



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

ORIENTACIONES TECNICAS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE HOSPITALES DE DIA EN PSIQUIATRIA

Diciembre - 2001

INDICE

I.	INTRODUCCION	7
II.	DEFINICIONES Y OBJETIVOS BASICOS	13
III.	ACCIONES BASICAS QUE DEBEN ENTREGAR LOS HOSPITALES DE DIA A LOS USUARIOS Y SUS FAMILIAS	19
IV	RECURSOS HUMANOS NECESARIOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS HOSPITALES DE DIA Y SU PERFIL DE COMPETENCIAS	23
V.	HOSPITAL DE DIA: LA ATENCION CLINICA Y DE REHABILITACION DE PERSONAS CON ABUSO O DEPENDENCIA A DROGAS Y/O ALCOHOL	31
VI.	ROL DE LOS FAMILIARES DE LOS USUARIOS EN EL HOSPITAL DE DIA	37
VII.	INDICADORES DE IMPACTO Y CALIDAD DE ATENCIÓN PARA EL HOSPITAL DE DÍA	39
	ANEXOS	43
	BIBLIOGRAFIA	47

PRESENTACION

Siendo una de las funciones prioritarias del Ministerio de Salud asegurar que la población usuaria de los sistemas público y privado reciban acciones de salud de una calidad óptima, este documento está orientado a entregar aspectos técnicos y administrativos que orienten y faciliten el quehacer de los equipos de salud en un Hospital de Día para atención de personas con problemas psiquiátricos severos que tengan o no una co-morbilidad de adicción a drogas o alcohol.

5

La Unidad de Hospitalización Diurna, en el contexto de la Reforma de Salud y del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, es uno de los componentes que contribuye a la consolidación de un modelo de atención con énfasis en la resolución oportuna, integral, ambulatoria y comunitaria de los problemas mentales severos.

Está orientado a la atención de las personas con enfermedades psiquiátricas severas, en los ámbitos clínicos y de rehabilitación, en un periodo de agudización de su enfermedad o bien en un periodo de transición desde una hospitalización breve, debiendo estar plenamente articulado su quehacer con cada uno de los componentes de la red local de atención.

Una de sus principales características es la atención brindada en cercanía con la comunidad local, incluyendo la incorporación activa de los familiares desde el inicio del proceso de rehabilitación.

Sin duda nos encontramos en Chile en un proceso intenso; de grandes cambios, de Reforma de la Salud, pero tenemos conciencia que implican reflexiones de nuestra mirada personal y colectiva de “cómo comprender y desarrollar la salud mental en nuestro país en el siglo XXI”. Este proceso nos obliga a fortalecer nuestra visión más social y comunitaria, y a hacer esfuerzos para cambiar aquellas prácticas tradicionales que no estén respondiendo en plenitud a las necesidades de nuestra población.

El Hospital de Día representa un buen ejemplo de los cambios que queremos en la atención de salud de nuestro país, y al mismo tiempo es un buen ejemplo de los profundos y complejos desafíos que enfrentamos desde cada una de las funciones y niveles en que estemos operando.

I. NORMAS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS HOSPITALES DE DÍA EN PSIQUIATRIA

I. INTRODUCCION

1.1. Antecedentes históricos:

El primer Hospital de Día en Psiquiatría data de 1932, en Moscú. Contemporáneas a esta experiencia son las de Boyle en Chichester, Inglaterra y de Woodall en Boston, Estados Unidos. Pero no es, sino después de la Segunda Guerra Mundial, en 1946, cuando Cameron en Montreal y Bierer en Londres, dan inicio sistemático a esta “fórmula experimental de hospitalización para los enfermos mentales”. Su desarrollo fue lento, salvo en el marco del Servicio Nacional de Salud de Gran Bretaña, hasta que, en la década de 1960, la mayoría de los países industrializados reemplaza el Hospital Psiquiátrico por un nuevo Modelo de Atención en Psiquiatría: la Psiquiatría en la Comunidad (OLIVOS, P. 1985; PANG, J. 1985).

En este nuevo contexto, y contando con condiciones sociales y técnicas que facilitaron su desarrollo, los Hospitales de Día se extendieron ampliamente en estos países. Se mencionan entre los factores que explican la consolidación de este tipo de dispositivos dentro de las redes de servicios el que utilicen óptimamente el tiempo terapéutico, con economía de recursos de inversión y operación, evitando el desarraigo y la segregación de los pacientes, haciendo explícito el compromiso de estos con su tratamiento y permitiendo poner en práctica intervenciones terapéuticas psicológicas, sociales y familiares, apuntando a objetivos específicamente definidos y muchas veces claramente mensurables.

En nuestro país existen antecedentes de estructuras llamadas Hospital de Día: en el Hospital Psiquiátrico de Santiago (actual Instituto Psiquiátrico), en 2 períodos iniciados en 1972, y 1979, encabezados respectivamente por los Dres. Enrique París (MURILLO, G. A. 2001) y Patricio Olivos (OLIVOS, P. 2001) y en la Clínica Psiquiátrica Universitaria desde 1975 (ROA, A. 1977). El resto de los Hospitales de Día del país surge con posterioridad a 1990, y destacan entre ellas las del Servicio de Psiquiatría del Hospital San Borja-Arriarán (Consultorio N°1), de Iquique y Valparaíso.

Históricamente los Hospitales de Día han cumplido diversas funciones, las que pueden agruparse de la siguiente manera (HERZ, M. 1982):

- ☐ Alternativa a la hospitalización de tiempo completo
- ☐ Transición entre el régimen de hospitalización y los cuidados ambulatorios
- ☐ Instancia de rehabilitación para enfermos crónicos
- ☐ Unidad específica para el tratamiento de tipos particulares de enfermos: ancianos, niños, alcohólicos, drogadictos, etc.

Muchos de ellos combinan diversas funciones de las señaladas, e inspiran su práctica en diversas concepciones, tales como el modelo médico tradicional, el de comunidad terapéutica, el de rehabilitación psicosocial, etc. (PANG, J. 1985).

1.2. El Plan Nacional de Psiquiatría y Salud Mental y el Programa de Salud Mental.

Durante el año 2.000 el Ministerio de Salud elaboró y oficializó, primeramente el Plan Nacional de Psiquiatría y Salud Mental (MINSAL, 2000 a), y a continuación el Programa de Salud Mental (MINSAL, 2000 b).

Ambos documentos programáticos apuntan inequívocamente a poner en práctica un Modelo de Atención en Salud Mental y Psiquiatría cuyas características esenciales son la sustitución progresiva de los hospitales psiquiátricos, el énfasis en la atención ambulatoria, la prevención de la discapacidad y la rehabilitación Psicosocial.

Para el cumplimiento de estas metas se impulsa el desarrollo de Redes Territoriales de Servicios en Salud Mental y Psiquiatría, constituidas por los siguientes componentes:

- ☐ Consultorías de Salud Mental en Atención Primaria.
- ☐ Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria asignados a territorios y poblaciones específicas.
- ☐ Desarrollo de Unidades de Hospitalización de Corta Estadía en los Hospitales Generales
- ☐ Desarrollo de Hospitales de Día
- ☐ Desarrollo de atención de Urgencias Psiquiátricas
- ☐ Desarrollo de Unidades de Mediana Estadía
- ☐ Desarrollo de Hogares Protegidos
- ☐ Desarrollo de Centros Diurnos de Rehabilitación Psicosocial y Clubes de Integración Social.

Como es fácil de apreciar, varios de estos dispositivos no han existido previamente, en cambio otros deben redefinirse en el marco del nuevo Modelo de Atención.

En el Plan Nacional, el Hospital de Día es definido "como alternativa a la hospitalización para pacientes con enfermedades graves y que cuentan con Red social de apoyo y como post alta para acortar el tiempo de internación. Reciben los pacientes derivados por el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria y por el Servicio de Psiquiatría de Corta Estadía". Se señala que debiera existir 1 plaza por cada 10.000 a 14.000 adultos beneficiarios. Se le incluye entre los dispositivos que deben entregar prestaciones a personas afectadas por Esquizofrenia, y se precisa que tiene dependencia administrativa de una Unidad Clínica de Psiquiatría y Salud Mental Ambulatoria o de un Servicio Clínico de Psiquiatría (MINSAL, 2000 a).

1.3. Roles y funciones de los distintos dispositivos de la Red territorial en el nuevo Modelo de Atención.

Poner en marcha simultáneamente la totalidad de los servicios que conforman una Red Territorial de Servicios en Salud Mental y Psiquiatría como la descrita en el Plan Nacional es una tarea difícil de materializar y depende, entre muchos otros factores de las disponibilidades de financiamiento, constituyendo una definición crítica de determinar cómo y dónde iniciar la tarea.

Los objetivos de consolidar la desinstitucionalización, evitar la institucionalización, prevenir la discapacidad, asegurar la continuidad de atención, - privilegiando la atención ambulatoria y territorializada, integrada a la Red de atención general de salud, reforzándola con recursos y/o dispositivos propios del área de la salud mental y la psiquiatría -, prescriben roles específicos a los diferentes componentes de la Red Territorial de Servicios en Psiquiatría y Salud Mental.

El Hospital Psiquiátrico, institución monográfica, debe ser superada, integrando sus recursos y funciones en la Red territorial. Las unidades de hospitalización de agudos (corta estadía) deben residir en los Servicios de Psiquiatría de los Hospitales Generales, puesto que tienen acceso expedito a un amplio espectro de recursos diagnósticos y terapéuticos incluso más allá de los específicamente psiquiátricos; estos mismos Hospitales Generales debieran proveer atención de Enlace Psiquiátrico para las personas hospitalizadas en otros servicios clínicos y atención psiquiátrica en sus Servicios de Urgencia. Esta tendría como objetivo más ser un soporte para su mantención en la comunidad, que una puerta de entrada a las camas.

Para que la Red funcione en esta forma, los Hospitales de Día son un recurso clave del nivel ambulatorio: como alternativa a la hospitalización completa o abreviando su duración, y derivando sus altas a la atención especializada ambulatoria o - de preferencia- a la Atención Primaria apoyada por la, siempre privilegiando una lógica territorial.

La atención psiquiátrica ambulatoria debiera organizarse de cara a la Atención Primaria, privilegiando la Consultoría, el funcionamiento de Equipos de Salud Mental y Psiquiatría que la apoyen, y otras formas de favorecer el incremento de la capacidad resolutive frente a los cuadros agudos de menor complejidad y el manejo integral de los cuadros crónicos por parte de los equipos de los Centros de Salud y Consultorios.

Los clásicos Policlínico de especialidad deben redefinirse radicalmente, no sólo deben salir de los Hospitales Psiquiátricos actuales, sino incluso de los Hospitales Generales, residiendo en los CDT o CRS, conservando en ellos sólo las funciones más especializadas y/o que requieren de recursos más escasos y por lo mismo difícilmente desconcentrables.

De esta manera será posible resolver una amplia gama y cantidad de la demanda por nuevas atenciones, y atender la mayoría de los pacientes con patologías de larga evolución, en los

espacios locales, en los establecimientos de Atención Primaria de Salud, adecuadamente apoyados por el nivel especializado. Es en este nivel donde debe estar el eje del trabajo de la Red. Esta atención clínica debiera complementarse en el mismo territorio con la existencia de Centros Diurnos y Clubes de Integración Social, destinados a mantener la activación social de los pacientes egresados de los Centros de Rehabilitación y a prevenir la discapacidad de los nuevos casos.

1.4. El Hospital de Día, recurso clave en el proceso de desarrollo de Redes Territoriales de Servicios en Psiquiatría y Salud Mental.

En el proceso de construcción de las Redes Territoriales, el Hospital de Día destaca como un recurso con valor estratégico.

Por su capacidad de actuar como interfase entre el abordaje clínico y el psicosocial, con amplia apertura hacia ambos espacios de relación; por los menores costos en infraestructura y gastos corrientes, incluidos el efectuado en recurso humano; por su alta capacidad resolutive de cuadros agudos, considerando el abordaje integral de la persona (incluyendo el usuario directo y familia) integrando ampliamente las variables psicosociales e iniciando procesos de rehabilitación, el Hospital de Día ofrece particulares ventajas para ser el dispositivo privilegiado al iniciar la construcción de las Redes Territoriales de Servicios en Psiquiatría y Salud Mental.

En él confluyen el cuidado clínico y el comunitario, y entre sus posibilidades está contribuir a la desinstitucionalización, por una parte sosteniendo a aquellos usuarios que desde el Hospital Psiquiátrico se están reubicando en la comunidad, y por otro sirviendo de alternativa a los ingresos nuevos, evitándoles el paso por el hospital.

Junto con cumplir sus funciones clínicas, es aquí donde el personal percibe con mayor nitidez las necesidades de las personas, y donde es posible para las familias encontrar el apoyo y la educación indispensables para ejercer con éxito su rol de soporte social. Además, la opinión pública estigmatiza menos a quienes concurren a un Hospital de Día, lo cual facilita la reinserción social y laboral de todos los usuarios, y estos y sus familias tienen mayor satisfacción que con la hospitalización completa (HORWITZ-LENNON, M.Y cols. 2.001).

A partir de la implementación del Hospital de Día y el constante monitoreo de sus dificultades, el análisis de sus carencias y la permanente evaluación de su desarrollo y sus logros, será posible obtener evidencia concreta respecto al sentido y velocidad con que el resto de los servicios comunitarios deberán ser implementados.

Así, en territorios donde la oferta clínica es inexistente absolutamente, o donde se comienza a evolucionar desde servicios clínicos intramurales, carentes o dotados de camas, el surgimiento de un Hospital de Día permite avanzar hacia un nuevo Modelo de Atención. De acuerdo a este, es preferible la hospitalización parcial a la completa y la oferta de la primera debe ser siempre mayor que la última.

Definir el perfil de usuarios a atender y la organización interna en el Hospital de Día resulta fácil en la teoría, pero constituye una gran dificultad apegarse estrictamente a estas definiciones en la práctica, porque las demandas de atención se expresarán en forma diferente en distintos momentos del desarrollo de la Red. Así por ejemplo, la falta inicial de “dispositivos de salida” tenderá a saturar los Hospitales de Día o cualquier dispositivo aislado que se cree. Del mismo modo, debemos esperar que las necesidades de hospitalización cerrada o y/o prolongada, se reducirán definitivamente, cuando contemos con una red articulada y sólidamente fundada.

Lo que resulta claro, es que si se completa la Red con dispositivos ambulatorios; diversificados según las necesidades de los usuarios; centrados en la rehabilitación, reinserción y apoyo social; y se mejore la capacidad resolutive de la Atención Primaria; los Hospitales de Día deberán reforzar su perfil de alternativa clínica especializada de alta resolutive para las crisis y descompensaciones, disminuyendo la demanda de camas de corta estadía.

Las tensiones iniciales, inevitables en un sistema en construcción, sólo podrán ser superadas cuando el nuevo Modelo de Salud Mental se establezca plenamente, lo cual ocurrirá cuando la oferta de atención alcance en cantidad, oportunidad y pertinencia, el punto de equilibrio con la demanda.

Por ello, es que si bien, el establecimiento de las características particulares de un tipo de dispositivo es un paso imprescindible para mejorar la coherencia, calidad y pertinencia de su trabajo, el confundir estas precisiones con leyes inmutables es un grave y repetido error en la historia de los sistemas sanitarios.

Esta Norma que hoy presentamos no quiere caer en esa confusión habitual, tiene una nítida conciencia de situarse en un momento incipiente en el desarrollo de las Redes Territoriales de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría, y de la implantación del nuevo Modelo de Atención y asume la necesidad de su redefinición a la luz de la experiencia por venir.

II. DEFINICIONES Y OBJETIVOS BASICOS DEL HOSPITAL DE DÍA

13

2.1. Definición general y objetivos del Hospital de Día:

El Hospital de día es un dispositivo o Unidad Clínica Psiquiátrica, especializada, que forma parte de la Red Territorial de Servicios en Salud Mental y Psiquiatría, relacionándose del modo más expedito posible con los otros dispositivos o unidades de esta Red.

Su desarrollo conjuga objetivos de salud pública y de carácter clínico. Entre los primeros está contribuir a la consolidación de un Modelo de Atención que enfatiza la resolución integral, ambulatoria y territorializada de los problemas de salud mental y psiquiatría, con dispositivos articulados en Redes de Servicios. Sus objetivos clínicos son el tratamiento y rehabilitación de personas con enfermedades psiquiátricas severas que requieren manejo en el período de agudización de su sintomatología o se encuentran en transición desde una hospitalización breve hacia una atención plenamente ambulatoria e idealmente sectorizada.

2.2. Funciones del Hospital de Día:

- ☐ Atender en forma ambulatoria a personas afectadas por enfermedades psiquiátricas severas y además sirve como una alternativa a la hospitalización cerrada.
- ☐ Entregar tratamiento especializado psicológico, farmacológico y social
- ☐ Permitir la continuidad del proceso de estabilización clínica en el marco de hospitalizaciones corta estadía, ofreciendo un tratamiento más intensivo del que es posible entregar en la atención ambulatoria especializada (equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria).
- ☐ Evaluación del funcionamiento social y discapacidad que permita ofrecer un plan integral de rehabilitación psicosocial. Sirve como escalón inicial para el proceso de rehabilitación.

- ☐ Proveer tratamiento de soporte, evitando las interrupciones en el período post-alta desde la hospitalización cerrada
- ☐ Mejoramiento en la adherencia al tratamiento
- ☐ Dar soporte social a familiares y cuidadores (entrega de información, participación y entrenamiento).
- ☐ Servir como nexo entre el usuario y el sistema general de salud para asegurar su atención integral (otras especialidades médicas, otros profesionales y técnicos de la salud).
- ☐ Permitir la observación continua y sistemática de la persona durante un corto período con el fin de aclarar dudas diagnósticas.

2.3. OBJETIVOS del funcionamiento del Hospital de Día:

2.3.1 Objetivos generales:

- ☐ Contribuir a reducir el estigma que tienen las personas con TPS
- ☐ Favorecer la continuidad de cuidados de la persona en el ámbito comunitario
- ☐ Reducir costos respecto a la hospitalización cerrada (como alternativa y como reductor de la duración).
- ☐ Mejorar la costo- efectividad del tratamiento integral en personas con TPS
- ☐ Favorecer el inicio del proceso de rehabilitación

2.3.2 Objetivos clínicos:

- ☐ Mejorar la resolutiveidad de episodios agudos
- ☐ Prevenir recaídas
- ☐ Disminuir el número y el tiempo de hospitalizaciones cerradas.
- ☐ Mejorar la dinámica familiar y/o ambiental susceptible de desestabilizar a la persona en tratamiento
- ☐ Mejorar la adherencia a tratamiento.
- ☐ Favorecer la prevención y resolución de problemas de problemas de salud general no atendidos previamente, muchos de los cuales pudieran actuar eventualmente como causa de descompensación y hospitalización psiquiátrica.
- ☐ Favorecer la incorporación de los familiares al proceso terapéutico

2.4. Características de los usuarios que se benefician del Hospital de Día.

El usuario del Hospital de Día, es una persona portadora de patología psiquiátrica severa, que cursa un período de agudización, que requiere tratamiento clínico intensivo, con abordaje integral, tanto por la composición del equipo tratante como por la consideración en profundidad de los factores familiares y contextuales.

El carácter ambulatorio del Hospital de Día exige que los usuarios, estén en condiciones de concurrir a éste diariamente o en días definidos conjuntamente entre los profesionales del equipo y la persona cada semana, por un período que va desde semanas hasta 4 meses, considerando la realidad local y las necesidades del usuario.

La accesibilidad, derivada de la localización física del Hospital de Día, su relación con los medios de transporte público, etc. es un factor crítico que gravitará ineludiblemente sobre la calidad y cantidad de la demanda. Como tal, debe ser considerada en el desarrollo de los proyectos y en

la operación de estas unidades ya que influirá en el perfil de los usuarios que hagan uso efectivo del recurso.

Bajo la definición de personas con enfermedades psiquiátricas severas cabe una variedad de patologías, esencialmente psicosis esquizofrénicas, trastornos afectivos bipolares de curso complicado, trastornos severos de personalidad, retardo mental y adicciones. Sin embargo, como señalamos en la Introducción, la experiencia internacional - variada en concepciones organizativas y modelos teóricos orientadores- ha tendido a organizar Hospitales de Día orientados hacia segmentos específicos de personas enfermas: psicóticos, niños, adolescentes, ancianos, adictos, etc., en lugar de mezclarlos en un mismo dispositivo.

Las definiciones que efectúe cada Hospital de Día respecto al perfil de las personas que atenderá no pueden ser sólo autorreferenciales, sino articuladas con la Red Territorial en que se incluye, contextualizada a las características cualitativas y cuantitativas de su demanda, proponiendo estrategias efectivas para manejar la heterogeneidad de esta sin comprometer la calidad de trabajo efectuado ni maximizar la exclusión.

En cualquier circunstancia, los responsables clínicos y administrativos no pueden perder de vista el imperativo de optimizar el impacto del trabajo del Hospital de Día y de cada unidad de la Red Territorial, constantemente amenazado por la falta de recursos diversificados que propicia el uso no pertinente y excesivamente prolongado de los existentes.

2.5. Referencias hacia y desde el Hospital de Día.

El Hospital de Día es uno más de los dispositivos de la Red Territorial de Servicios en Salud Mental y Psiquiatría. Su funcionamiento es eficaz en la medida que se interrelaciona con una red articulada, integrada y coordinada.

De lo anterior derivan consideraciones relacionadas con el grado de desarrollo de la Red y con el número, complejidad y tipo de dispositivos que la componen. Factores que debemos suponer dinámicos en el actual modelo y que ocasionan diversos flujos:

- ☐ Desde y hacia la Atención Psiquiátrica Ambulatoria Especializada (Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria en COSAM, CRS, CDT o Consultorio de Especialidad), procurando siempre favorecer el componente de atención territorializada.
- ☐ Desde y hacia la Unidad de Hospitalización de Corta Estadía (de acuerdo a protocolos y/o normas de referencia y contrarreferencia establecidas previamente)
- ☐ Desde Servicios de Urgencias.
- ☐ Hacia los Equipos de Salud Mental de Atención Primaria para atención general
- ☐ Hacia otras especialidades

Así también, se derivan consideraciones permanentes, tales como:

- ☐ La ubicación geográfica debe facilitar la accesibilidad. Se sugiere que el hospital de día se encuentre fuera del recinto hospitalario, pero cerca de este.
- ☐ Los factores arquitectónicos se relacionan con el aspecto de la seguridad. En términos, por ejemplo, de implementar medidas de protección si su ubicación es en primer piso o una residencia de más de dos pisos.
- ☐ Las referencias y contrarreferencias son orgánicas y pertinentes, es decir enmarcadas en normas y protocolos definidas en esa Red que permitan una óptima y adecuada articulación entre dispositivos y que aseguren la continuidad de la atención

2. 6. Dinámicas de Trabajo en el Hospital de Día

Una característica fundamental del Hospital de Día es el trabajo en equipo y el éxito en este aspecto, es uno de los elementos esenciales de su efectividad.

En el Hospital de Día un grupo de profesionales y técnicos de la salud mental comparten en un espacio definido y por un tiempo suficiente para establecer una adecuada interacción terapéutica, establecer un genuino diagnóstico y un pertinente plan de tratamiento integral.

Sobre la base de interacciones adecuadas y a un intercambio frecuente y permanente acerca de y con los usuarios, es posible efectuar una atención eficaz y planificada para cada paciente en un ambiente normalizador.

Debe entenderse por "interacción adecuada", el que además de la labor específica que desarrolla cada técnico, todo el equipo debe actuar en función de una estrategia general del tratamiento y del sentido general del trabajo en cada momento de su desarrollo, compartiéndose el conocimiento de los incidentes, dificultades y logros de cada una de las diferentes actividades que se realicen¹.

2.6. El Reglamento de Internación² y su aplicación al Hospital de Día.

El Hospital de Día es un dispositivo ambulatorio, por lo cual, el ingreso a éste no es técnicamente y culturalmente asumido como una "internación psiquiátrica". No obstante el Reglamento establece que su ámbito de aplicación incluye establecimientos con un régimen de residencial parcial (Artículo 4º) y hace mención explícita a la hospitalización diurna (Artículo 47º). Es importante destacar algunos párrafos del Artículo 6º, que define los términos claves del reglamento y entre estos:

- ❑ Entiende "tratamiento psiquiátrico" como un trabajo multiprofesional
- ❑ Define "Plan de Tratamiento" como: " la enunciación del ordenamiento jerárquico y secuencial de las acciones de salud incluidas en el tratamiento, que se registra en la ficha clínica del paciente, para ser efectuadas en un lapso determinado, por el equipo tratante, bajo la supervisión y responsabilidad del médico a cargo".
- ❑ Define "Equipo Tratante" como "el conjunto de recursos humanos de carácter profesional, técnico o auxiliar, que concurre a la atención del paciente, encabezados por el médico a cargo...".

El Título III, De la Internación, en los artículos 10º a 14º hace referencia a los distintos tipos de Internación y los requisitos para cada una de ellas. En el caso del Hospital de Día es muy poco probable que existan internaciones no voluntarias, especialmente de urgencia no voluntaria. Al respecto es importante que la Unidad no asuma responsabilidades para las cuales no cuenta con instalaciones ni recursos apropiados, pero que tampoco excluya a personas para cuyo tratamiento califica técnica y administrativamente.

¹ Barrientos Guillermo, Castro López Hirán, *Tendencias Actuales en Psiquiatría, la experiencia cubana*. Editorial Científico técnica, La Habana, 1989. p.132.

² Reglamento para la Internación de las Personas con Enfermedades Mentales y sobre los Establecimientos que la Proporcionan. 2 Ministerio de Salud, 2000. Reglamento probado por Decreto Supremo N° 570, del 28 de Agosto de 1998, publicado en el Diario Oficial el 14 de Julio de 2.000, y vigente a partir del 14 de Enero de 2.001.

En todos los casos deberán tenerse en cuenta las disposiciones del Reglamento sobre los requisitos de la internación incluidos en los artículos mencionados, así como lo establecido respecto al procedimiento, que precisa el artículo 16º. Para ello es relevante que los protocolos y formularios usados consideren estas exigencias y faciliten su cumplimiento.

El Título IV sobre la Aplicación del Tratamiento Durante la Internación establece que el tratamiento es un derecho y que este debe cumplir con estándares de calidad y salvaguardar el respeto de los derechos del paciente (Artículo 17ª). Además señala que corresponde al médico tratante informar al usuario y sus familiares, cuando proceda y la persona libremente lo consienta, acerca de su diagnóstico, el plan de tratamiento propuesto y el resultado de las evaluaciones que se le vayan practicando; y agrega que pondrá en su conocimiento el derecho que le asiste a oponerse al tratamiento que se le indica, elevando el correspondiente recurso a la dirección del establecimiento (Artículo 18ª).

Para colaborar en las resoluciones de carácter técnico y ético que deban adoptarse respecto de los pacientes internados se contempla la constitución obligatoria de un comité asesor técnico y ético en cada establecimiento (Artículo 19º). La exigencia de un número mínimo de dos médicos psiquiatras obligará a que en muchos casos este comité se conforme articulando más de un dispositivo de la Red territorial.

En el mismo Título IV, el Subtítulo 1º se refiere al consentimiento para tratamientos, el 2º al manejo de conductas perturbadoras o agresivas durante la internación, el 3º a los derechos y deberes de los usuarios y el 4º a las altas o término del tratamiento de internación. El Hospitales de Día deberá contar con protocolos y formularios que faciliten - en su contexto específico - , dar garantía del respeto a los derechos de los usuarios y el cumplimiento explícito de las normas.

En lo relativo al Subtítulo 4º, es posible que una Internación voluntaria en el Hospital de Día dé origen a la indicación médica de una Internación en una unidad de hospitalización cerrada. Al respecto deberán tenerse en cuenta las disposiciones de los artículos 40, 13 y 42, que articulan la responsabilidad del equipo profesional (ejercida por el médico) con el respeto a los derechos de los usuarios y la responsabilidad de sus familiares.

El Título V, De los establecimientos que prestan atención especializada en psiquiatría y salud mental, bajo régimen de internación, establece las condiciones físicas y los procedimientos que deben cumplir los establecimientos. Estas condiciones deben tenerse en cuenta al momento del diseño arquitectónico y de la definición y ajuste de los procedimientos efectuados en los Hospitales de Día, ya que el Reglamento de Internación es una norma legal vigente y plenamente aplicable a estos dispositivos.

III. ACCIONES BASICAS QUE DEBEN ENTREGAR LOS HOSPITALES DE DIA A LOS USUARIOS Y SUS FAMILIAS.

19

La siguiente constituye una nómina con las prestaciones básicas de un Hospital de Día, considerando las necesidades de los usuarios y sus familias.

3.1. Evaluación y diagnóstico integral de ingreso³

Proceso de evaluación y diagnóstico efectuado por un equipo interdisciplinario que incluye aspectos clínico - psiquiátricos, psicológicos, de función y disfunción ocupacional, familiar y psicosocial.

Su objetivo es aceptar los ingresos pertinentes y formular, en un plazo máximo de 15 días, un Plan de Tratamiento, que junto con lograr la mejoría clínica permita actuar eficazmente sobre factores que influyan negativamente en las respuestas futuras a los objetivos de estabilidad clínica y ajuste psicosocial.

En este proceso, así como en el momento del alta, resulta necesario un diálogo activo con los profesionales o equipos derivadores/receptores, a fin de maximizar la continuidad y calidad de los cuidados.

³ El Grupo de Trabajo ha discutido ampliamente este punto, optando por definir las prestaciones como Intervenciones Psicológicas y no como Psicoterapias. Los fundamentos de esta opción son evitar que - como ha ocurrido en diversas experiencias nacionales e internacionales, los HD deriven hacia unidades especializadas centradas en Psicoterapias, entendidas estas como procesos prolongados centrados en individuos, parejas, familias o grupos (de preferencia cerrados). Lo anterior no es contradictorio con que se utilicen técnicas e intervenciones psicoterapéuticas sofisticadas, que pueden implicar el inicio de procesos psicoterapéuticos.

3.2. Tratamiento psicofarmacológico y otros tratamientos biológicos:

Administración controlada de psicofármacos, típicos y atípicos, orales y parenterales, de efecto corto y de depósito.

El Hospital de Día, al facilitar que se establezca un estrecho contacto entre el usuario y el equipo terapéutico, posibilita observar en forma muy detallada los efectos terapéuticos y secundarios de los fármacos prescritos, así como asegurar la toma efectiva de la medicación prescrita.

Excepcionalmente, y sólo bajo las condiciones establecidas en la Norma Técnica respectiva⁴, es posible referir a una unidad de hospitalización cerrada para la administración de electroconvulsivoterapia, en pacientes integrados a esta Unidad

3.3. Intervenciones Psicológicas⁵

Intervenciones fundadas en técnicas psicoterapéuticas, efectuadas en el marco del Plan de Tratamiento individual y de las orientaciones generales de trabajo de la Unidad, a nivel individual, grupal y/o familiar. Se privilegiarán las intervenciones psicológicas grupales dadas las condiciones especialmente favorables para efectuarlas que brinda el Hospital de Día y su valor terapéutico en el tipo de personas que atiende.

3.4. Psicoeducación:

Actividades de educación en salud destinadas a la generación de conocimientos, habilidades y destrezas para manejar la condición de la enfermedad psiquiátrica y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por ella y su familia. Incluye al usuario y sus cuidadores. Se puede realizar en forma individual o grupal. Sus impactos favorables se verifican en la adherencia al tratamiento y en el pronóstico.

Los contenidos deben incluir, a lo menos: naturaleza de la enfermedad; manifestaciones clínicas; importancia de factores como el estrés, la vulnerabilidad, la comunicación, etc.; tratamiento farmacológico (importancia, beneficios, efectos colaterales, alternativas); tratamiento psicosocial (importancia, beneficios y alternativas); derechos y alternativas de apoyo social; reconocimiento precoz de síntomas y signos de descompensación; reconocimiento de complicaciones (abuso de alcohol y drogas, conductas de riesgo); y reconocimiento de signos de alerta de riesgo suicidio. Cada Hospital de Día debe contar con un Programa de Psicoeducación explícito, dotado de recursos de apoyo y susceptible de evaluar y perfeccionar continuamente.

3.5. Visita de salud mental especializada⁶

Visita al hogar, trabajo y/o escuela de la persona, para prevenir o revertir la interrupción del proceso terapéutico (rescate); para ejecutar intervenciones psicoeducativas; para evaluar condiciones físicas y sociales relacionadas con el proceso terapéutico; para diseñar, aplicar y supervisar programa de manejo ambiental; para facilitar la función en las distintas áreas de la ocupación y para vincular la persona dada de alta con espacios comunitarios laborales, recreacionales u otros de participación social.

⁴ Norma técnica: "Terapia Electroconvulsivante Modificada" Ministerio de Salud, División de Salud de las Personas. Departamento de las Personas Unidad de Salud Mental

⁵ Idem (3)

⁶ No se considera incluida dentro del Plan de Hospitalización, sino que, en cualquier caso de factura complementariamente.

Dado el carácter de unidad clínica psiquiátrica propia del HD, la visita por Enfermera/o Psiquiátrica/o es de particular relevancia.

3.6. Intervención en el comportamiento ocupacional y entrenamiento en habilidades:

Corresponde al inicio del proceso de Rehabilitación Psicosocial, susceptible de efectuar en este dispositivo cuyo énfasis apunta fundamentalmente a la compensación clínica.

Apunta a efectuar una evaluación integral del comportamiento social ocupacional de la persona atendida, a evaluar e intervenir en el ambiente en que se desempeña, a identificar los objetivos personales relacionados con el egreso, su integración comunitaria y su comportamiento, y a mantener y estimular sus habilidades remanentes, de acuerdo a la motivación intrínseca y a los objetivos personales: habilidades sociales, habilidades de procesamiento, habilidades hogareñas e instrumentales, etc., todas ellas para potenciar la autovalencia y el cumplimiento de la metas terapéuticas, entrenar en el desempeño de roles satisfactorios en los ámbitos social, laboral y personal.

Sus objetivos deben ser explicitados en el Plan de Tratamiento y el Plan Individualizado de Rehabilitación y los logros medidos al alta.

3.7. Intervención en Crisis⁷:

Apoyo activo, remoto o presencial a los usuarios del Hospital de Día en crisis acaecidas fuera de la unidad, efectuado a solicitud del cliente, su familia o entorno, o Profesionales que lo atiendan.

Concluida la estadía de la persona en el HD, debe procurarse asegurar la continuidad de cuidados en la red de salud mental local. Sin embargo es ineludible el que por sus características, el Equipo del HD puede responder rápida y eficazmente a situaciones emblemáticas.

⁷ Cuando se efectúe fuera del Hospital de Día se facturará como Visita de Salud Mental Especializada, fuera del Día de Hospitalización Diurna.

IV. RECURSOS HUMANOS NECESARIOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS HOSPITALES DE DÍA Y SU PERFIL DE COMPETENCIAS

23

4.1. La organización de los servicios en los hospitales tradicionales

Antes de definir los roles del personal del Hospital de Día es necesario recordar algunas características particulares que diferencian a este equipo de otros que se desempeñan en el Hospital tradicional, o incluso en la atención ambulatoria.

En Chile, casi la totalidad de los profesionales y técnicos de la salud son formados con una mirada “hospitalocéntrica” respecto a la organización de los servicios sanitarios. Derivan de esta mirada:

- ❑ Una concepción jerarquizada del equipo de salud, con el médico a la cabeza, seguido por la enfermera y tras ellos el resto de los profesionales y técnicos.
- ❑ Poca claridad respecto al rol de Psicólogos, Terapeutas Ocupacionales, Kinesiólogos, etc., muchos de los cuales son considerados un lujo y no una necesidad fundamental.
- ❑ Desconocimiento radical sobre las posibilidades de aporte de los científicos sociales: Sociólogos y Antropólogos.
- ❑ Validación de la jerarquización a partir de un supuesto valor diferencial de los conocimientos de cada tipo de Profesional; idea que es transmitida a los usuarios, de modo que ellos creen que hablar con el médico tiene mucha más importancia que hacerlo con la enfermera, etc.
- ❑ Dinámica de competencia entre las diferentes profesiones, las que desarrollan, entre otros signos de identidad y validación, un lenguaje y un modo de vestirse característico e inconfundible.

Esta jerarquización, y no estudios técnicos específicos, fundan a priori muchas decisiones administrativas, respecto a contrataciones, despidos, remuneraciones, etc.

Esto no es necesariamente un error. Las acciones del Hospital muchas veces se benefician de un cierto grado de jerarquización. En el pabellón de cirugía o en un paro cardiorespiratorio se necesita actuar como un cuerpo altamente diferenciado. En estos casos, lo necesario es asegurar la vida sin importar cómo se vive, las diferencias personales de cada usuario quedan reducidas a un mínimo y cada componente del equipo trabaja fundamentalmente con las herramientas técnicas que le ha conferido su profesión. El problema estriba en trasladar este modelo a la atención comunitaria sin mayores reflexiones.

Por otra parte, históricamente en Chile y en el mundo la atención psiquiátrica a personas afectadas por enfermedades psiquiátricas graves, y en particular a personas afectadas por esquizofrenia, se ha caracterizado por un modo de organización de servicios centrada en la institución asilar y en el modelo médico tradicional, destinados al control, tratamiento y reducción de la sintomatología psicótica productiva.

Durante los últimos 50 años, sin embargo, se ha establecido una reflexión profunda acerca de que este modo de tratamiento lleva a una profundización de la sintomatología psicótica y de la discapacidad. Así, por ejemplo, frente a su tendencia negar la realidad y situarse en una posición autista, la organización responde con una institución cerrada y de falta de contacto personalizado entre paciente y equipo.

4.2. Particularidades en el funcionamiento de los Hospitales de Día.

Progresivamente, en la historia de las reformas se introducen nuevos agentes de cambio: las enfermeras psiquiátricas, las asistentes sociales, psicólogos, técnicos en rehabilitación, monitores de laborterapia, etc. Hoy, la evidencia clínica muestra que es imprescindible el trabajo de un equipo multidisciplinario que pueda actuar coordinadamente sobre los distintos aspectos de la vida de la persona. Y más aún, que es imprescindible el trabajo en conjunto con las familias para lograr un verdadero ajuste e integración a la vida social de las personas afectadas por enfermedades psiquiátricas.

De esta manera, el equipo multidisciplinario de un Hospital de Día, para poder responder satisfactoriamente a los requerimientos de un trabajo coordinado y utilizar el espacio institucional como una herramienta terapéutica, deberá:

- ☐ usar no sólo el rol profesional, sino la persona como tal. Cada componente del equipo es un modelo de rol social;
- ☐ democratizar las jerarquías, apareciendo en diferentes momentos distintos sujetos al mando, de acuerdo a las necesidades de la persona;
- ☐ generar una lógica transdisciplinaria, haciendo evidentes los roles profesionales sólo en momentos específicos;
- ☐ capacitar a todos los integrantes del equipo para tomar decisiones;
- ☐ compartir democráticamente el conocimiento;
- ☐ propiciar respuestas flexibles para enfrentar los problemas;
- ☐ compartir una ideología de trabajo común al equipo, sin que sea necesario que todos estén físicamente presentes para que la solución sea la correcta.

4.3 Dotación de Recursos Humanos para Hospital de Día

Se sugiere que el equipo básico esté dotado al menos con horas psiquiatra, horas enfermera/ o y horas técnico paramédico.

A continuación se dan ejemplos de constitución de equipos multiprofesionales para el funcionamiento de Hospital de Día, de acuerdo a la oferta de plazas:

a) Dotación de recursos humanos en Hospital de Día para 20 plazas (por 20 días al mes)

Profesional/Técnico	Horas semanales
Médico Psiquiatra	11
Enfermera	44
Terapeuta Ocupacional	11
Psicólogo	33
Asistente Social	11
Técnico en rehabilitación	44
Técnico Paramédico	44
Administrativo y personal auxiliar*	

* Definición de horas de acuerdo a necesidad local

b) Dotación de Recursos Humanos en Hospital de Día para 15 plazas por 20 días al mes

Profesional/Técnico	Horas semanales
Médico Psiquiatra	8
Enfermera	33
Terapeuta Ocupacional	10
Psicólogo	22
Técnico en rehabilitación	44
Técnico Paramédico	44
Administrativo y personal auxiliar*	

*Definición de horas de acuerdo a necesidad local

c) Dotación de Recursos Humanos en Hospital de Día para 10 plazas por (20 días al mes)

Profesional/Técnico	Horas semanales
Médico Psiquiatra	5
Enfermera	2
Terapeuta Ocupacional	5
Psicólogo	11
Técnico en rehabilitación	22
Técnico Paramédico	44
Administrativo y personal auxiliar*	

*Definición de horas de acuerdo a necesidad local

Las actividades diarias se organizarán de modo diverso buscando cumplir en general los objetivos definidos para este tipo de dispositivos. A modo de ejemplo, se acompaña en el Anexo N° 2, la organización semanal de la actividad en uno de los Hospitales de Día actualmente existentes en el país.

4.4. Funciones del Personal del Hospital de Día

4.4.1. Funciones del Médico Psiquiatra

- ☐ Efectuar evaluación y diagnóstico psiquiátrico.
- ☐ Participar en la formulación del Plan de Tratamiento Individual.
- ☐ Indicar tratamiento psicofarmacológico y psicológico.
- ☐ Participar en la ejecución del Programa de Psicoeducación.
- ☐ Dar altas, referir en interconsulta a otros especialistas, dispositivos de red, y contrarreferir según protocolo.
- ☐ Entregar información a usuarios y a familiares.
- ☐ Efectuar intervención psicosocial grupal especializada.
- ☐ Participar en entrenamiento en habilidades psicosociales⁸.
- ☐ Orientar hacia la participación en grupos de usuarios.
- ☐ Efectuar visita de salud mental.
- ☐ Realizar evaluación y diagnóstico social y familiar.
- ☐ Efectuar intervención en crisis.
- ☐ Prevenir y/o reducir impacto de acciones hetero y/o autoagresivas.
- ☐ Efectuar contención emocional.
- ☐ Realizar intervención y actividad comunitaria⁹.
- ☐ Realizar actividades grupales de sensibilización e intercambio de información.
- ☐ Realizar actividades de capacitación, asesoría y coordinación con personas, organizaciones de usuarios y comunitarias, instituciones y medios de comunicación.
- ☐ Efectuar consultoría de Salud Mental¹⁰.
- ☐ Evaluar en conjunto con Equipo de salud general y de Urgencia, a personas afectadas y familias.
- ☐ Participar en reuniones clínico-técnicas y de coordinación.
- ☐ Efectuar capacitación a equipo APS.
- ☐ Participar en capacitación de personal a cargo y de otros equipos de la red.
- ☐ Participar en enseñanza incidental.
- ☐ Participar en docencia de alumnos en práctica.
- ☐ Participar en actividades de administración y gestión.
- ☐ Participar en programación de actividades de la Unidad o dispositivo.
- ☐ Participar en reuniones del equipo de la Unidad o dispositivo.
- ☐ Participar en reuniones de coordinación con otras unidades de trabajo, con otros niveles de atención en salud, con el Programa de Salud Mental del Servicio de Salud y/o intersectoriales.
- ☐ Participar en auditorías a fin de evaluar la atención Médico-psiquiátrica.
- ☐ Participar en la evaluación del equipo en el cumplimiento de los objetivos trazados.
- ☐ Generar y participar en actividades de investigación pertinentes a las necesidades del servicio.
- ☐ Efectuar investigación clínica y de gestión clínica.

⁸ Comportamientos de autoayuda, destrezas conductuales, cognitivas y afectivas

⁹ La intervención y/o actividad comunitaria puede ser efectuada por el Médico Psiquiatra del equipo del Hospital de Día en el marco de la estructuración, funcionamiento, y de los recursos de cada Red territorial en particular.

¹⁰ La actividad Consultoría de Salud Mental efectuada por el Equipo del Hospital de Día es una posibilidad en el marco de la estructuración y funcionamiento de cada Red territorial en particular.

4.4.2. Funciones de Enfermera/o

- ☐ Efectuar proceso de atención de enfermería (evaluación y diagnóstico de enfermería en usuarios de Hospital de Día, considerando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales involucrados).
- ☐ Identificar los cuidados de enfermería que el paciente psiquiátrico requiere de acuerdo al grado de insatisfacción de sus necesidades biopsicosociales.
- ☐ Planificar y organizar la atención de enfermería requerida por los usuarios de Hospital de Día, de acuerdo a las prioridades detectadas.
- ☐ Coordinar la formulación y aplicación del Plan Individual de Tratamiento.
- ☐ Participar en la ejecución del Programa de Psicoeducación.
- ☐ Participar en entrenamiento en habilidades psicosociales¹¹.
- ☐ Orientar hacia la participación en grupos de usuarios y familiares.
- ☐ Efectuar visita de salud mental.
- ☐ Participar en evaluación y diagnóstico social y familiar.
- ☐ Reinsertar en el HD a usuarios inasistentes, previniendo abandonos.
- ☐ Efectuar intervención en crisis.
- ☐ Prevenir y/o reducir impacto de acciones hetero y/o autoagresivas.
- ☐ Efectuar contención emocional.
- ☐ Preparar los elementos necesarios para crear el ambiente terapéutico
- ☐ Entregar información a usuarios y familiares.
- ☐ Coordinar la derivación al dispositivo de la red que corresponda, según protocolo.
- ☐ Realizar actividades grupales de sensibilización e intercambio de información.
- ☐ Realizar actividades de capacitación, asesoría y coordinación con personas, organizaciones de usuarios y comunitarias, instituciones y medios de comunicación.
- ☐ Evaluar en conjunto con Equipo de salud general y de Urgencia, a usuarios y familias.
- ☐ Participar en reuniones clínico-técnicas y de coordinación con instancias fuera de la Red sanitaria.
- ☐ Efectuar capacitación a equipo APS.
- ☐ Mantener diagnóstico de las necesidades de capacitación del personal.
- ☐ Participar en capacitación de personal de enfermería a cargo y de otros equipos de la red.
- ☐ Proporcionar enseñanza incidental.
- ☐ Participar en docencia de alumnos en práctica.
- ☐ Asignar responsabilidades (funciones y actividades) para la ejecución de la atención en el equipo de enfermería, considerando complejidad y riesgo que implica la intervención, estado de la persona y competencias del personal.
- ☐ Supervisar y/o ejecutar las técnicas y procedimientos de enfermería en los usuarios para la satisfacción de sus necesidades biosicosociales.
- ☐ Administrar (y/o supervisar la administración) tratamiento psicofarmacológico y otros procedimientos derivados del diagnóstico y tratamiento médico.
- ☐ Efectuar y supervisar el registro de la atención de enfermería proporcionada.
- ☐ Participar en programación de actividades de la Unidad o dispositivo.
- ☐ Participar en reuniones del equipo de la Unidad o dispositivo.

¹¹ Comportamientos de autoayuda, destrezas conductuales, cognitivas y afectivas.

- ❑ Participar en reuniones de coordinación con otras unidades de trabajo, con otros niveles de atención en salud, con el Programa de Salud Mental del Servicio de Salud y/o intersectoriales.
- ❑ Gestionar el recurso humano del ámbito de la enfermería.
- ❑ Establecer medios expeditos de comunicación con los diferentes niveles de la red.
- ❑ Participar en auditorías a fin de evaluar la atención de enfermería.
- ❑ Participar en la evaluación del equipo en el cumplimiento de los objetivos trazados.
- ❑ Mantener orden de la ficha clínica y asegurar su cuidado y reserva
- ❑ Mantener disponibles material de registro a utilizar.
- ❑ Administrar artículos clínicos inventariables.
- ❑ Supervisar y controlar el uso, mantención y disponibilidad de recursos materiales y artículos clínicos para la atención.
- ❑ Generar y participar en actividades de investigación pertinentes a las necesidades del servicio.

4.4.3. Funciones del /la Terapeuta Ocupacional

- ❑ Efectuar evaluación funcional en las distintas áreas de la ocupación.
- ❑ Efectuar evaluación ambiental, física y social del apoyo al proceso de rehabilitación.
- ❑ Establecer diagnóstico de rehabilitación y programa de evaluación periódica.
- ❑ Elaborar e implementar plan individual de rehabilitación dentro del Plan de Tratamiento.
- ❑ Orientar en toma de decisiones, resolución de problemas, elección ocupacional, manejo de estrés y desarrollo de confianza personal.
- ❑ Promover en la familia apoyo para el proceso de rehabilitación.
- ❑ Apoyar desempeño de roles satisfactorios en las distintas áreas de la ocupación humana.
- ❑ Derivar a los distintos dispositivos de la red, según corresponda.
- ❑ Entrenar en habilidades funcionales en las distintas áreas de la ocupación.
- ❑ Efectuar visita de Salud Mental especializada
- ❑ Realizar actividades orientadas a la inserción laboral, educacional y comunitaria.
- ❑ Entrenar y supervisar práctica de habilidades funcionales en situaciones reales de la vida.
- ❑ Capacitar y supervisar a monitores de rehabilitación.
- ❑ Diseñar, aplicar y supervisar programa de manejo ambiental con relación a la readecuación del ambiente físico y social para facilitar la función en las distintas áreas de la ocupación.
- ❑ Realizar actividades grupales de sensibilización, intercambio de información con relación a la reinserción de personas con patología psiquiátrica.
- ❑ Participar en actividades de catastro, capacitación, asesoría y coordinación con personas, organizaciones de usuarios y comunitarias, instituciones y medios de comunicación.
- ❑ Participar en programación de Salud Mental.
- ❑ Participar en reuniones del equipo de Salud Mental.
- ❑ Participar en reuniones de coordinación con la Red.
- ❑ Participar en evaluación.
- ❑ Generar y participar en actividades de investigación pertinentes a las necesidades del servicio.

4.4.4. Funciones del Psicólogo/a

- ❑ Evaluar y diagnosticar el componente psicológico de los trastornos de Salud Mental y Enfermedades Psiquiátricas (factores de personalidad, historia vital, organicidad, etc.).
- ❑ Realizar diagnóstico y evaluación psicológica y psicosocial de factores que gravitan sobre el curso, pronóstico y el proceso de rehabilitación.

- ☐ Definir objetivos y medios de la intervención psicológica en el marco del Plan de Tratamiento.
- ☐ Efectuar intervenciones terapéuticas según modelo teórico específico y diseño definido.
- ☐ Participar en la ejecución del Programa de Psicoeducación¹².
- ☐ Entrenar en habilidades psicosociales, resolución de conflictos, afrontamiento, etc. a pacientes y familiares.
- ☐ Participar en actividades de rehabilitación social y laboral.
- ☐ Entrega información a pacientes y familiares.
- ☐ Orientar hacia la participación en grupos de usuarios.
- ☐ Intervenir en crisis
- ☐ Prevenir y/o reducir impacto de acciones hetero y/o autoagresivas.
- ☐ Efectuar contención emocional.
- ☐ Derivar a otros profesionales del equipo y de la Red.
- ☐ Coordinar la derivación al dispositivo de la Red que corresponda.
- ☐ Participar en Visita de Salud Mental.
- ☐ Prevenir abandonos de tratamiento y reincorporar personas que han abandonado.
- ☐ Participar en evaluación y diagnóstico social y familiar.
- ☐ Participar en programación de actividades del HD.
- ☐ Participar en reuniones del equipo.
- ☐ Entrenar en habilidades psicosociales al equipo.
- ☐ Participar en reuniones de coordinación con otras unidades de trabajo, con otros niveles de atención en salud, con el Programa de Salud Mental del Servicio de Salud y/o intersectoriales.
- ☐ Participar en evaluación
- ☐ Generar y participar en actividades de investigación pertinente a las necesidades del Servicio.
- ☐ Participar en diagnóstico de las necesidades de capacitación del personal.
- ☐ Participar en la capacitación del personal de la Unidad y otros equipos de la Red.

4.4.5. Funciones del/la Trabajador/a Social.

- ☐ Efectuar diagnóstico y evaluación social del usuario y su grupo familiar
- ☐ Efectuar diagnóstico y evaluación del entorno del usuario, su familia y de las redes sociales de apoyo
- ☐ Efectuar evaluación funcional en conjunto con el resto del equipo sobre la base de instrumento aprobado por el Ministerio de Salud
- ☐ Participar en la aplicación del plan individual de tratamiento y rehabilitación
- ☐ Promover la participación activa de usuarios y familiares en el proceso de rehabilitación y en la conformación de Asociaciones de Usuarios y Familiares.
- ☐ Participar en reuniones clínicas-técnicas y de coordinación con instancias fuera de la red sanitaria
- ☐ Efectuar visita de Salud Mental especializada
- ☐ Derivar a los distintos dispositivos de la red, según corresponda.
- ☐ Participar en reuniones de coordinación con otras unidades de trabajo, con otros niveles de atención en salud, con el programa de salud mental del servicio de salud y el intersector.
- ☐ Entrenar en habilidades sociales y psicosociales

¹² Desarrolla actividades de tipo psicológico destinadas a la generación de conocimientos, habilidades y destrezas para manejar la condición de enfermedad psiquiátrica de los pacientes o de su familia.

- ☐ Apoyar actividades de rehabilitación psicosocial
- ☐ Efectuar psicoeducación
- ☐ Apoyar en el desarrollo e implementación de actividades de rehabilitación y reinserción socio-laboral
- ☐ Entrenar en comportamientos de autoayuda
- ☐ Coordinar actividades en apoyo a la integración social
- ☐ Participar en actividades de catastro, capacitación, asesoría y consultoría a APS, otros equipos de la red y al intersector
- ☐ Realizar actividad grupal de sensibilización e intercambio de información
- ☐ Asesorías y coordinación con personas, organizaciones de usuarios, familiares, comunitarias, instituciones y medios de comunicación
- ☐ Generar y participar en actividades de investigación de acuerdo a las necesidades del servicio
- ☐ Participar en programación de Salud Mental.
- ☐ Participar en reuniones del equipo de Salud Mental.
- ☐ Participar en evaluación.

4.4.6. Funciones del/ la Técnico Paramédico

- ☐ Ejecutar procedimientos y técnicas de enfermería requeridos según las prioridades establecidas en el Plan de Tratamiento y las necesidades del usuario
- ☐ Participar en el Programa de Autoadministración de Fármacos y de Autocuidado de la Salud.
- ☐ Participa en actividades de refuerzo a la adherencia al tratamiento.
- ☐ Participa en actividades de registro y administración de Enfermería.
- ☐ Apoyar la ejecución del Programa de Psicoeducación.
- ☐ Participar en entrenamiento en habilidades psicosociales¹³.
- ☐ Orientar hacia la participación en grupos de usuarios y familiares.
- ☐ Participar en evaluación y diagnóstico de enfermería en usuarios de Hospital de Día.
- ☐ Participar en evaluación y diagnóstico social y familiar.
- ☐ Reinsertar en el HD a usuarios inasistentes, previniendo abandonos.
- ☐ Efectuar actividades del Programa de Psicoeducación.
- ☐ Participar en entrenamiento en habilidades psicosociales
- ☐ Prevenir y/o reducir impacto de acciones hetero y/o autoagresivas.
- ☐ Efectuar contención emocional en etapa previa a la intervención profesional en crisis.
- ☐ Preparar los elementos necesarios para crear el ambiente terapéutico
- ☐ Reforzar la derivación al dispositivo de la red que corresponda.
- ☐ Participar en actividades grupales de sensibilización e intercambio de información.
- ☐ Apoyar actividades de capacitación, asesoría y coordinación con personas, organizaciones de usuarios y comunitarias, instituciones y medios de comunicación.
- ☐ Participar en capacitación de personal Técnico Paramédico de otros equipos de la red.
- ☐ Apoyar enseñanza incidental.
- ☐ Participar en docencia de alumnos en práctica.

¹³ Comportamientos de autoayuda, destrezas conductuales, cognitivas y afectivas.

V. HOSPITAL DE DÍA Y LA ATENCIÓN CLÍNICA Y DE REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON ABUSO O DEPENDENCIA A DROGAS Y/O ALCOHOL.

31

Una de las metas del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, para la etapa 2001-2003, es la implementación de hospitales de día.

Su logro mejorará el déficit existente en la red de servicios, tanto en el número como en la diversidad de dispositivos o instancias de atención, respondiendo así a necesidades especiales de un grupo importante de consultantes, que no se cubren mediante las modalidades de atención ambulatoria o de hospitalización cerrada. De esta manera, la incorporación de Hospitales de Día en la red de atención de los Servicios de Salud, mejorará la oferta de atención en la red.

Si bien, el HD hasta ahora ha sido utilizado principalmente para personas con trastornos psiquiátricos. También puede constituirse en una importante herramienta para el tratamiento de personas que presentan abuso o dependencia a sustancias psicoactivas, si se siguen ciertos criterios de ingreso.

5.1. Indicaciones de hospitalización diurna en personas con abuso o dependencia a drogas.

La hospitalización parcial o diurna está indicada para aquellas personas que presentan un Trastorno por abuso o dependencia a drogas que:

- a) requieren de cuidado intensivo, pero que muestran una razonable probabilidad de controlar el uso de drogas fuera de un ambiente de máxima protección o restricción como es el residencial u hospitalización cerrada¹⁴
- b) recién egresan de tratamientos de tipo residencial o con hospitalización completa y que mantienen una alta probabilidad de recaída, sea por insuficiente motivación, por comorbilidad psiquiátrica u otra causa.
- c) en los anteriores egresos tienen antecedentes de recaídas inmediatas o muy próximas.
- d) regresan a ambientes de alto riesgo, con elevada disponibilidad de drogas y escaso soporte social.
- e) muestran pobre rendimiento en tratamientos ambulatorios anteriores.

Además, el HD constituye una buena alternativa para usuarios que presentan comorbilidad o patología dual y que pueden, gracias a una buena medicación previa a su regreso al domicilio, permanecer en sus hogares durante la noche¹⁵.

Las intervenciones a realizar son las mismas que se establecen en la Sección III, sin embargo, a continuación se encontrarán las contempladas para el Plan de Tratamiento Ambulatorio Intensivo para personas con abuso o dependencia a drogas, tal como se consigna en las Normas Técnico-Administrativas del Arancel de FONASA, documento que oficializa la existencia de la prestación en el régimen institucional de los Servicios de Salud.

¹⁴ American Psychiatric Association. "Practice Guideline for Treatment of Patients with Substance Use Disorders". 1995.

¹⁵ *patología dual o co-morbilidad son términos usados indistintamente, como sinónimos, para referirse a la presencia simultánea en una persona, de un trastorno por abuso o adicción a una o más sustancias psicoactivas y de uno más trastornos psiquiátricos de curso severo, por la intensidad de la sintomatología o la discapacidad que determinan, sin relación causal con el uso, la sobredosis, la adicción o el síndrome de privación de la sustancia. Se incluyen cuadros como la esquizofrenia, los trastornos afectivos mono o bipolares, los trastornos obsesivo-compulsivos y otros que sean preexistentes a la sintomatología causada por el abuso o dependencia a drogas. Se excluyen entonces la psicosis anfetamínicas, por privación de alcohol u otros depresores del SNC, las crisis o trastornos de pánico desencadenados por el uso de una droga y otras directamente relacionadas al uso de drogas. Se reconocen porque son preexistentes al trastorno por abuso o dependencia a drogas, son de inicio posterior pero mantienen un curso independiente de la continuación del uso de drogas y requieren de medidas de tratamiento paralelas y diferentes.*

PLAN DE TRATAMIENTO AMBULATORIO INTENSIVO

Conjunto de prestaciones destinado a personas con diagnóstico de abuso o dependencia a sustancias psicoactivas y compromiso biopsicosocial moderado o severo, con o sin morbilidad psiquiátrica o somática.

El carácter resolutivo del Plan Ambulatorio intensivo está dado porque cumple los objetivos:

- Realizar diagnóstico clínico y evaluación del grado de compromiso biopsicosocial
- Definir un plan de intervención de acuerdo al diagnóstico y realizar intervenciones terapéuticas, educativas, dirigidas a la persona afectada como a sus familiares
- Intervenir y acompañar en proceso de motivación al cambio
- Intervenir en los factores que facilitan y mantienen el consumo
- Fortalecer los factores protectores que permitan el logro del proceso de cambio
- Intervenir en estrategias de prevención de recaídas
- Reeducación en habilidades sociales
- Orientar y fomentar la reinserción social
- Reestructuración de estilo de vida
- Dar de alta y referir a la red de atención de salud que corresponda.

El Plan de tratamiento ambulatorio intensivo, incluye el día comunidad terapéutica u hospital de día, la alimentación diaria y todos los procedimientos terapéuticos y de rehabilitación que se efectúan con estas personas durante su permanencia en el establecimiento, tales como: consultas profesionales (médicas generales, psiquiátricas, psicológicas), consultas de salud mental, intervención psicosocial de grupo, visitas domiciliarias, psicoterapia individual o grupal, psicodiagnóstico (Incluye aplicación de test psicológicos si corresponde), exámenes de laboratorio que se requieran y medicamentos si corresponde.

Además incluye un plan de seguimiento, por un período no menor a 3 meses (que signifique entre un 5 y 10% del valor total del plan).

Duración promedio: de 8 meses.

Frecuencia asistencia: 5 días, 4 a 6 horas (diurno o vespertino).

La duración diaria y frecuencia de asistencia semanal del tratamiento en hospitalización parcial es muy variable y, en lo posible, debe establecerse de acuerdo a las necesidades del usuario. En un comienzo podría llegar a ser tan alta como 8 horas diarias, hasta 5 días a la semana, luego sustancialmente menos.

Para nuestra realidad, en que se está iniciando como política, la puesta en marcha de la hospitalización diurna, se propone ofrecer un módulo flexible de alrededor de 4 a 6 horas diarias, por 4 a 5 días a la semana, asimilable al plan de tratamiento ambulatorio intensivo.

La duración, si bien se recomienda un período de alrededor de 8 meses, en el caso de la hospitalización diurna podrá variar de acuerdo al programa de trabajo de cada HD, la diversidad de servicios en la red local, unido a su accesibilidad y coordinación. Así, es posible que determinados pacientes sean referidos a otros centros de tratamiento de drogas y alcohol, de acuerdo a las necesidades del paciente.

5.2. Diferenciación de planes de tratamiento en el interior del hospital de día.

La coincidencia en un mismo establecimiento y programa de atención, de pacientes adictos y de otros con cuadros psiquiátricos, psicosis, trastornos afectivos, angustiosos y otros similares, ha representado dificultades especiales para el manejo de la dinámica social interna en el establecimiento, de los procedimientos clínicos, de enfermería y de seguridad.

A pesar de lo anterior, se propone que los hospitales de día, provean atención a personas que presentan abuso o dependencia a sustancias psicoactivas, particularmente drogas ilícitas, alcohol y algunos psicofármacos. Ello permitirá aprovechar al máximo los escasos recursos de infraestructura y de personal, mejorar la relación costo-beneficio de las inversiones en salud mental y también innovar en el desarrollo de servicios de calidad o de perfeccionar experiencias ya realizadas.

A continuación se señalan algunas alternativas que permitirán un funcionamiento adecuado en un mismo establecimiento o local y obtener buenos resultados clínicos con dos diferentes poblaciones, la portadora de Trastornos psiquiátricos severos, TPS y la portadora de trastornos por abuso o dependencia a drogas.

- a) Organizar la operación del HD en dos módulos diferentes, uno para cada población de usuarios.

Ello puede lograrse dividiendo dos jornadas, una matinal de 4 horas diarias horas como máximo, probablemente dedicada a pacientes psiquiátricos (primer módulo) y otra, de tarde, inmediatamente a continuación, dedicada a portadores de adicciones (segundo módulo). Este ordenamiento facilitaría que parte del personal a cargo, cubra jornadas en ambos módulos o programas.

Otra modalidad es la realización de este segundo módulo en un horario vespertino, que puede extenderse por 3 a 5 horas diarias. En este caso, será conveniente prever que al menos una parcialidad del personal cumpla funciones en ambas jornadas.

- b) Si el espacio físico lo permite, trabajar cada programa, en diferentes sectores del local, separados adecuadamente y realizar solo algunas tareas en conjunto (comidas, cuidados y tratamientos que requieren de enfermería u otros en los que la interacción pueda ser orientada hacia la colaboración entre usuarios con diversos niveles de discapacidad).

5.3 .Funciones del Técnico en Rehabilitación de adictos:

- ☐ Participa, en conjunto con el equipo profesional y técnico del HD, en la elaboración del plan de tratamiento y rehabilitación personalizado para cada paciente.
- ☐ Ejecuta los componentes de ese plan que se le encomiendan, entre los cuales se encuentran las siguientes:
- ☐ Diseñar, dirigir y/o participar en actividades propias del plan de rehabilitación de cada paciente, entre las cuales se cuenta entrevistas individuales, intervenciones de grupo, apoyos específicos, entrega de información al paciente y/o a los familiares, solicitar el consentimiento para la incorporación del paciente en cada fase del proceso de rehabilitación y otras, todas ellas en acuerdo o por indicación del equipo del HD o de un profesional de la salud responsable del paciente o del establecimiento.
- ☐ Evaluar periódicamente e informar al equipo del HD el grado de participación, motivación, comportamiento social, adherencia y otros aspectos que muestran la evolución de cada paciente en el proceso de tratamiento y rehabilitación.
- ☐ Participar en reuniones técnicas, administrativas, de coordinación u otras del equipo del HD.
- ☐ Realiza seguimiento del usuario que ha sido dado de alta, que goza de permisos o que ha abandonado el HD, de acuerdo a plan decidido por el equipo.

VI. ROL DE LOS FAMILIARES DE LOS USUARIOS EN EL HOSPITAL DE DÍA

37

Si en general es imprescindible incorporar a los familiares de las personas atendidas en el trabajo terapéutico dentro de los marcos técnicamente aceptables en la Psiquiatría actual, en el Hospital de Día - por sus características y su ubicación en la Red de Servicios - este es un objetivo central.

Como ya se ha establecido reiteradamente el Hospital de Día es un dispositivo de trabajo clínico, orientado al tratamiento de personas descompensados psiquiátricamente; esto debe articularse con el que consideramos la rehabilitación psicosocial como un paradigma ordenador del trabajo no sólo de este dispositivo sino del conjunto de la Red de Servicios.

Lo anterior, debe traducirse en la superación de la relación de poder, clásicamente asimétrica entre el equipo de salud, los usuarios y sus familias - la que muchas veces favorece o impide resolver tensiones y conflictos. Debe favorecerse la generación de una relación de colaboración entre ambos, cuyo fin es contribuir al bienestar y estabilización de los pacientes y al alivio de los propios familiares.

Es necesario buscar deliberadamente el “empoderamiento”¹⁶ de las personas en tratamiento y sus familias a través de dos vías:

¹⁶ Empoderamiento: incremento de las capacidades y competencias de las personas para activar sus propios recursos y los existentes en el medio con el fin de resolver sus problemas y satisfacer sus necesidades. Implica una autopercepción como sujeto competente y válido.

- a) Incorporándolos sistemáticamente al Programa de Psicoeducación que cada Hospital de Día debe tener en operación, el que busca la generación de conocimientos, habilidades y destrezas para manejar la condición de la enfermedad psiquiátrica y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por ella y su familia. Incluyéndolos en la evaluación y perfeccionamiento del Programa y sus materiales de apoyo; y
- b) Fomentando la asociatividad¹⁷ (entre las familias y entre las personas que tienen enfermedades mentales), con el fin de constituirlos en interlocutores y participantes activos del proceso de implantación del nuevo Modelo de Atención contenido en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría; y en la superación del estigma y su plena incorporación a la sociedad. En un nivel más concreto, asociaciones localizadas territorialmente pueden optimizar y ampliar los recursos de apoyo social allí existentes.

¹⁷ Asociatividad: por ejemplo, incorporación a o creación de Asociaciones de Familiares del usuario. En general sería deseable, desde el punto de vista del Plan Nacional que existieran, radicadas territorialmente, ojalá una por comuna, al menos.

VII. INDICADORES DE IMPACTO Y CALIDAD DE ATENCIÓN PARA EL HOSPITAL DE DÍA:

39

Como ya hemos insistido, el Hospital de Día, en el Modelo de Atención del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, se considera una alternativa a la hospitalización cerrada.

Si alineáramos los dispositivos psiquiátricos comunitarios poniendo en un extremo los que tiene una mayor capacidad para resolver problemas de ajuste clínicos, y en el otro extremo a aquel que ofrece el mínimo de cuidados clínicos y cuyo énfasis está puesto en los cuidados de socialización y participación en la comunidad, el Hospital de Día, de acuerdo a las definiciones básicas establecidas en estas Normas, debiera ubicarse en el primer polo.

Con la idea que la atención brindada por el Hospital de Día conserve el perfil definido y se beneficien las personas, es necesario contar con indicadores que de un modo objetivo evidencien la dirección hacia la cual, las acciones de salud se dirigen y los resultados que con estas se quieren lograr.

La experiencia aconseja, mantener una actitud activa pues existe el riesgo que el HD termine atendiendo las necesidades de personas que requerirían más atención social, que atención clínica sistemática.

El hecho evidente de que algunas personas necesitarán de por vida dispositivos de apoyo para satisfacer sus necesidades básicas, no se contrapone con el uso adecuado del recurso HD. Por el contrario, debe ser un impulso al trabajo por construir alternativas de continuidad de cuidados en el ámbito comunitario para completar su proceso de rehabilitación a través de la activación de sus habilidades sociales y ocupacionales.

El impacto más relevante del funcionamiento de un Hospital de Día debiera ser la disminución del número, frecuencia y duración de la hospitalización en sus usuarios, los que debieran a su vez ser parte de la población más inestable clínicamente.

Por estas razones, a continuación se describen los Indicadores básicos, aplicables de acuerdo, entre otros, a la etapa de desarrollo de los HD en el país, al entrenamiento de los equipos:

A. INDICADORES DE PROCESO:

a. Índice Ocupacional (sobre 80%):

$$\frac{\text{Promedio de usuarios por día} \times 100}{\text{Nº total de plazas}}$$

b. Promedio de días de estada:

$$\frac{\text{Sumatoria N° de días de estada del total de personas ingresadas}}{\text{N° total de personas ingresadas en el período}}$$

c. Número de Ingresos en el período:

Nº de personas aceptadas para ingresar al HD en el período¹⁸

d. N° de Egresos en el período:

N° de abandonos en el período

$$\frac{(\text{N° de personas ingresados al HD, que abandonan antes del Alta clínica, en el período}) \times 100}{\text{N° total de personas que egresan en el período}}$$

N° de Altas en el período

$$\frac{(\text{N° de personas ingresadas al HD, que egresan con Alta clínica, en el período}) \times 100}{\text{N° total de personas egresan en el período}}$$

e. Cumplimiento del Plan de Tratamiento:

$$\frac{(\text{N° de personas dada de alta, con plan de tratamiento cumplido (predefinido en el tiempo estimado)}) \times 100}{(\text{N° total de personas egresados como altas en el período})}$$

¹⁸ Período: debe ser semestral o anual.

f. Cumplimiento de Actividades de Psicoeducación:

(Nº de personas egresados como altas cuyas familias completan el Ciclo de Psicoeducación incluido en el Plan de Tratamiento). $\times 100$
(Total de Nº de personas egresados como altas que cuentan con grupo familiar).

B. INDICADORES DE IMPACTO:

a. Nº de hospitalizaciones completas evitadas:

Nº de personas con indicación médica formal de hospitalización cerrada (por Urgencia o Consultorio Externo de Psiquiatría), que finalmente ingresan al HD y que son egresados como Altas del Hospital de Día en el período¹⁹.

b. Reducción no ponderada del Nº de días de hospitalización completa en el período actual en pacientes ingresados al HD:

(sumatoria del Nº de días de hospitalización completa en el año previo al ingreso al HD) _____

(sumatoria del Nº de días de hospitalización cerrada en el período de 1 año contado desde el ingreso al HD)

c. Reingresos en el período:

(Nº de reingresos en el período, ocurridos en el primer mes después del alta:

- i. reagudización del cuadro clínico
- ii. eventos relacionados con patología de base, Ej. Intento suicida
- iii. reacciones adversas o efectos secundarios de medicamentos) $\times 100$

Nº total de altas en el período

¹⁹ El instrumento de registro usado al Ingreso al HD debe consignar el dato respecto a si existe o no la indicación formal de hospitalización cerrada

C. INDICADORES DE CALIDAD:

C.1. Generales:

a. Deben existir procedimientos estandarizados e instrumentos de registro para:

- Consentimiento informado
- Confidencialidad
- Ingreso Administrativo
- Ingreso Clínico
- Acogida
- Plan de Tratamiento Individual considerando los 5 ejes DSM
- Actividades diarias por persona y grupal
- Manejo de crisis (agresividad, intento suicida, otras conductas muy disruptivas, etc.)
- Prevención y manejo de abandonos
- Alta
- Derivación

Estos instrumentos deben auditarse periódicamente (semestralmente al menos), corrigiendo la operación del equipo y/o los instrumentos si procede. Se adjunta Formato para registrar resultados de esta auditoría.

ANEXO N° 1

Registro general de procedimientos y protocolos utilizados en el Hospital del día ²⁰ (Evaluación de calidad)

TIPO DE PROTOCOLO	EXISTE				GRADO DE CUMPLIMIENTO ²¹					
	SI		NO		I		CP		CC	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Consentimiento informado										
Confidencialidad										
Ingreso Administrativo										
Ingreso Clínico										
Acogida										
Plan de Tratamiento Individual										
Actividades diarias por paciente										
Actividades diarias grupales										
Manejo de crisis de agresividad										
Manejo de intento suicida										
Prevención y manejo de abandonos										
Alta (epicrisis)										
Derivación										
TOTAL										

²⁰ Permite precisar la calidad del funcionamiento del dispositivo en dos dimensiones: la organización de sus procesos (expresado en la existencia de Protocolos) y su operación cotidiana (expresado en el grado de cumplimiento de su aplicación).

²¹ Grado de Cumplimiento (del Protocolo): se refiere al % de usuarios en que se detecta: Incumplimiento, Cumplimiento Parcial o Cumplimiento Completo de la aplicación del Protocolo, estimada a través de la revisión de las Fichas Clínicas de los usuarios.

ANEXO N° 2

Ejemplo de Organización semanal de día actividades en un Hospital

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
08:30 09:00	Recepción	Recepción	Recepción	Recepción	Recepción
09:00 09:30	Desayuno Toma medicamentos	Desayuno Toma medicamentos	Desayuno Toma medicamentos	Desayuno Toma medicamentos	Desayuno Toma medicamentos
09:30 11:30	Intervención psicosocial de grupo	Psicoterapia grupal	Intervención psicosocial de grupo	Psicoterapia grupal	Intervención psicosocial
11:30 12:30	Actividad Física	Recreación	Actividad Física	Recreación	Actividad Física
12:30	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo
14:00 16:00	Taller de habilidades sociales	Taller de manualidades	Taller de habilidades sociales	Taller de manualidades	Reunión con familiares
16:00 17:00	Toma de medicamentos e indicaciones para hogar	Toma de medicamentos e indicaciones para hogar	Toma de medicamentos e indicaciones para hogar	Toma de medicamentos e indicaciones para hogar	Toma de medicamentos e indicaciones para hogar

Se realizarán además las siguientes actividades

* Entrevistas individuales por profesionales: psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermera de acuerdo a plan individual de tratamiento.

ANEXO N° 3

EJEMPLOS DE COSTEO DE RECURSOS HUMANOS EN HOSPITAL DE DÍA PARA ATENCIÓN DE PERSONAS CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS SEVEROS.

Los siguientes tres ejemplos de estimación de costos en recursos humanos según plazas y días al mes, no constituyen una norma, sino sólo son una referencia que permite orientar su estimación de financiamiento en el nivel local.

- a) Estimación de costos en Recursos Humanos para Hospital de Día con 20 plazas por 20 días al mes

Profesional / Técnico	Promedio Horas Semanal	Grado	Sueldo Mensual
Médico Psiquiatra	11	10	180.698
Enfermera Psiquiátrica	44	14	510.256
Terapeuta Ocupacional	11	14	127.564
Psicólogo	33	14	382.682
Asistente Social	11	14	127.564
Técnico Paramédico	44	16	262.122
Técnico en Rehabilitación	44	16	262.122
Administrativo y/o Auxiliar*			180.000
			2.033.018

* Definición de horas de acuerdo a necesidad local. Costo Diario \$ 5.083
Como referencia: \$5.027 corresponde a los 2/3 del costo diario de HD: \$7570

- b) Estimación de costos en recursos humanos para Hospital de Día para 15 plazas por 20 días al mes

Profesional / Técnico	Promedio Horas Semanal	Grado	Sueldo Mensual
Médico Psiquiatra	8	10	131.417
Enfermera Psiquiátrica	33	14	382.692
Terapeuta Ocupacional	10	14	115.967
Psicólogo	22	14	255.128
Técnico Paramédico	44	16	262.122
Técnico en Rehabilitación	44	16	262.122
Administrativo y/o Auxiliar*	-	-	100.000
			1.509.448

*Definición de horas de acuerdo a necesidad local.

Costo Diario 5.031

- c) Estimación de costos en recursos humanos para Hospital de Día con 10 plazas por 20 días al mes

Profesional / Técnico	Promedio Horas Semanal	Grado	Sueldo Mensual
Médico Psiquiatra	5	10	82.135
Enfermera Psiquiátrica	22	14	255.128
Terapeuta Ocupacional	5	14	57.984
Psicólogo	11	14	127.564
Técnico Paramédico	44	16	262.122
Técnico en Rehabilitación	22	16	131.061
Administrativo y/o Auxiliar*	-	-	100.000
			1.015.994

*Definición de horas de acuerdo a necesidad local.

Costo Diario 5.080

BIBLIOGRAFIA

LIBROS Y ARTICULOS EN REVISTAS CIENTIFICAS:

1. Horwitz-Lennon, M.,; Sharon-Lise T., N.; Gaccione, PY Frank, R. Partial versus full hospitalization for adults in psychiatric distress: A systematic review of the published literature (1957-1997). Am. J. Psychiatry 158: 676-685, 2.001.
2. Gomberoff, L., Olivos, P. Hospitalización diurna en Psiquiatría, en Manual de Psiquiatría, cap. 14: Publicaciones Técnicas Mediterráneo, Santiago de Chile, 1986.
3. Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Santiago de Chile, Enero de 2.000 (a).
4. Ministerio de Salud, División de Salud de las Personas, Departamento de Programas, Unidad de Salud Mental. Programa de Salud Mental y Psiquiatría. Santiago de Chile, 2.000(b).
5. Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental. Reglamento Para la Internación de las Personas con Enfermedades Mentales y sobre los Establecimientos que la Proporcionan. Santiago de Chile, Diciembre de 2.000 (c).
6. Olivos, P y cols. Evaluación de la efectividad del Hospital Diurno del Hospital Psiquiátrico de Santiago. Rev. Chil. Neuropsiquiat. 20: 119-125, 1982.
7. Olivos, P. Historia de los Hospitales Diurnos. Rev. Psiquiatría II: 23-27, 1985.
8. Olivos, P. Taller sobre instituciones intermedias en la rehabilitación.. Rev. Psiquiatría I: 129-131, 1985.
9. Olivos, P. El Hospital Diurno como organización. Rev. Psiquiatría III, N°10-11: 233-238, 1986.
10. Olivos, P. El Centro Psiquiátrico Irarrázabal, una estructura en la comunidad para el apoyo y tratamiento del paciente psiquiátrico crónico. Rev. Psiquiatría VI: 35-40, 1989.
11. Pang, J. Partial hospitalization: an alternative to impatient care. Psychiatric Clinics of North America. Vol. VIII, N° 3, 587-595, 1985.
12. Roa, A. Discurso inaugural del Hospital Diurno de la Clínica Psiquiátrica Universitaria. Revista de Psiquiatría Clínica. Vol. XIII y XIV, 73-74, 1977.
13. Silva, H. Jerez, S. y cols. Estructura y funcionamiento del Hospital Diurno de la Clínica Psiquiátrica Universitaria. Rev. de Psiquiatría Clínica. Vol XXIV N°1: 55-62, 1987.

APUNTES Y DOCUMENTOS DE TRABAJO:

1. Aguirre, R. Rol del Terapeuta Ocupacional en los Hospitales de Día. Mimeo, Santiago de Chile, Febrero 2.001.
2. Carrillo, E. Enfermería en el Hospital de Día. En Enfermería en Psiquiatría, Serie de Publicaciones de la Unidad de Docencia y Psicoterapia, Hospital Virgen de Las Nieves-Universidad de Granada, s/f.
3. Equipo Hospital de Día Servicio de Psiquiatría, Hospital Barros Luco-Trudeau. Resumen de la Primera Jornada de Evaluación y Planificación del Hospital de Día del Servicio de Psiquiatría del Hospital Barros Luco-Trudeau. Mimeo. Santiago de Chile, Enero 2.001.
4. Equipo Hospital de Día Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente. Proyecto de Hospital de Día en Psiquiatría . Mimeo. Santiago de Chile, 2.000.
5. Equipo Hospital de Día Servicio de Psiquiatría, Hospital Barros Luco-Trudeau. Niveles de Competencia del Equipo en Hospital de Día. Mimeo. Santiago de Chile, Enero 2.001.
6. Grupo de Trabajo URAs de Andalucía. La Unidad de Rehabilitación de Area: U.R.A. Mimeo. Servicio Andaluz de Salud, Andalucía, España, Octubre-Noviembre de 1999.
7. Hospital Universitario San Cecilio de Granada. Area Salud Mental Granada Sur. Unidad de Rehabilitación de Area (URA). Cartera de Servicios. Mimeo. Servicio Andaluz de Salud, Granada, España, Enero de 1998.
8. Ilabaca, I. Rol del Psicólogo en el Hospital de Día. Mimeo. Hospital de Día, Servicio de Psiquiatría Hospital San Borja-Arriarán, Santiago de Chile, Febrero 2.001.
9. Murillo, G.A. Antecedentes sobre el Hospital de Día del Hospital Psiquiátrico dirigido por el Dr. Enrique París. Comunicación Personal. Junio de 2001.
10. Olivos, P. Antecedentes sobre el Hospital de Día del Hospital Psiquiátrico, 2º época, iniciada en 1979. Comunicación Personal. Abril de 2.001.
11. Illanes, E y Ortiz, A. M. Indicadores para el Hospital de Día. Unidad de Apoyo a la Gestión, Servicio de Psiquiatría, Hospital Barros Luco-Trudeau. Comunicación Personal. Marzo de 2001.

DOCUMENTO ELABORADO POR:

AUTORES:

Grupo de Trabajo:

Laura Ahumada, Asistente Social, SSMSur Oriente
Rosario Aguirre, Terapeuta Ocupacional, Colegio de Terapeutas
Cristina Arancibia, Psicóloga, SSMOccidente.
Andrea Bahamondes, Médico-Psiquiatra.
Sonia Contreras, Enfermera, SSMSur.
Ximena Donoso, Médico-Psiquiatra, SSMSur.
Ximena Fuentes, Médico-Psiquiatra, SSMSur Oriente.
Patricia Narváez, Enfermera, Unidad de Salud Mental, MINSAL.
Ignacio Ilabaca, Psicólogo, SSMCentral.
Mónica Rojas, SSMCentral.

Coordinador:

Rafael Sepúlveda, Médico-Psiquiatra

Redactores:

Rafael Sepulveda, Médico-Psiquiatra
Patricia Narváez, Enfermera, Unidad de Salud Mental, MINSAL.

Consultores:

Martín Cordero, Médico - Psiquiatra
Patricio Olivos, Médico - Psiquiatra.
Alberto Minoletti, Médico - Psiquiatra.
Alfredo Pemjean, Médico Psiquiatra

Colaboradores especiales:

Eduardo Illanes, Médico-Psiquiatra.
Ana María Ortiz, Terapeuta Ocupacional.
Wilma Huerta, Ingeniero en Administración
Daniela Alburquerque, Terapeuta Ocupacional
Luis Flores, Asistente Social
María Elena Varela, Psicóloga, Unidad de Salud Mental, MINSAL.

