

⑥ リハビリテーション部治療指針と組織作り計画

SERVICIO DE REHABILITACION INTEGRAL
DEL INSM "HD - HN"

PROYECTO DE ORGANIZACION Y PROGRAMAS
TERAPEUTICOS

1.0.0. INTRODUCCION

"Los problemas de Salud Mental que confrontan los Países de la región, muestran en general una tendencia al aumento absoluto y relativo debido, entre otros factores, a la elevación de la expectativa de vida, al control cada vez mayor de las enfermedades transmisibles, a la urbanización creciente, al proceso de desarrollo económico y a los desajustes sociales". Se estima que para la década actual, aumentaría la demanda de Servicios de Salud Mental: " por la mayor influencia de factores patógenos que tienen especial importancia en toda sociedad en desarrollo"... (1)

La enfermedad mental constituye uno de los más grandes problemas de salud en rápido crecimiento; es también, posiblemente el problema que origina el más extenso y prolongado sufrimiento y daño económico en el individuo, la familia y la comunidad e indiscutiblemente constituye grave limitación en las expectativas de desarrollo socio-económicas de cualquier sociedad. Todo esto se debe no sólo a la elevada prevalencia de desórdenes mentales sino a la tendencia de muchos de éstos a hacerse crónicos reincidentes o esporádicos y generar limitación o incapacidad psico-social y para el trabajo Vg: Ib. - pág. 2.

Una estimación realizada en el año 1975 sobre el número total de personas en discapacidad/ minusvalidez, fue estimada en el 10% de la población del mundo con una cifra de 450 millones. Aceptando ciertos errores de cálculo y de doble chequeo, la estimación más baja seguramente sobrepasa los 300 millones que representa el 7% de la población mundial, con una estimación máxima de 440 millones y representan el 9%. Se estima entre 20 y 25 millones de personas con discapacidad/ minusvalidez como consecuencia de perturbaciones psiquiátricas funcionales, y 30 a 45 millones como consecuencia del abuso crónico de alcohol y drogas (2).

En nuestro país, los recursos para la atención de la salud mental son muy escasos y se encuentran casi exclusivamente restringidos a la hospitalización y consulta externa, con una extrema centralización en la capital. (3) El porcentaje de reingreso a la hospitalización y reagudización de cuadros psiquiátricos es alto, contribuyendo a perpetuar el "síndrome de la Puerta Giratoria", lo que revela la falta de un plan organizado que resuelva el problema. Las acciones de prevención terciaria y los servicios de rehabilitación en salud mental son escasos. Sus diseños, recursos y capacidad no están acorde con la agobiante demanda de la población que acude a la consulta externa y hospitalización.

El Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado- Hideyo- Noguchi", organismo especializado, ha sido creado como un intento de dar solución a los distintos problemas de Salud Mental del País. Una de sus funciones es la de producir modelos e instrumentos para la organización y funcionamiento de Servicios, para la atención directa de pacientes y de la comunidad en los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria (4).

El Servicio de Rehabilitación, como subsistema del INSM "HD-HN", consciente de la responsabilidad que le compete, interesado en la búsqueda de alternativas y modelos de atención en el campo de la Rehabilitación en Salud Mental, y consciente de los distintos problemas que se venían presentando hasta abril de 1988, formó una comisión con los encargados de las Secciones y profesionales de la salud representativos del mismo. Dicha comisión, dirigida por la jefatura del servicio, se encargaría de hacer un diagnóstico situacional que permitiera tomar soluciones para la adecuada organización y funcionamiento como paso previo a la elaboración del Manual de Organización y Funciones del Servicio, trabajo del cual surge un nuevo modelo organizativo.

2.0.0. DIAGNOSTICO SITUACIONAL

2.1. Sustento Teórico

- . El sustento teórico del Servicio no está plasmado en un documento.
- . Existe heterogeneidad en la concepción teórica de rehabilitación por parte del personal del Servicio.
- . No se ha definido la diferencia entre proceso de tratamiento y proceso de rehabilitación.
- . El sustento teórico del proceso de rehabilitación se ha circunscrito a las actividades intramurales, de la misma manera no se contemplaron actividades de rehabilitación en otros Departamentos y/o Servicios.
- . Existe una falta de difusión de el sustento teórico y actividades del Servicio.

2.2. De la Política y Objetivos del Servicio

- . El Instituto no tiene claramente definidas políticas

y objetivos en relación a la rehabilitación.

- . El Servicio de Rehabilitación no está priorizado en las políticas del Instituto.
- . El Servicio de Rehabilitación no ha sido creado en base a un estudio de las necesidades de rehabilitación de la población que atiende.
- . No existe una política definida en el Servicio.
- . Algunos de los objetivos del Servicio no son precisos ni realistas.

2.3. De la Organización:

- . La organización no permite unidad de mando ni unidad de dirección en el Servicio.
- . No existe una organización estructural definida.
- . La organización establecida favorece la falta de un trabajo en equipo.
- . Todas las unidades estructurales a excepción de la Sección de Terapia Física y Ocupacional dependen administrativa y técnicamente de la Jefatura de su estamento.
- . Existe la inconveniencia técnica de la integración de acciones de Terapia Física y Terapia Ocupacional.
- . No existe un Manual de Organización y Funciones del Servicio reconocido oficialmente.
- . No están claramente definidas las líneas de autoridad y responsabilidad en el Servicio.
- . En los órganos de línea figuran las secciones que representaban los distintos profesionales de la salud en lugar de secciones que representen el servicio que se brinda.
- . No existe congruencia entre el organigrama estructural y el funcional.
- . El Manual de Normas y Procedimientos del Servicio está desactualizado y no responde a los lineamientos de un manual de su tipo; tampoco tiene reconocimiento oficial.
- . Carencia de un comité técnico asesor en el Servicio.

2.4. De las Funciones

- . Existen una falta de claridad y concenso en cuanto a los roles que le compete realizar a cada profesional de la salud.
- . No existen normas que regulen las funciones del personal.
- . Carencia de un perfil ocupacional del profesional de la Salud Mental en rehabilitación.

2.5. De Recursos:

De la Estructura

2.5.1. El diseño arquitectónico no se adecua al proceso -- de la Rehabilitación.

- . No existe una adecuada utilización y distribución de ambientes, éstos se hacían en función de las secciones que representaban a los profesionales de la salud en lugar de las actividades terapéuticas.
- . Hay una falta de adecuación y/o habilitación de los ambientes para determinadas actividades terapéuticas.

2.5.2 De los Recursos Humanos

- . No existe una adecuada planificación para la asignación de personal al Servicio.
- . El personal generalmente carecía de formación en la especialidad.
- . No hubo un criterio de selección para admitir personal en el Servicio.
- . Existen escasos recursos humanos en relación a la demanda.
- . Falta de estabilidad del personal profesional asignado al Servicio por parte de algunas Unidades.

2.4. De las Funciones

- . Existen una falta de claridad y concenso en cuanto a los roles que le compete realizar a cada profesional de la salud.
- . No existen normas que regulen las funciones del personal.
- . Carencia de un perfil ocupacional del profesional de la Salud Mental en rehabilitación.

2.5. De Recursos:

De la Estructura

2.5.1. El diseño arquitectónico no se adecua al proceso -- de la Rehabilitación.

- . No existe una adecuada utilización y distribución de ambientes, éstos se hacían en función de las secciones que representaban a los profesionales de la salud en lugar de las actividades terapéuticas.
- . Hay una falta de adecuación y/o habilitación de los ambientes para determinadas actividades terapéuticas.

2.5.2 De los Recursos Humanos

- . No existe una adecuada planificación para la asignación de personal al Servicio.
- . El personal generalmente carecía de formación en la especialidad.
- . No hubo un criterio de selección para admitir personal en el Servicio.
- . Existen escasos recursos humanos en relación a la demanda.
- . Falta de estabilidad del personal profesional asignado al Servicio por parte de algunas Unidades.

- . Inadecuadas relaciones interpersonales en el Servicio caracterizados por:
 - . Competitividad profesional.
 - . Falta de definición de roles.
 - . Competitividad interdisciplinaria
- . La asignación de tiempo parcial del líder formal daba lugar a la aparición ocasional de líderes informales en el equipo.
- . Insuficiente desarrollo de la comunicación auténtica por parte de los miembros del staff.

2.6.2. Con otros Departamentos y Servicios

- . No existe una relación efectiva con otros Departamentos y Servicios del Instituto relacionada con:
 - . Asistencia irregular del personal del Servicio a las reuniones de coordinación con el Departamento de Adultos y Geriatría.
 - . Carencia de iniciativa para una coordinación efectiva tanto del Servicio como de otras instancias de la Institución.

2.6.3. Extrainstitucionales:

- . Falta de creación de convenios intersectoriales, principalmente con Educación, Industria, Trabajo.
- . Carencia de relación con los recursos organizados de la comunidad.

2.7. De los Instrumentos

- . Utilización de algunos instrumentos sin validez empírica.
- . Utilización de instrumentos no estandarizados.
- . Falta de empleo de algunos formatos de evaluación estructurados por algunas secciones.
- . No existe unidad de criterios para un formato de evaluación inicial.
- . Los instrumentos no reúnen los criterios técnicos de elaboración.

2.8. De los Programas Terapéuticos

- . Los llamados programas terapéuticos no se ajustan a los lineamientos de un programa.
- . Desarticulación de los programas terapéuticos.
- . Pobre desarrollo de programas artísticos.
- . Falta de participación del usuario en la elaboración de programas terapéuticos.
- . Rigidez en la oferta de los programas terapéuticos en los diferentes niveles de funcionamiento.
- . Los programas terapéuticos se han concentrado en el paciente; con escasa intervención a nivel familiar.
- . Los programas están desarrollados en base a la Rehabilitación Intra hospitalaria.

3.0.0. PROPOSICIONES:

Presentando de manera sucinta el Diagnóstico Situacional - del Servicio, proponemos como respuesta la formación del Servicio de Rehabilitación Integral.

4.0.0. SERVICIO DE REHABILITACION INTEGRAL DEL INSM "HD-HN"

4.1. Definición:

El Servicio de Rehabilitación Integral del INSM "HD-HN", será un centro de investigación, docencia y asistencia para la Rehabilitación en Salud Mental, diseñado para funcionar como un subsistema del Instituto, encargado de desarrollar acciones tendientes a lograr la re inserción familiar, social y laboral del paciente y fomentar una actitud positiva de su entorno.

4.2. Dependencia

Depende de la Dirección del INSM "HD-HN".

4.3. Relaciones:

Se relaciona a través de la Dirección del Instituto, con los órganos del Ministerio de Salud, la Universidad Peruana y otras Instituciones Públicas y Privadas del País y el exterior que actúen en materias de su competencia, y con Departamentos, Servicios y Unidades del Instituto.

4.4. Objetivos:

4.4.1. Crear ciencia, tecnología y normatividad para desarrollar las actividades de prevención terciaria en Salud Mental.

4.4.2. Formar, capacitar y adiestrar recursos humanos para el desarrollo eficaz de las acciones de rehabilitación.

4.4.3 Reinsertar al medio familiar, laboral y social a las personas con limitaciones como consecuencia de una enfermedad mental.

4.5. Organización y Funcionamiento:

El Servicio está diseñado como un subsistema del Instituto con la finalidad de lograr una composición y funcionamiento de elementos inter-relacionados flexibles, que presente un conjunto coherente y oportuno de servicios, sin comportamientos rígidos y estancos, y a la vez abierto a la alimentación que provenga del análisis y evaluación de la producción, facilitando con éstos los oportunos y equilibrados reajustes y modificaciones indispensables para una permanente optimización del Servicio.

Se concibe a la Rehabilitación Integral como un proceso que busca la reinserción social, laboral y familiar del paciente, a través de tres fases o áreas de trabajo claramente definidas y secuenciadas: Rehabilitación Funcional, Adaptación Socio-Laboral y Rehabilitación Profesional; del cual surge el modelo organizativo del Servicio de Rehabilitación Integral en Salud Mental, modelo al que se le anexan dos áreas complementarias con el fin de asegurar el éxito del proceso: Admisión y Seguimiento.

4.5.1. Area de Admisión: Es la encargada de determinar el area en que requiere ser ubicado el paciente, así como la motivación del mismo y su familia.

- 4.5.2. Area de Rehabilitación Funcional.- Es el área encargada-- de la parte inicial del proceso de Rehabilitación Integral-- que busca la mayor capacidad funcional y autovalimiento posibles para el paciente, a través de la aplicación coordinada de medidas médicas, psicológicas, educativas y sociales-- que permitan preparar a la persona para continuar un proceso de rehabilitación e integración familiar, social y laboral.
- 4.5.3. Area de Adaptación Socio- Laboral.- Es el área que se encarga de la parte intermedia del proceso de Rehabilitación-- Integral, que busca integrar o reintegrar a la persona con insuficiencia social, a sus roles; preparándolo para adecuarse a las exigencias del medio familiar, laboral y comunitario.
- 4.5.4. Area de Rehabilitación Profesional.- Es el área que se encarga del proceso final de Rehabilitación Integral, que comprende el suministro de evaluación, orientación, adaptación, formación profesional y colocación selectiva para el paciente pueda integrarse a su medio social en forma útil y productiva para sí mismo y los demás; obtenga y conserve un empleo adecuado y alcance una promoción en el mismo.
- 4.5.5. Area de Seguimiento.- Es el área encargada de vigilar el desenvolvimiento del paciente en el área familiar, social, ocupacional, laboral y educacional.

Los detalles de la organización se encuentran registrados - en el Proyecto del Manual de Organización y Funcionamiento del Servicio. Las estructuras son esenciales para el cumplimiento de los objetivos inmediatos; las funciones están establecidas por propósitos claramente definidos, desarrollándose manuales de procedimientos para cada actividad.

Referencias:

1. EXPOSICION DE MOTIVOS INSM "HD-HN" 1982.
2. EINAR HELANDER: "Rehabilitación Para Todos"; O.M.S., Ginebra -- 1984.
3. DELIA MATOS: "Salud Desarrollo Socio-Económico Para Poblaciones Rurales en el Perú", Centro Piloto de Rehabilitación en Salud - Mental, Doc. 136, Abr. 1988.
4. MANUAL DE ORGANIZACION Y FUNCIONES DEL INSM "HD-HN"; 1982.

AREA DE ADMISION

A. JUSTIFICACION

1. El procedimiento de evaluación inicial utilizado hasta la fecha, invierte mucho tiempo generando a la vez desmotivación y deserción en el paciente para participar en el proceso de rehabilitación.
2. La evaluación inicial del paciente por diversas disciplinas no permite obtener una visión holística del mismo.
3. La falta de instrumentos válidos y confiables para el proceso de evaluación inicial favorece la duplicidad en el recojo de información para las diferentes disciplinas.
4. La exploración del paciente en sus diversas áreas permite conocer sus necesidades, potencialidades y capacidades.
5. El empleo de instrumentos de evaluación semi-estructurados, facilitan posibles estudios de investigación a través del procesamiento de la información en computadora (informática).
6. La identificación del paciente con el proceso de rehabilitación requiere del conocimiento y motivación que favorezcan su adaptación.
7. La familia cumple un rol fundamental en el proceso de rehabilitación del paciente.

B. OBJETIVOS

1. Evaluar las necesidades, capacidades y potencialidades del paciente en una perspectiva integral y en condiciones reales.
2. Favorecer la adaptación del paciente al proceso de rehabilitación.
3. Motivar al paciente y familia para su participación en el proceso de rehabilitación.
4. Lograr una coordinación efectiva con los Servicios de donde procede el paciente y con los demás miembros del Equipo del Servicio a fin de asegurar la continuidad del proceso de rehabilitación.

C. SUJETO DE PROGRAMACION

Todos los pacientes referidos al Servicio por el médico tratante - mediante la solicitud de admisión.

1. Criterios de Inclusión

- a. Si el paciente presenta leve o moderada afectación en su adaptación familiar, social y laboral como resultado de un de sorden mental.
- b. Si el paciente tiene 13 ó más años de edad.
- c. Si el paciente reside en el Cono Norte de Lima o en una zona accesible al Instituto que le permita cumplir con el horario diariamente.

2. Criterios de Exclusión

- a. Si tiene diagnóstico de enfermedad orgánica
- b. Si tuviera conducta psicopática que perjudique la labor te rapeútica del grupo.
- c. Si tuviera marcado deterioro que hicieran inútiles los recursos terapéuticos del Servicio.
- d. Si el paciente demuestra una verdadera indiferencia por - las actividades del Servicio y al ambiente en general.
- e. Si no tiene soporte familiar adecuado que favorezca su pro ceso de rehabilitación.
- f. Si el paciente se encuentra en situación de inculpado frente a la ley.

D. ACTIVIDADES

1. Entrevista al paciente y familiar responsable utilizando la- Ficha de Evaluación Inicial.
2. Observación del paciente en la ejecución de actividades psico físicas, psicosociales y laborales básicas.
3. Ejecución de actividades psicofísicas, psicosociales y labora les básicas dirigidas al paciente:

a. Psicofísicas

- 1).- Actividad recreativa
- 2).- Actividad deportiva
- 3).- Actividad gimnástica.

b. Psicosociales

- 1). Charlas educativas: Rehabilitación en Salud Mental, Proceso de Rehabilitación en el Servicio, reglamento para el paciente y Familiar, etc.
- 2). Dinámica de grupo.
- 3). Cine Forum
- 4). Técnicas de participación: Juego de telaraña.
- 5). Periódico mural
- 6). Collage
- 7). Visita de reconocimiento de la planta física.
- 8) Visita de observación durante la ejecución de actividades de las diferentes áreas del servicio.

c. Laborales

- 1). Origami: ejecución de cuatro proyectos (dos utilitarios y dos artísticos).
- 2). Confección de: (incluye: diseño, trazado, recorte, ensabado y acabado).
 - Cuadro: utilizando ganchos de ropa
 - Panera- utilizando palitos de chupete.

4. Actividades dirigidas a la familia:

- a. Visita domiciliaria (si se precisa ampliar y/o constatar la información).
- b. Charlas educativas: Rehabilitación en Salud Mental, Proceso de rehabilitación en el Servicio, reglamento para el paciente y familiar.
- c. Dinámica de grupo.

- d. Visita de reconocimiento de la planta física.
 - e. Visita de observación durante la ejecución de actividades de las diferentes áreas del servicio.
 - f. Firma del compromiso Familiar.
5. Presentación del caso al equipo del área donde se ha ubicado al paciente.
 6. Llenado de la tarjeta de control del paciente.
 7. Derivación del paciente al grupo ocupacional pertinente, según el caso lo requiere.
 8. Reuniones de coordinación con: el equipo del área, el Jefe del Servicio, los servicios de procedencia del paciente y el médico tratante del paciente.

E. Recursos

Humanos

- (1) Enfermera a tiempo completo
- (1) Psicóloga
- (1) Asistente Social
- (1) Terapeuta ocupacional a tiempo parcial
- (1) Terapeuta Físico
- (1) Médico
- (1) Auxiliar de enfermería.

Físicos

Ambiente de Psicología y Tópico del Servicio

Materiales

- * Fichas de evaluación inicial
- Compromiso familiar y del paciente.
- Tarjetas de control del paciente

Útiles y Materiales de Escritorio

- Material educativo
- Equipo y material audiovisual
- Equipo y material para actividades psicofísicas, psicosociales y laborales.
- Maletín de visita domiciliaria equipado.

AREA DE REHABILITACION FUNCIONAL

JUSTIFICACION:

- La enfermedad mental produce alteraciones en áreas del comportamiento humano: Integración, Autovalimiento, Comunicación, ocasionando trastorno, en los niveles de funcionamiento y autovalimiento.
- Para iniciar y continuar en el proceso de rehabilitación, es necesario desarrollar y aplicar acciones que estimulen el crecimiento de éstas áreas básicas del comportamiento.
- Estudios de prevalencia de Retardo Mental y Epilepsia dentro de los desórdenes psiquiátricos, ameritan la intervención en fases tempranas de la rehabilitación.
- La aplicación de acciones de rehabilitación durante el curso de la enfermedad contribuyen a mantener y evitar un mayor deterioro y potencializar capacidades indemnes.
- La acción oportuna y temprana de rehabilitación contribuye al proceso de recuperación disminuyéndose los promedios de permanencia en hospitalización.
- La acción de rehabilitación coadyuva en el proceso de recuperación del paciente hospitalizado.
- La aplicación de acciones de rehabilitación contribuyen a disminuir o minimizar los efectos del "Síndrome de Exclusión Familiar".
- Para propiciar la integración y participación de la familia en el proceso de recuperación y rehabilitación del paciente.

OBJETIVOS

Objetivo General.- Lograr la máxima recuperación de la capacidad funcional y autovalimiento.

Objetivos Específicos.-

Al concluir su estadía en el Area el paciente será capaz de:

- a). Establecer una comunicación elemental no verbal y/o verbal.
- b). Realizar acciones de autovalimiento(alimentación, vestido, higiene, traslado) en forma independiente.

- c). Desempeñarse en su máximo nivel de integración psicomotriz.
- d). Desempeñarse en su máximo nivel físico funcional.
- e). Utilizar mayores recursos personales adquiridos.

Sujeto de Programación:

- a). Dependiente en actividades de la vida diaria.
- b). Moderada y/o severa desintegración psicomotriz.
- c). Nula o pobre comunicación verbal y/o no verbal.
- d). Improductividad
- e). Pacientes con desorganización aguda o reagudizada.
- f). Recursos personales limitados.

Población a atender:

- Hospitalizados
- Consulta Externa- Niños y Adolescentes
 - Adultos y Geriatría.
- Entrenamiento Terapéutico Grupal.
- Centros Periféricos.

ACTIVIDADES:

- Evaluación:
 - . Inicio Programa: - Determinar modalidad de trabajo (grupal y/o individual).
 - Determinar necesidades específicas del paciente.
 - . Durante Programa: - Evaluar el avance del paciente en el programa.
 - Registrar la evolución del paciente.
 - . Final Programa: - Evaluar objetivos alcanzados.
 - Duración del paciente:
 - Promoción de otras áreas
 - Alta vigilada
 - Ubicación en hogar y/o recursos comunales.

- Tratamiento
 - . Entrevistas
 - . Visista domiciliaria
 - . Terapias
- Actividades Psicofísicas: Psicomotricidad
 - Gimnoterapia
 - Expresión Corporal
 - Deportes.
- Actividades Psicosociales: Dinámica Grupal
 - Modificación de Conducta
 - Cine Forum
 - Periódico Mural
 - Juegos de Salón
 - Actividades Socializadoras (fiestas, actividades recreativas, paseos y -- excursiones).
- Psicolaborales:
 - . Entrenamiento en actividades de la vida diaria.
 - . Ergoterapia
 - . Actividades artísticas y creativas.
- . Educativas
 - : - Charlas educativas con paciente y familia .
 - . Información y difusión de las acciones de rehabilitación.
 - . Motivación para la participación activa en el tratamiento por parte del paciente.
- Reuniones Multifamiliares
 - . Movilizar la red de Soporte Social.
- Adiestramiento
 - . En el ambiente intrahospitalario y/o en el hogar.
 - . Entrenar al familiar para su intervención como coterapeuta.
 - . Entrenar al familiar para asegurar la continuidad del tratamiento de Rehabilitación en el hogar.

- Coordinación: Reuniones Técnico-Administrativa- Asistenciales con:
 - Jefatura del Servicio
 - Equipo Multidisciplinario del área
 - Servicios de procedencia del paciente.
- Consultoría: Entrevistas individuales
 - Dirigido a paciente y familia según solicitado y necesidades.
- Docencia : Instrucción a estudiantes de Pre y Post-grado en las diferentes disciplinas profesionales.
 - . Cursos de orientación para personal nuevo y de pasantía.
 - . Cursos de educación continua para personal del Servicio y otros servicios del Instituto.
 - . Programas Educativos dirigidos a grupos organizados de la Comunidad.
- Investigación:
 - . Participación en Trabajos de Investigación individuales y/o multidisciplinarios.

RECURSOS:

- Humanos : En el Servicio de Rehabilitación:

Profesional.	- T.M. en Terapia Física	3
	- T.M. en Terapia Ocupacional	1
	- Psicólogos	1
	- Asistente Social	1
	- Enfermera	1

Asistente:	- Terapia Física	3
	- Terapia Ocupacional	2
	- Psicología	1

Auxiliar :	- Servicio Social	1
	- Enfermería	1

Otros : - Familiares responsables del paciente.

En otros Servicios:

- Equipo Multidisciplinario del Servicio

- Físicos:

- . Materiales :
 - Equipo y Material de Psicomotricidad.
 - . Equipo y Material de Gimnasia
 - . Material Deportivo
 - . Material para manualidades y artesanía.
 - . Material para juegos de salón
 - . Material educativo.
 - . Material de Escritorio.

- . Ambientes : En el Servicio de Rehabilitación
 - . Hall del Servicio
 - . Patio
 - . Ambientes 5 y Oficina de Terapia F.-- T.O.
 - . En otros Servicios:
 - . Ambientes propios a destinar
 - . Instalaciones del instituto
 - . Auditorium
 - . Comedor
 - . Campo Deportivo
 - . Areas verdes.

AREA DE ADAPTACION SOCIO-LABORAL

JUSTIFICACION.-

El punto de partida para un trabajo realista con los pacientes, es el reconocimiento que algunos de ellos no se recuperan íntegramente, pero que sin embargo debidamente asistidos pueden funcionar productiva y socialmente con mayor o menor eficiencia aunque con ciertas limitaciones.

Aquellos que están largo tiempo enfermos suelen estar inactivos. Antiguamente no se había visto la conveniencia para ellos de la actividad o el trabajo, se les había tenido desconfianza o subestimado en su capacidad; en pocas palabras, se había impedido la utilización de los aspectos sanos remanentes.

Es una experiencia común que cualquier persona que se aísla, termina por deteriorarse; lo que le sucede al paciente con enfermedad mental si no se halla en un ambiente terapéutico que cuente con el soporte social necesario, lo que haría que disminuya sus posibilidades de rehabilitarse.

En esta área se trata de movilizar y utilizar, el aspecto sano que todavía queda a la vez que se modifica el aspecto patológico. Muchos síntomas pueden atenuarse, e incluso con los tratamientos desaparecer, pero si no se estimula o activa convenientemente al paciente para el trabajo y la vida social se corre el riesgo de que éste resulte en un estado de invalidez y de parasitismo social. La Rehabilitación incluye el trabajo en los aspectos individual, social, familiar y ocupacional. En cada uno de ellos ha de habilitarse o restaurarse al paciente para que pueda vivir con bienestar en el seno familiar si esto es posible; para la participación en la vida social y el desempeño en un rol productivo de acuerdo a sus habilidades y capacidades remanentes.

OBJETIVOS

General.- Facilitar el uso de capacidades y habilidades para el desempeño de sus roles.

- Optimizar los recursos para que la familia desarrolle estilos de vida saludables que ejerzan efectos terapéuticos.

Específicos.-

Una vez que el participante haya concluido su estadía por el área será capaz de:

- Identificar sus limitaciones y potencialidades físicas, psicológicas, sociales y ocupacionales.
- Reafirmar su capacidad de autodirección y desenvolvimiento social y laboral.
- Distinguir aquellas situaciones perturbadoras que impidan, limiten y/o retarden el desempeño de sus roles.
- Demostrar su capacidad para la resolución de problemas y toma de decisiones en sus diferentes roles.
- Organizar y Planificar actividades cotidianas.
- Seleccionar una actividad ocupacional productiva o campos de Empleos.
- Integrarse y participar activamente en organizaciones propias de su comunidad.
- Valorar sus potencialidades psicofísicas, psicosociales y laborales.

SUJETO DE PROGRAMACION

Características de la población a atender en el área:

- a. Pacientes en estado de remisión
- b. Independiente en sus actividades de la vida diaria y dependiente económica y emocionalmente.
- c. Pobre habilidad en el desempeño de sus roles.

En la presente se atenderán a los participantes que procedan de:

- Consulta Externa de Niños y Adolescentes.
- Consulta Externa de Adultos y Geriatria
- Del Área de Rehabilitación Funcional.

ACTIVIDADES

1. De Evaluación

- Entrevista y observación al participante
- Entrevista y observación a la familia.

2. De tratamiento.

- Administración de Medicamentos
 - . Vía Oral
 - . Vía Parenteral
 - Intervención en situaciones de emergencias psiquiátricas.
 - y Físicas
 - De consultoría.
- 1 Según la necesidad del participante y la familia.
- Visitas Domiciliarias.

3. Terapias.

- Psicofísicas

. Expresión Corporal

- Dominio de capacidad motriz
- Dominio de capacidad de coordinación.
- Dominio de capacidad de ritmo
- Dominio de capacidad expresivo- creativas.
- Capacidad de corporización de estados de ánimo.
- Capacidad de corporización de elementos sonoros
- Capacidad de corporización corporal.

. Gimnasia

- Destrezas Gimnásticas
- Gimnasia con elementos
- Gimnasia rítmica

. Recreación y Deportes

- Juegos recreativos
- Juegos de persecución, posición y coordinación.
- Juegos de atención, percepción sensorial, deducción y memoria.
- Volley
- Fútbol
- Basquet
- Tenis
- Ping Pong

- . Biodanza
 - Compromiso de confianza
 - Placer del encuentro
 - Fluidez canillos de tensión.
 - Armonía de movimiento
 - Yan
 - Yin
 - Danza
 - Reconocimiento de la persona
 - Reconocimiento de emociones auténticas.
 - Líneas de vivencia: vitalidad, creatividad, afectividad trascendencia, sexualidad.
- Psicosociales
 - Dinámica de grupo.
 - . Introducción al trabajo grupal
 - . Constitución de un grupo integrado donde se consolida la norma de la persona que aprende a resolver problemas.
 - . Delimitación de problemas y dinámica del conflicto.
 - . Comprobación del aprendizaje aplicado a los problemas de la situación o procedencia
 - Entrenamiento en habilidades sociales
 - . Asertividad y comportamiento no-verbales
 - . Derechos personales y entrenamiento en la distinción
 - . Reestructuración cognitiva
 - . Ejercicio de ensayo conductual
 - Ejercicios Vivenciales
 - . Comunicación con otros y autenticidad
 - . Comunicación con la fantasía
 - . Actividades de grupo.
 - Psicoterapia Grupal.-
 - . Se usará esta técnica como un instrumento terapéutico a través del cual se facilita el logro de los objetivos del Area.
 - Terapia Familiar.
 - . Identificación de la dinámica grupal.
 - . Facilitar una adecuada comunicación entre los miembros de la familia.
 - . Incrementar la participación de la familia como co-terapeuta en el proceso de la Rehabilitación.

- Cine Forum
- Periódico Mural
- Art. artísticas

- . Danzas
- . Música
- . Canto
- . Instrumentos musicales

- Actividades Extramurales.

-Laborales

- Actividad relacionadas la cultura y la economía del País

a). A.V.D.

- . Manejo en la comunidad
- . Organización en el hogar
- . Planificación de actividades domésticas y rutinarias.
- . trámites básicos del ciudadano
- . Puericultura:

- Planificación familiar
- Educación Sexual

b). Artísticas y Creativas

- . No estructuradas: dibujo, collage, pintura, modelado
- . Estructuradas : Estampados, danzas, canto, instrumen
tos.

c). Lúdicas.-

- Unipersonales; trompo, palabras cruzadas.
- Bipersonales: danzas, ajedrez, naipes.
- Grupales:bingo, ludo.

d). Ocupacionales

- De vestir; tejido, borado, costura.
- calzado
- Talabertería: monederos, correas, billeteras.
- Alimentarias: Repostería, cocina

e). Educativas.

- Manejo de dinero
- Identificación Nacional.
- Derechos, deberes del ciudadano.

4. Educativas.-

- Charlas dirigidas al paciente y familia.

5. De coordinación.-

- Reuniones con el jefe de servicio.
- Reuniones con el equipo del área.
- Reuniones con los diferentes servicios del Instituto.
- Reuniones con la Asociación de familiares de pacientes.

6. Docencia.-

- Instrucción a estudiantes de pre y post- grado de las - diferentes disciplinas.
- Orientación al personal nuevo y de pasantía.
- Cursos de educación continua para el personal del servicio y de otras de endencias que lo soliciten.
- Programas educativos dirigidos a grupos organizados de la- comunidad.

7. Investigación.-

- Participación en trabajos de Investigación individuales y- grupales.

RECURSOS

1. Humanos:

- Profesionales.-

Psicólogos	2
Enfermeras	1
Asistente Social	1
Terapeuta físico	2
Terapeuta Ocupacional	1
Psiquiatra	1

- Auxiliares

De Enfermería	1
De Psicología	1
De Terapia Física	2
De Terapia Ocupacional	3

- Asistentes

De Psicología (internos)	2
--------------------------	---

De Terapia Ocupacional 2

- Técnicos.-

De Terapia Ocupacional 2

Artesanos 6

Físicos:

- Sala # 5
- Sala de Terapia Física y Terapia Ocupacional
- Hall del Servicio
- Patio interior
- Areas verdes del Instituto
- Auditorium del Instituto

Materiales

- Equipo y materiales de gimnasia
- Equipo y materiales de costura
- Equipos y materiales de zapatería
- Equipos y materiales de cocina y repostería
- Equipos y materiales Audiovisuales
- Material Educativo
- Equipos y materiales de cerámica
- Equipo y materiales de escritorio
- Equipo de materiales 2 curación
- Equipos y materiales para administración y medicamentos
- Maletín equipado para visitas domiciliarias
- Juegos de salón
- Cojines
- Buzos deportivos para el desarrollo de las actividades - para el personal del área.
- Pruebas Psicológicas.

AREA DE SEGUIMIENTO

JUSTIFICACION.-

1. La tasa de recaídas en nuestra población es mayor que la esperada, siéndo el 21.9%.
2. Dado que el enfermo mental tiende a la cronicidad en un alto porcentaje, 62.9% ; se hace necesario la vigilancia y el seguimiento de ellos para evitar su deterioro progresivo.
3. La deserción y la discontinuación del tratamiento médico y farmacológico son factores importantes de recaídas y/o de pérdida del rol social laboral por lo cual se hace indispensable el control de los factores mencionados.
4. Cumplir con las normas sugeridas por la OMS en cuanto a la atención integral del enfermo mental.

OBJETIVOS

Objetivo General.- Propiciar el mantenimiento de los logros alcanzados en el proceso de Rehabilitación Integral.

Objetivos Específicos.-

- Controlar los factores del medio externo que ponen en riesgo la estabilidad del paciente.
- Favorecer la asistencia continua del paciente en el proceso de rehabilitación.

Sujeto de Programación.-

1. Los pacientes que estén de alta vigilada en todas las áreas.
2. Los pacientes que han dejado inconcluso cualquier área de Rehabilitación.

ACTIVIDADES

1. Ejecutar acciones de seguimiento farmacológico, clínico, laboral, social.
2. Realizar visitas domiciliarias y laborales a fin de vigilar el mantenimiento de los logros de rehabilitación alcanzados mediante un instrumento donde debe quedar implícito las recomendaciones pertinentes para tal fin.
3. Elaborar un cronograma donde se especifique en semanas, meses y años, las actividades a desarrollar en el lapso de tres años de seguimiento.
4. Presentar los informes respectivos en reuniones de coordinación del Servicio con fines de proveer información y evaluación de alta definitiva del Servicio.
5. Mantener estrecha relación con la familia para prevenir recaídas, desajustes y deserciones del paciente; - mediante entrevistas de seguimiento.
6. Canalizar la consultoría en Psiquiatría, Psicología, - Enfermería y Laboral a solicitud del paciente.

RECURSOS.-

Movilidad del INSM a tiempo completo.

1. A.S. Encargada del área.
1. Médico Psiquiatra a tiempo parcial
1. Enfermera a tiempo parcial.
1. T.O. a tiempo parcial
1. Psicólogo a tiempo parcial.

ACTIVIDADES	ATENDIDOS		ATENCIONES		INSTRUMENTOS	
	Nro.	Cobertura (%)	Nro.	Concentr.	Nro.	Rendimiento (Hs.)
Evaluaciones	30	100	60	2	120	0.5
V. D.	30	50	15	0.5	15	1
Consultoría	3	10	3	0.1	4	1.25
					139	

AREA DE REHABILITACION PROFESIONAL

DEFINICION.-

Es la fase final del proceso de Rehabilitación Integral que comprende el suministro de evaluación, orientación adaptación, formación profesional y colocación selectiva para que la persona pueda integrarse a su medio social en forma útil y productiva, para sí mismo y los demás; obtenga y conserve un empleo adecuado y alcance una promoción en él mismo.

JUSTIFICACION.-

Consideramos las siguientes razones:

- Es necesario alcanzar la reintegración laboral, como fase final del proceso de rehabilitación del enfermo mental.
- La conducta improductiva conduce a la desorganización y al deterioro de la funcionalidad del ser humano.
- La población atendida en nuestro servicio en un 56.2% pertenece a la Población Económicamente Activa.
- Es imprescindible elevar la capacidad productiva del núcleo familiar de nuestros pacientes, ya que generalmente pertenecen a un nivel económico medio bajo.
- Al estar enfermo no se pierde la condición humana y es un deber ineludible del trabajador de salud mental, que sus pacientes tengan los derechos y deberes fundamentales de la Constitución del Estado y así mismo se cumplan las Leyes 23273, 23285 24067, 24509; la Resolución Ministerial Nro. 398-86- TR; Decreto Ley Nro. 14560.
- La filosofía de la rehabilitación, considera al trabajo como la principal fuente de autorrealización permanente en el hombre.
- Contribuir a la concreción de los Lineamientos de la Política Nacional de Salud Mental, diseñados por nuestro órgano rector. (Lineamiento 1 y 2).

FUNCIONES.-

- Desarrollar acciones de evaluación, orientación, adaptación; formación y colocación selectiva a los pacientes que han logrado su adaptación socio-laboral.

- Desarrollar acciones que favorezcan la movilización y participación de los grupos organizados de la comunidad involucrados en el proceso de Rehabilitación Profesional.

OBJETIVOS.-

El participante será capaz de:

- Obtener un perfil funcional, identificando sus secuelas y sus capacidades remanentes.
- Conocer sus intereses vocacionales y de elegir el grupo ocupacional apropiado a sus expectativas y nivel de funcionamiento.
- Alcanzar un nivel de adaptación laboral satisfactorio, para su formación pre-profesional.
- Culminar con éxito su programa y/o cursos de formación laboral.
- Alcanzar una colocación selectiva en un puesto de trabajo por acción personal y/o del microequipo asistencial.
- Tener expectativas de desarrollo y promoción permanente en el puesto de trabajo.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR.-

Comprenderán las siguientes:

1. Evaluativas para diagnóstico vocacional. Aplicación de Baterías de Orientación Vocacional. (Kuder, Angellini, Hereford); Personalidad (Saks, E.P.Q; Machover O C.I. (California, Wais, Raven, Barsic).
2. Desarrollar la Historia Ocupacional: mediante entrevista utilizando un instrumento semi-estructurado.
3. Elaborar el estudio socio-familiar y/o su reactualización: para conocer la estructura, composición y dinámica familiar, así como sus recursos económico y características de su vivienda.
4. Adiestramiento y entrenamiento en los módulos de los Talleres de Producción.
5. Coordinación con los Centros de Formación Laboral, para el uso de vacantes y la presentación respectiva de los postulantes.

6. Colocación selectiva en un puesto de trabajo (registro de -- vacantes y acciones de apoyo en Relaciones Industriales).
7. Difusión de la Guía Profesiográfica, Legislación Laboral y -- sobre Realidad Nacional.
8. Visitas guiadas a los centros de formación laboral, adies-- tramamiento profesional y a centros de industrias modelos.
9. Dinámica grupales, sobre el desenvolvimiento de sus activi-- dades ocupacionales en especial.
10. Reuniones de coordinación del microequipo; éstas serán ordi-- narias (iniciales, intermedias y finales) y extraordinarias (para resolver los casos- problemas).
11. Captación, registro, selección y sensibilización de los re-- cursos de la comunidad.
12. Consultoría permanente para toda la población del INSM.
13. Actividades típicas de Enfermería (educación en salud ocupa-- cional, atención de emergencias en general, en especial -- las Psiquiatras, administración de medicamentos, entre o--- tras.

SUJETO DE PROGRAMACION.-

Se estima que aproximadamente el 25% de la población total -- que acude al Servicio de Rehabilitación, se beneficiará de las activi-- dades de nuestra área de intervención.

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION A ATENDER.-

Se condieran:

- Criterios de Inclusión:

- a). Pacientes que han alcanzado un máximo de funcionalidad y tienen ajuste socio-laboral.
- b). Pacientes con interdependencia en su rol socio-familiar.
- c). Pacientes sin diagnóstico vocacional y sin oportunidad de entrenarse o capacitarse para conseguir y desarrollarse-- en un puesto de trabajo.

- Criterios de Exclusión:

- a). Reagudización de sintomatología limitante.
- b). Presencia de enfermedad somática invalidante.
- c). Cambio de residencia que imposibilite su asistencia.
- d). Tener problemas judiciales y/o policiales.

RECURSOS HUMANOS

Se proponen los siguientes cargos:

01. Tecnólogo Médico en Terapia Ocupacional

01 Psicólogo

01 Asistente Social

01 Enfermera

01 Asistente de Psicología

02 Asistentes de Terapia Ocupacional

01 Auxiliar de Enfermería

02 Técnicos de Terapia Ocupacional

02 Artesanos

05 Voluntarios.

RECURSOS FISICOS

Se realizarán las actividades en:

- Salas 1 y 2 del Servicio de Rehabilitación Integral del INSM.
- Organizaciones de la comunidad.

PROYECCION DE LAS ACTIVIDADES A REALIZAR Y SUS ATRIBUTOS EN EL

AREA DE R.P. PARA EL PERIODO SETIEMBRE - DICIEMBRE DE 1988

ACTIVIDAD	ATENIDOS		ATENCIONES		INSTRUMENTOS	
	NUMERO	COBERTURA	NUMERO	CONCENTRACION	NUMERO	RENDIMIENTO
EVALUATIVAS	40	100%	120	3	60 hrs.	0.5/Horas.
HISTORIA OCUPACIONAL	40	100%	40	1	40 hrs.	1/Hora
ESTUDIO SOCIO FAMILIAR	40	30%	12	0.3	12 hrs.	1/hora
ADIESTRAMIENTO Y ENTRENAMIENTO EN TALLER	40	60%	256	6	1,029 Hrs.	0.25/hora
COLOCACION SELECTIVA	40	80%	120	3	60 hrs.	0.5/hora
REUNIONES INFORMATIVAS Y EDUCATIVAS	40	100%	360	12	180 hrs.	0.5/hora
DINAMICA GRUPAL	40	100%	240	6	120 hrs.	0.5/hora
CONSULTORIA DEL MICRO	20	50%	40	2.5	20 hrs.	2/hora.

Consideramos que poniendo operativo todos los equipos y maquinarias donadas por la JICA y adquirido por el Sector Salud, así como con la participación a tiempo completo y parcial de los recursos humanos existentes en el Servicio de Rehabilitación Integral, será posible iniciar por etapas este programa y con la Viabilidad Política de nuestra alta Dirección.

El Desarrollo del presente documento se ha realizado con la participación activa de todos y cada uno de los integrantes, creemos que sus aportes han sido valiosos así como su entusiasmo para superar dificultades de conceptualización y estamos seguros que involucrados emocionalmente en la génesis de este plan de trabajo, lograremos su crecimiento y desarrollo.

⑦ アフターケア協力を紹介する現地新聞 “El Comercio”
(1990.11.20)

Japón ayudará al Instituto Nacional de Salud Mental

Con la finalidad de apoyar en forma técnica y financiera al Instituto Nacional de Salud Mental 'Honorio Delgado-Hideyo Noguchi', ayer llegó a nuestra capital una misión japonesa integrada por los doctores Shun-Ichiro Noyashi -experto pionero del proyecto-, Sadao Nakamura, Taphiko Sato y Kenji Kaneko.

Durante nueve días, estudiarán y evaluarán la factibilidad de apoyar a esta institución que durante siete años fue asistida por el gobierno japonés, a través de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA).

Los expertos han sido enviados por la Agencia de Cooperación Internacional del Japón, para la ejecución de la cooperación técnica hacia las naciones en vías de desarrollo, dentro del

marco del 'Acuerdo Básico sobre Cooperación Técnica entre el gobierno del Perú y el Japón, suscrito el 20 de agosto de 1979.

La cooperación técnica japonesa finalizó en junio de 1987 luego de siete años de estrecha colaboración. En ese lapso se prestó asistencia técnica (con becas a profesionales y técnicos peruanos), asesoramiento en el Perú (envío de expertos japoneses) y el suministro de equipo, maquinaria y materiales necesarios para la ejecución del programa. Hoy la misión visitará, a las tres de la tarde, el Instituto Nacional de Salud Mental y los días miércoles y jueves tendrán reuniones de trabajo en ese lugar. Para el lunes 26 tendrán una entrevista con el ministro de Salud, doctor Carlos Vidal Layseca.

JICA