Valdivia. *Rev. de Psiq.* abril-junio 1991, año VIII, Vol. 2: 815-820.
8. Zúñiga S., Jobet J. Evaluación del Programa de Psicoeducación para familiares de Pacientes Esquizofrénicos: Una intervención complementaria al tratamiento Psicofarmacológico y Psicoterapéutico. *Rev. de Psiq.* enero-marzo 1993, año X, Vol.1: 25-30.
9. Normas técnicas Postas de Salud Rural. Min. de Salud. División de Programas de Salud. Depto. Atención Primaria. Chile 1991.
10. Normas Técnicas Consultorio General Rural. Min. de Salud. División de Programas de Salud, Depto. Atención Primaria. Programa Salud Rural. Chile 1993.
11. Información Servicio de Salud-Valdivia.
12. Proyección INE 1990-2005.
13. Compendio Estadístico 1995. Servicio de Salud Valdivia. Depto de Informática.