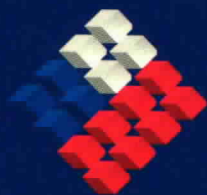
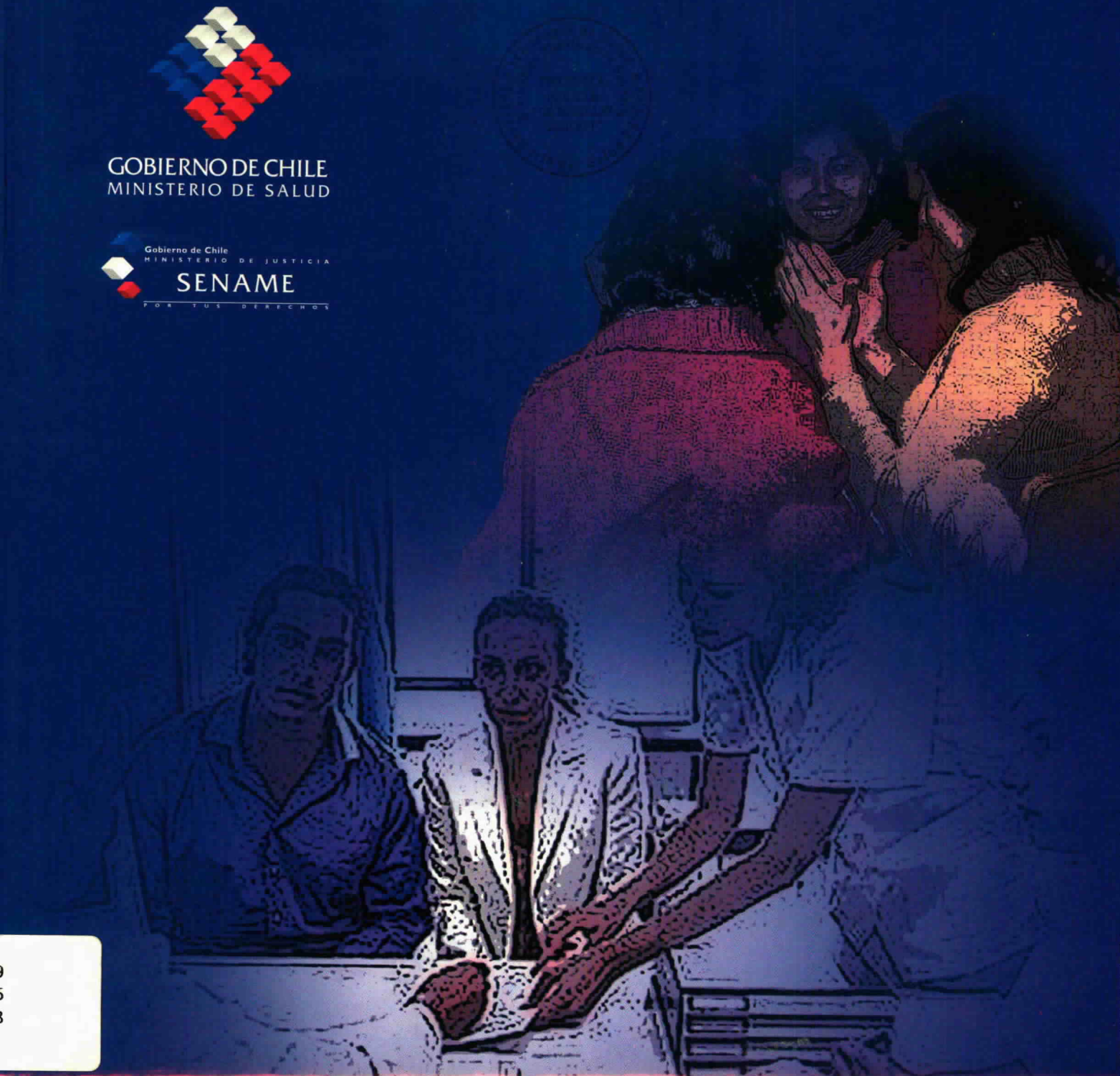


# ORIENTACIONES TÉCNICO-ADMINISTRATIVAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA DE CORTA Y MEDIANA ESTADÍA

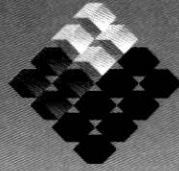


GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD



6002

Wm 2  
m 665  
2008



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD

# ORIENTACIONES TÉCNICO-ADMINISTRATIVAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA DE CORTA Y MEDIANA ESTADÍA

2008



**Subsecretaría de Salud Pública**  
**División de Prevención y Control de Enfermedades**  
**Departamento Salud Mental**

## Edición y Grupo Técnico Coordinador

- Sra. María Angélica Caprile A., Asistente Social, Depto. Salud Mental, Diplomada en Gestión de Calidad, MINSAL
- Dr. Alberto Minoletti S., Médico Psiquiatra Jefe Depto. Salud Mental, MINSAL
- Sra. Patricia Narváez E., Enfermera y Matrona, Diplomada en Gestión de Calidad. Depto. Salud Mental, MINSAL
- Sra. Fabiana Graieb, Psicóloga, Depto. de Responsabilidad Juvenil SENAME
- Sra. Carmen Gloria Quintana, Psicóloga, Depto. de Responsabilidad Juvenil SENAME

## Profesionales Expertos Consultados

- Sra. María Eugenia Aranda, Enfermera, Unidad Hospitalización Psiquiatría Adulto Hospital Felix Bulnes
- Dra. María Angélica Monreal, Secretaria Ejecutiva de la Comisión Nacional de Protección de Personas con Enfermedad Mental
- Sr. Rodrigo Navia, Psicólogo, Depto. de Responsabilidad Juvenil, SENAME
- Sra. Cecilia Salinas, Asistente Social, Depto. de Responsabilidad Juvenil, SENAME
- Sra. Marisol González, Psicóloga, Depto. de Responsabilidad Juvenil, SENAME
- Sra. Claudia Saavedra, Asistente Social, Depto. de Protección de Derechos
- Dra. Andrea Poblete, Médico Psiquiatra, Servicio de Salud Metropolitano Oriente
- Dra. Lilian Urrutia, Médico Psiquiatra Unidad Salud Mental Redes Asistenciales
- Dra. Ana Valdés, Médico Psiquiatra infantil-adolescente, Encargada Salud Mental Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
- Sra. Gabriela Artigas, Enfermera, Depto. Calidad Subsecretaría de Redes Asistenciales
- Sra. Ana María Bustamante, Asistente Social, Encargada Salud Mental Servicio de Salud O'Higgins
- Sra. Claudia Carniglia, Asistente Social, Encargada Salud Mental Servicio de Salud Metropolitano Sur
- Sr. Crsitián Palma, Sociólogo, Depto. Salud Mental, MINSAL
- Sra. Ximena Candia Corvalán, Psicóloga, Sub Directora Técnica del Área de Salud de la Corporación Municipal de Puente Alto

## Diseño, diagramación e impresión

- Editorial Atenas Ltda.

# Índice



<b>Presentación.....</b>	<b>5</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>7</b>
Objetivos del documento.....	7
Antecedentes Generales.....	8
<b>Capítulo I.- Definiciones y Marco Legal.....</b>	<b>13</b>
1.- Aspectos Generales de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica.....	15
2.- Perfil clínico y psicosocial de los usuarios y las usuarias.....	20
3.- Reglamentación General y específica de la Hospitalización de Personas con Trastorno Mental y/o Discapacidad Psíquica .....	22
<b>Capítulo II.- Aspectos Generales para la implementación de Unidades de Hospitalización Psiquiátrica.....</b>	<b>25</b>
1.- Coeficientes técnicos y Estándares definidos para Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Corta y Mediana Estadía .....	27
2.- Requisitos generales de planta física .....	28
3.- Del equipamiento y medidas de protección.....	30
<b>Capítulo III.- Estructura y Organización .....</b>	<b>33</b>
1. Las Unidades de Hospitalización en el contexto del Plan Nacional de Salud Mental.....	35
2.- Las Unidades de Hospitalización y la Red Asistencial .....	36
3.- Principales relaciones funcionales de estas unidades con servicios o unidades intra-hospitalarias:.....	38
4.- Las Unidades de hospitalización psiquiátrica, para responder a las necesidades de cada grupo.....	39
5.- Lineamientos de la estructura organizacional para evaluar el desempeño de las Unidades en los diferentes ámbitos.....	40

<b>Capítulo IV.- Procedimientos y Actividades Estandarizadas .....</b>	<b>47</b>
1.- Consideraciones generales.....	49
2.- Criterios de Ingreso .....	49
3.- Objetivos de la atención por Unidad de Hospitalización.....	53
4.- Evaluación Diagnóstica Integral en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica..	55
5.- Plan Individual de Tratamiento Integral (P.I.T.I.).....	56
6.- Plan de egreso de las Unidades de hospitalización .....	58
7.- Medidas de Contención .....	58
8.- Criterios para Terapia Electro convulsiva.....	59
<b>Capítulo V.- Trabajo en Equipo y Auto cuidado.....</b>	<b>61</b>
1.- Trabajo en Equipo en una Hospitalización Cerrada.....	63
2.- Riesgo para el personal en el trabajo de hospitalización.....	65
3.- Estrategias de Autocuidado.....	66
4.- Equipo y Competencias Técnicas .....	68
5.- Area sujeto del monitoreo: Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Corta y Mediana estadía del Sistema Público de Salud .....	69
<b>Bibliografía.....</b>	<b>71</b>



# Presentación

La reforma de la salud en Chile se encuentra en pleno proceso de adecuación de la oferta de servicios sanitarios, de modo de alcanzar mejores niveles de salud para nuestra población. Esta oferta debe contar, entre otras cualidades, con servicios eficientes, oportunos, al alcance de las personas cuando lo requieran, pero por sobre todo, anticipatorios a la aparición de enfermedades; para ello se considera el desarrollo de estrategias de promoción de la salud, así como, acciones preventivas en cada uno de los niveles de atención, y en forma preferente en la atención primaria de salud.

Por su parte, este proceso de reforma exige también que los servicios de salud garanticen el derecho de las personas a lograr y mantener el mejor nivel de salud mental y bienestar subjetivo posible. Este desafío adicional requiere de una plena integración de la salud mental a la atención sanitaria general; integración que cada vez adquiere más consenso a nivel mundial, especialmente después de la publicación de la serie de artículos sobre “No hay Salud sin Salud Mental” en la revista inglesa *Lancet* en el 2007<sup>1</sup>, con el patrocinio de la OMS, donde se aporta una fuerte evidencia en este sentido.

La puesta en vigencia del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, el año 2000, concuerda con los postulados básicos de la reforma sanitaria, referidos al logro de un nivel más alto de equidad en la provisión de servicios, a fin de lograr mayor acceso, oportunidad, calidad técnica y protección financiera a los usuarios del sistema. El Plan postula un modelo de atención comunitario, donde se reconoce que la hospitalización es uno de los recursos posibles para un proceso específico y temporal de la enfermedad mental, en el contexto de una serie de otros servicios más frecuentes otorgados por la red asistencial y que permiten mantener a las personas preferentemente en su medio natural, aún en caso de enfermedades mentales severas o discapacitantes

Los usuarios del sistema deben disponer de una red de servicios de salud articulada en todos sus niveles de atención que asegure al usuario continuidad, oportunidad y calidad de los cuidados que éste requiere, ya sea para recuperar el nivel de salud perdido o bien fomentar y promover estilos saludables de vida.

Esta red está en coordinación desde la atención comunitaria hasta la hospitalización, para que su utilización sea fluida, oportuna, efectiva, y dé satisfacción a las necesidades y expectativas de los usuarios

Una red asistencial articulada en conjunto con una efectiva coordinación entre los Servicios de Salud, entre los distintos niveles de atención y entre los propios equipos técnicos, así como, con otros sectores estructuralmente vinculados con salud, como educación, justicia,

<sup>1</sup> **No Health Without Mental Health** Martin Prince, Vikram Patel, Shekhar Saxena, Mario Maj, Joanna Maselko, Michael R Phillips, Atif Rahman *Lancet* 2007; 370: 859-77

municipios entre otros; amplía los ámbitos de actuación con criterio de equidad, revirtiendo y evitando, en el caso de la salud mental de la población, la cronificación, aislamiento y desarraigo familiar y social de las personas con trastorno mental en cualquier nivel de complejidad que se manifieste.

El documento "Orientaciones Técnicas y Administrativas de Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Corta y Mediana Estadía" representa la síntesis de los aprendizajes alcanzados por los equipos en los últimos años e incorpora el juicio de expertos en sus recomendaciones. Este es un documento necesario y ampliamente requerido dentro de las transformaciones estructurales, organizacionales y funcionales que experimenta el Sistema de Salud Público desde la puesta en marcha del Plan Nacional de Salud Mental Y Psiquiatría.

No obstante que la hospitalización representa la "institución" y la antítesis de lo comunitario, en el contexto del modelo de servicios de salud mental que estamos implementando en Chile, el cual sigue las orientaciones generales de la OMS, esta hospitalización se encuentra al servicio de "lo comunitario". En este sentido, la hospitalización representa un momento en la evolución de algunas personas con enfermedad mental, necesario para recuperarse de una crisis, para disminuir sufrimiento, para protegerse, pero siempre para volver a vivir una vida en plenitud en la comunidad.

Dr. Alberto Minoletti S.

Jefe Departamento de Salud Mental  
Subsecretaría de Salud Pública  
Ministerio de Salud

# Introducción



El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, aspira a lograr un Sistema Integral de Atención de la Salud Mental de la Población dentro de la Red General de Salud, lo más cercano a la comunidad, donde cada Servicio de Salud fija sus prioridades y mejora su oferta, acorde a la realidad regional y local, guiados por las normativas y regulaciones existentes.

Uno de los componentes de la red es la hospitalización psiquiátrica, la cual, se encuentra al servicio de la atención ambulatoria/comunitaria debiendo responder a las necesidades de los y las usuarias en momentos específicos de su cuadro clínico.

Las presentes orientaciones se suman a otras normativas que regulan la atención en salud mental en el país, en particular la atención hospitalaria. Su propósito es sistematizar y estandarizar aspectos básicos que deben ser considerados y aplicados en la hospitalización.

El documento se ha estructurado en capítulos, que permiten distinguir diversos aspectos vinculados a los conceptos generales que definen y describen los diversos tipos de unidades de hospitalización psiquiátrica expresados en el capítulo I, aspectos relacionados con la implementación han quedado desarrollados en el capítulo II. Los aspectos para comprender en distintos contextos la organización de estas unidades clínicas de hospitalización pueden verse en el capítulo III. En el capítulo IV se describen las principales actividades estandarizadas, finalmente se ha realizado por su importancia, un capítulo específico para señalar la relevancia del trabajo en equipo y el auto cuidado en los equipos de salud que operan en estas unidades clínicas. Una propuesta de plan monitoreo de los procesos y resultados puede consultarse al final del documento.

## Objetivos del Documento:

Las presentes orientaciones, pretenden ser una guía para los equipos técnicos y directivos de las unidades clínicas de hospitalización cerrada y para los gestores de la red asistencial territorial

Están dirigidas principalmente, al equipo de Salud que trabaja en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Corta Estadía y de Mediana Estadía, con el propósito de:

- ✓ Ofrecer a los profesionales y directivos, estrategias de gestión clínica que contribuyan a optimizar los recursos existentes, asignándolos en forma eficiente y utilizándolos para alcanzar el impacto esperado
- ✓ Ofrecer a los equipos, recomendaciones que contribuyan; en conjunto con otros documentos regulatorios, continuar mejorando la calidad de la atención brindada, en estas Unidades.



- ✓ Ofrecer una herramienta técnico – administrativa al equipo responsable para brindar atención en estas unidades a personas con trastornos mentales.
- ✓ Incorporar criterios y estándares de calidad de atención, en aspectos de estructura, procesos y resultados, que permitan la mejora continua de la calidad de la atención.

## Antecedentes Generales

El enfoque moderno de salud pública en el ámbito de la salud mental, incorpora el respeto y ejercicio pleno de los derechos humanos (DDHH), como un componente esencial, acreditado en los documentos de la Organización Mundial de la Salud OMS, ambas dimensiones son conceptualizaciones de influencia creciente, en la promoción de la salud y el bienestar de las comunidades.

Ha sido ampliamente reconocido por numerosos Estados y Organizaciones Internacionales, que las personas con enfermedad mental están expuestas a una alta vulnerabilidad y a violaciones de sus derechos humanos.

Estas personas enfrentan condiciones de vida fuertemente adversas, con dificultades para acceder y/o a mantener su educación, trabajo, vivienda, impactando en marginación social y económica; insuficiente accesibilidad y en no pocas ocasiones, son objeto de hospitalizaciones o detenciones arbitrarias en establecimientos sanitarios o carcelarios e, incluso, llegan a ser víctimas de abuso físico, sexual y psicológico en diferentes instancias de la sociedad.

Esta vulnerabilidad puede ser explicada por la interacción de una serie de factores, tanto de la sociedad como de las personas con enfermedades mentales, entre los que podemos destacar<sup>2</sup>:

- ✓ Las enfermedades mentales afectan la forma que las personas piensan, experimentan emociones y se comportan, disminuyendo muchas veces la capacidad para proteger sus intereses y ejercer sus derechos. Más aún, la evolución prolongada o recidivante de varias de ellas, puede llevar a la disminución de diferentes funciones y habilidades, quedando en situación de vulnerabilidad para violaciones a sus derechos humanos. Disminución de sus capacidades, que se acentúa por las insuficientes facilidades y obstáculos que el entorno les presenta.
- ✓ La visión estigmatizadora por parte de la sociedad, e incluso de los equipos de salud, de que estas personas son irrecuperables, totalmente desprovistas de capacidades y potencialmente peligrosas, aumenta la probabilidad de que no se les entregue el tratamiento y rehabilitación que requieren, o que se les entregue servicios de calidad inferior, insuficientes e inadecuados para responder a sus necesidades.
- ✓ Algunas personas con enfermedades mentales presentan ocasionalmente alteraciones conductuales o de su capacidad para tomar decisiones, generando situaciones de riesgo para sí mismas y terceros. Esto genera conmoción en su familia, vecinos, trabajo y comunidad en general, y moviliza medidas de protección; estas últimas, si

<sup>2</sup> Derechos Humanos de las Personas con Enfermedades Mentales: legislación internacional y desafíos para Chile documento de estudio abril 2005 Minoletti Alberto MINSAL.

no son realizadas adecuadamente pueden transformarse en otra fuente de violaciones a derechos humanos.

En el país, la implantación de un modelo de atención de la salud mental persigue justamente, dar cuenta del ejercicio del derecho a la salud que poseen todas las personas del territorio, para lo cual desarrolla un modelo integrado de salud mental comunitaria, cuyos pilares son: la accesibilidad, oportunidad, y calidad de los servicios que otorga.

El año 2000 el Plan Nacional de Salud Mental impulsa las siguientes premisas básicas para lograr servicios cercanos, accesibles y efectivos a sus beneficiarios:

- ✓ Una red de servicios integrados de carácter ambulatorio, cuyo eje es el despliegue de estrategias de promoción y prevención de problemas de salud mental, desde el nivel de atención primaria, delimitados en Servicios de Salud, en áreas territorialmente descentralizadas con énfasis en la participación y educación comunitaria.
- ✓ En esta red, se propone el desarrollo de estructuras intermedias de atención de salud mental ambulatoria, de carácter especializado, en el territorio del Servicio de Salud, que evitan la hospitalización cerrada y apoyan la resolución en el nivel primario de atención. Estas estructuras pueden estar asociadas a Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC); Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), o Centro de Referencia de Salud (CRS), Hospital de Día. Todo lo cuál, mejora la accesibilidad geográfica, cultural y económica.
- ✓ La red debe disponer y facilitar el acceso al nivel hospitalario. Aun, cuando la hospitalización psiquiátrica debe evitarse en lo posible, ésta debe ser breve, y efectuarse en unidades de hospitalización psiquiátricas de adolescentes y adultos, de los hospitales generales.
- ✓ Desarrollar servicios de hospitalización de mediana estadía, para usuarios y usuarias, cuya evolución, criterios clínicos y grado de discapacidad, así lo requiera.
- ✓ Los hospitales psiquiátricos deben reorientarse y continuar disminuyendo sus camas, desarrollando programas de rehabilitación que faciliten la externalización de la mayoría de sus usuarios y su reintegración al medio sociofamiliar y a los recursos sociales y de salud que se vaya dotando.
- ✓ La red territorial debe disponer de acceso a sistemas de vivienda, desplegando recursos para que la comunidad, disponga de estructuras residenciales con distintos grados de cuidados de acuerdo a su grado de autonomía, de discapacidad psíquica, o bien por, la ausencia o dificultad de cuidado familiar,
- ✓ Deben existir mecanismos de referencia y contrarreferencia eficientes que aseguren la continuidad de la atención de las usuarias y los usuarios de la red.

En la implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría en Chile se pueden identificar importantes hitos, que dan cuenta del avance sustancial tanto, cuantitativo, como cualitativo, en el ámbito de la atención en la salud mental y son al año 2007<sup>3</sup>:

<sup>3</sup> Informe WHO – AIMS Sobre sistema de Salud Mental en Chile, OMS/OPS Gobierno de Chile Ministerio de Salud 2006

- ✓ Implementación en el país de nuevos dispositivos de atención y reestructuración de otros, ejemplo de ello, era: la existencia de un Hospital de Día en el año 1997 a disponer a la fecha de 40 dispositivos de estas características.
- ✓ Implementación de más de 1000 plazas de hogares protegidos y residencias protegidas en todo el territorio nacional
- ✓ Operación de 21 Unidades de hospitalización psiquiátrica de Corta Estadía principalmente para adultos y en menor proporción de disponibilidad de camas para la población adolescente, incorporadas progresivamente en hospitales generales, con el fin de disminuir las camas de larga estadía en los hospitales psiquiátricos.
- ✓ Existencia en el país de 38 Equipos de Salud Mental Comunitarios, la puesta en marcha de nuevos equipos, como la reorientación de los equipos COSAM hacia una atención de especialidad con enfoque comunitario-ambulatorio.
- ✓ Incorporación en la casi totalidad de consultorios y centros de salud familiar del país, de psicólogos y programas de capacitación en la atención primaria mejorando la atención del equipo de salud de este nivel de resolución.
- ✓ Elaboración de normas, orientaciones técnicas y guías de práctica clínica basadas en evidencia, que apoyen los procesos de atención de los equipos.
- ✓ Creación de la Comisión Nacional de Protección de personas afectadas por Enfermedad Mental en funciones desde el año 2000, conformación de Comisiones Regionales en las regiones de Atacama, Valparaíso, Bio-Bio, Los Lagos, Magallanes, todas actualmente en funciones.
- ✓ Implementación desde el año 2003 de procesos de evaluación de criterios y estándares, de calidad, elaborados para cada uno de los dispositivos que contempla el Plan en la red de servicios asistenciales y residenciales en el ámbito local.

La incorporación de la mejora continua de la calidad en diversos dispositivos de la red de servicios de salud mental, sin duda, ha contribuido en los equipos técnicos al desarrollo de acciones sistematizadas y continuas destinadas a prevenir y/o resolver oportunamente, problemas o situaciones que impidan otorgar el mayor beneficio posible a los usuarios, con acciones de calidad para el mejor cumplimiento de su misión y objetivos.

Todo esto plantea un gran desafío, porque se propone un sistema de gestión con diferencias sustantivas en relación con el enfoque tradicional y a la forma de llevar a cabo y conducir los procesos, como es el enfoque centrado en la satisfacción de las necesidades y expectativas de usuarios y usuarias externos e internos del sistema.

Esto implica, poner énfasis en la calidad de los procesos y resultados, realizar evaluaciones periódicas de las acciones, impulsar la organización y participación de los usuarios y usuarias, sus familias y la comunidad, y una actitud pro activa en los equipos de salud apoyados en la evidencia disponible y consistente con el modelo de atención comunitario/ambulatorio sustentado por el Plan de Salud Mental y Psiquiatría.

En este sentido, el disponer de orientaciones y criterios definidos de administración, gestión y atención que resguarden las mejores prácticas, protege a los usuarios y las usuarias, favorece la práctica de los equipos y optimiza la utilización de los recursos disponibles.

Se reconoce que aún persisten importantes brechas en la atención de los problemas de salud mental de la población infantil y adolescente, tanto promocional como preventivamente, por lo cual, se están realizando acciones tendientes a superar estos déficit, una de ellas es la aten-

---

ción de niños y niñas en la Atención Primaria bajo el Sistema de Protección a la Primera Infancia **Chile Crece Contigo**, cuyo énfasis está en la promoción, prevención y por lo tanto, su focalización principal esta en el desarrollo psicosocial de los niños y las niñas hasta los 6 años. En continuidad y consistente con esto, se ha comenzado a desarrollar el Programa Integral de Salud Mental Infantil y Adolescente en la Atención Primaria.

Asimismo, actualmente dada la reciente puesta en vigencia de la ley 20.084 (2007) de Responsabilidad Penal Juvenil, se ha comenzado la implementación de unidades de hospitalización psiquiátrica de corta estadía dirigida a población adolescente, tanto en Hospitales Generales, como en algunos Centros Privativos de Libertad del Servicio Nacional de Menores (SENAME).

Las unidades de hospitalización psiquiátrica, ubicadas en Hospitales Generales responderán a la hospitalización de adolescentes de población general y a los adolescentes que se encuentren bajo sanción en el medio libre en caso de ser indicada la hospitalización en situaciones clínicas justificadas.



# CAPÍTULO I

## Definiciones y Marco Legal





## 1.- Aspectos Generales de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica

En general, en la atención cerrada, la hospitalización se relaciona con la atención clínica, de cuidados las 24 hrs., a personas que lo requieren para recuperar su nivel de salud. La hospitalización es un servicio compuesto por un conjunto de acciones personalizadas, con la mejor seguridad y calidad disponible a los usuarios y es parte del modelo de atención en red, al que debe acceder una persona que está expuesta a este riesgo en su estado de salud.

Los cuidados comprenden: atención de enfermería, acceso y administración de fármacos, atención de la crisis, acceso a médico de llamada para emergencia, con disponibilidad nocturna de atención médica.

Los servicios entregados en hospitalización incluyen:

- ✓ Evaluación y tratamiento médico
- ✓ Evaluación y tratamiento psiquiátrico
- ✓ Atención psicológica individual, grupal y familiar
- ✓ Terapia farmacológica
- ✓ Intervenciones para Desintoxicación
- ✓ Psicoeducación (individual y familiar)
- ✓ Consejería individual y grupal
- ✓ Atención de enfermería
- ✓ Terapia ocupacional
- ✓ Intervenciones psicosociales
- ✓ Cuidados de 24 horas al día en un ambiente hospitalario
- ✓ Interconsultas necesarias que permitan un abordaje integral como apoyo nutricional, kinésico, de matrona y otras especialidades médicas, en caso que se requieran



La hospitalización psiquiátrica es una atención de alta intensidad entregada en forma oportuna, con criterios y estándares de calidad, que garanticen estabilizar el cuadro clínico, que motivó el ingreso del usuario o de la usuaria.

La atención otorgada debe estar inserta en un flujo de tratamiento general, dado que corresponde a un período determinado de la evolución o presentación de un momento crítico de la enfermedad y requiere de una intervención intensiva, con supervisión y cuidados las 24 horas.

Tiene un carácter intermedio y resolutivo en cuanto a la estabilización de la sintomatología, asociada a la descompensación que genera el ingreso, sin embargo, no da cuenta del tratamiento completo para el trastorno de base, por lo que, al egreso, los usuarios/usuarias deben continuar su atención de salud mental en la red asistencial.

Las Unidades deben contar con servicios de apoyo intrahospitalario para el diagnóstico y tratamiento integral, como servicios de laboratorio, imagenología entre otros, e insumos necesarios para satisfacer las necesidades terapéuticas del usuario/usuaria hospitalizado/a, todo lo cual, debe estar claramente especificado y descrito en los documentos de organización estructural y funcional de la unidad.



Esto implica que para satisfacer integralmente todos los requerimientos de atención de un usuario/usuario, las unidades deben estar preferentemente adosadas a un hospital general tipo 1 o 2, a fin de complementar la atención requerida en las otras dimensiones de la salud del usuario/usuario.

En el caso de las unidades de corta estadía en Centros Privativos de Libertad de Adolescentes, se debe establecer un convenio entre el Servicio Nacional de Menores (SENAME) y el Servicio de Salud correspondiente al territorio del Centro, a fin de disponer del soporte de atención integral de salud para los casos requeridos.

Los recursos humanos que integran estas unidades clínicas, poseen competencias técnicas de especialización en trastornos y enfermedades mentales, diagnóstico, tratamiento, manejo de crisis, así como, en trabajo con familias; enfoque de determinantes sociales de la salud, vulneración de derechos, violencia, consumo problemático de alcohol y drogas, aspectos básicos de legislación, ciclo vital, género e interculturalidad.

Las intervenciones otorgadas se desarrollan en el marco de un enfoque biopsicosocial, que da cuenta de una mirada multidimensional del caso clínico, incorporando la evaluación e intervención personalizada en las distintas dimensiones que dan cuenta de la problemática de ingreso del usuario/a y de los elementos necesarios a intervenir para dar continuidad al proceso terapéutico una vez dado de alta.

La atención en estas Unidades debe incorporar en las acciones clínico-sanitarias tanto, en su programación como, en su ejecución el enfoque de ciclo vital, perfil clínico, realidad socio-cultural, identificando necesidades diferenciadas, las condiciones de vulnerabilidad biopsicosocial, así como, los factores de riesgo y protectores con que cuentan.

Es necesario considerar el contexto familiar y/o de cuidadores y su dinámica, de modo que el sistema familiar/cuidadores se sienta incluido en el tratamiento aprovechando sus recursos internos y/o modificando las pautas de relación problematizadoras.

El enfoque de género debe incorporarse en forma transversal desde el ingreso, la selección y aplicación de las intervenciones terapéuticas, y al egreso de los programas, así como, en los instrumentos de diagnóstico y planificación de la intervención, donde debe ser considerado, al alta, la distribución equitativa de los cuidados del usuario/usuario, evitando que recaiga exclusivamente en la mujer (madre, esposa o hermana, hija).

La atención de los usuarios y usuarias en estas unidades debe considerar el enfoque de ciclo vital y de género, el cual, permite visualizar las necesidades específicas dentro de un continuo, en las etapas propias del desarrollo progresivo, con el fin, de disminuir al mínimo las alteraciones iatrogénicas.

Los niños y niñas menores de 10 años deberán hospitalizarse, cuando sea requerido clínicamente, en unidades de pediatría en los hospitales del país que cuenten con esos servicios.

En el caso de adolescentes mayores de 10 años deberán contar con la atención y cuidados adecuados a la especificidad de la etapa vital de la pubertad y adolescencia, diferenciadas por tramos de edad (10 a 13, 14 a 15, 16 a 19) velando además, por la garantía de sus derechos.

En el caso de población adolescente de alta vulnerabilidad psicosocial del sistema de protección institucional (SENAME) se contemplará el aporte de servicios y programas complementarios otorgados por organismos especializados en materias dependientes del SENAME, para ello, se requiere coordinación del equipo psicosocial del SENAME para la continuidad del vínculo y tratamiento y la mantención de los cuidados post-alta.

En el caso de los jóvenes infractores de ley, con sanción en medio libre y hospitalizados, debe mantenerse coordinación con los programas de rehabilitación de SENAME donde continuará el proceso de rehabilitación de los jóvenes. Esto asegura un mayor soporte a la intervención brindada por el dispositivo, toda vez que casos de alta complejidad por vulneración de derechos o conflicto con la justicia requieren mantener coherencia con las dimensiones de reparación y responsabilización otorgadas por SENAME.

La derivación para el ingreso, la realiza el personal médico de la atención ambulatoria, de urgencia o por requerimientos de otras unidades hospitalarias o por la autoridad sanitaria, con excepción de la Mediana Estadía que la realiza un Comité Evaluador.

Cada unidad de hospitalización, ya sea de corta o mediana estadía, deberá tener identificada su red operacional, esto significa el desarrollo de reuniones de coordinación de los equipos de salud, a fin de revisar los criterios de derivación, consensuar los criterios de ingreso y evaluar los flujos de derivación.

En situación de egreso el usuario o usuaria debe tener asegurada la continuidad de la atención en la red, ya sea, en un Centro de Salud Mental Comunitario/Ambulatorio, Hospital de Día, Residencia Protegida, u otro, considerando siempre la cercanía a su lugar de residencia.

Se debe garantizar post-hospitalización la oportunidad y continuidad de asistencia psicosocial y reparación por las instituciones responsables de este rol (SENAME), para contribuir a la interrupción de graves vulneraciones que acontecen en el curso del desarrollo infantil o adolescente, promover, respetar y proteger los derechos, frente a amenazas, provenientes de acción u omisión de padres o cuidadores a cargo de niños/niñas, adolescentes y adultos con trastornos mentales.

Con el propósito de remarcar algunas especificidades que diferencian estas unidades de hospitalización se describe a continuación los rasgos más generales que presentan, según la naturaleza de la hospitalización y la población que atienden:

### *1.1. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Corta Estadía para personas de 20 años y más*

Se define como un servicio de hospitalización cerrada, integrado a un hospital general, el que cuenta con el uso de otros servicios de apoyo clínico y terapéutico. Cuentan con un máximo de 25 a 30 camas diferenciadas para hombres y mujeres de 20 años y más, donde se otorga atención integral de alta intensidad, a personas con trastorno mental que presentan descompensación del cuadro clínico, con riesgo para sí mismo y terceros, o que requieren procedimientos diagnósticos o de tratamiento que no pueden efectuarse eficazmente en forma ambulatoria, que requieren cuidados de 24 Hrs., con pleno resguardo de sus derechos. La atención se otorga en un período no superior a los 60 días.

### ***1.2. Unidad de hospitalización psiquiátrica de corta estadía para adolescentes en hospital general (población general de adolescentes, más adolescentes infractores de ley [20.084] con sanciones en medio libre)***

Se define como un servicio de hospitalización cerrada, integrado a un hospital general, el cual, se beneficia con el uso de otros servicios de apoyo clínico y terapéutico, donde se otorga atención integral de alta intensidad a adolescentes hombres y mujeres entre 10 y 19 años, para la estabilización del cuadro clínico, con cuidados de 24 Hrs. e intervenciones psicoterapéuticas, necesarias para la reintegración, lo más pronto posible, al medio familiar y social.

Cuentan con un máximo de 20 camas diferenciadas, por sexo y tramos de edad (10 a 13, 14 a 15, 16 a 19), con recursos humanos calificados en la atención de niños, niñas y adolescentes, que garanticen el pleno respeto de sus derechos. Esta atención se otorga en un tiempo no superior a los 60 días.

Excepcionalmente, estas unidades podrán hospitalizar adolescentes menores de 10 años con cuadros psiquiátricos graves descompensados que no puedan ser manejados o no estén dadas las condiciones de seguridad y protección en servicios de pediatría general.

En casos excepcionales, también estas unidades podrán prolongar hospitalizaciones para adolescentes hombres y mujeres mayores de 10 hasta 19 años, con trastorno mental y conductual severo, cuya condición clínica, evolución de la enfermedad, discapacidad, alta vulnerabilidad psicosocial, daño severo y/o refractariedad a tratamientos farmacológicos, hacen necesario que se prolongue su periodo de hospitalización.

Estas unidades deben ingresar a los adolescentes provenientes del sistema judicial que se encuentran cumpliendo sanción en medio libre y que requieran hospitalización psiquiátrica, por la descompensación de su cuadro clínico.

### ***1.3. Unidad de Hospitalización de Corta Estadía Adolescente en Centros Privativos de Libertad***

Es un servicio de hospitalización cerrada, ubicado en un centro privativo de libertad administrado por el Servicio Nacional de Menores (SENAME), donde se otorga atención clínica de especialidad psiquiátrica a adolescentes infractores de ley, hombres y mujeres mayores de 14 años hasta 18 años, por un tiempo no superior a los 60 días. La Unidad cuenta con un máximo de 12 camas.

Es una unidad clínica para la estabilización de adolescentes con trastorno mental severo, con descompensación de su cuadro clínico, incluyendo el síndrome de abstinencia a sustancias. Dada la condición clínica que presentan estos /estas adolescentes, no es posible su abordaje terapéutico ambulatorio, requiriendo observación, atención médica y cuidados especiales de alta intensidad las 24 horas del día.

Si al cabo del tiempo estipulado el adolescente sigue presentando indicadores clínicos-psiquiátricos de descompensación (condición clínica, evolución de la enfermedad, discapacidad y/o refractariedad a tratamientos farmacológicos) sólo en estos casos su hospitalización se puede prolongar previa autorización de la autoridad sanitaria correspondiente.

Estas Unidades dependen técnicamente del Servicio de Salud, y para la atención de adolescentes con trastorno mental y/o consumo problemático de alcohol y drogas, debe considerarse también el convenio MINSAL-CONACE-SENAME-FONASA<sup>4</sup>.

El Servicio de Salud es responsable de la selección, contratación, inducción, instalación y permanencia del recurso humano en las Unidades. Por otro lado, el Servicio Nacional de Menores, provee la infraestructura, equipamiento e insumos técnicos necesarios para su operación. Asimismo, debe resguardar su funcionamiento y velar por el acceso a los otros servicios clínicos estableciendo los convenios que sean pertinentes.

Las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI), otorgarán la autorización sanitaria<sup>5</sup> respectiva, toda vez, que se cumplen los estándares sanitarios y de calidad que brinden la seguridad requerida a la población usuaria definida, esto es en: Recursos humanos y competencias técnicas, infraestructura, y fiscalizará periódicamente el cumplimiento de los estándares clínicos-sanitarios requeridos para tal efecto.

El equipo clínico debe trabajar en estrecha y permanente complementariedad y coordinación con los equipos socioeducativos de SENAME y los equipos de salud mental y drogas<sup>6</sup> del Centro Privativo de Libertad. Asimismo, con la red asistencial de salud al egreso del/la adolescente (Centro de Salud, consultorio, hospital, el Centro de Salud Mental Comunitario/Ambulatorio, hospital de día u otro dispositivo, más cercano a su domicilio) ya sea para la derivación, abordaje terapéutico de tal manera que asegura la continuidad de la atención.

El recurso humano de la Unidad debe tener, experiencia y competencias en psiquiatría y salud mental de preferencia en adolescencia, en perfiles psicosociales complejos por vulneración de derechos, en manejo del consumo problemático de alcohol y drogas,<sup>7</sup> en aspectos legales en adolescencia, y los necesarios para la implementación de un trabajo interdisciplinario con enfoque de género y de derechos.

#### *1.4. Unidad de Hospitalización de Mediana Estadía para Población General, de 20 años y más*

Se define como un servicio de hospitalización cerrada de alta complejidad, con un número no superior a 20 camas, que brinda atención a hombres y mujeres de 20 años y más, cuya condición clínica, evolución de la enfermedad, discapacidad y perfil psicosocial con daño severo, requiere una hospitalización superior a dos meses posterior a la hospitalización de Corta Estadía y hasta 12 meses, con programas de tratamiento y rehabilitación integrales, orientados a la estabilidad del cuadro clínico, la inserción familiar y social.

<sup>4</sup> Convenio SENAME-CONACE-MINSAL y sus anexos respetivos

<sup>5</sup> Pauta de requisitos mínimos de autorización sanitaria para hospitalización de corta estadía en Centros Privativos de Libertad Minsal 2007

<sup>6</sup> Norma Técnica N° 85 Tratamiento Integral de Adolescentes Infractores de Ley con Consumo Problemático de Alcohol – Drogas y Otros Trastornos de Salud Mental. Resolución exenta N° 391, 3 de abril 2006, Ministerio de Salud Chile, Subsecretaría de Salud Pública, División de Control y Prevención de Enfermedades. Departamento de Salud Mental.

<sup>7</sup> Orientaciones Técnicas Atención de niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales usuarios del Servicio Nacional de Menores, MINSAL, SENAME, CONACE 2007

En general, los usuarios y usuarias que son derivados a estas Unidades de hospitalización, han tenido 2 o más hospitalizaciones en unidades de hospitalización de corta estadía en el último año, con atención y seguimiento por equipos ambulatorios en la red de atención, sin la evolución clínica esperada y con factores individuales familiares y sociales que están influyendo negativamente en la evolución del cuadro.

Estas Unidades, pueden estar ubicadas fuera de un Hospital, con el fin de favorecer el proceso de rehabilitación y la integración comunitaria. En tal caso, debe estar plenamente asegurado el acceso a todos los servicios de apoyo hospitalario requeridos y necesarios para la seguridad de la atención y la óptima calidad de ésta.

### ***1.5. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Mediana Estadía Adolescentes***

Es una Unidad de Hospitalización cerrada de alta complejidad, con un número de plazas no superior de 12, diferenciadas por sexo y tramo de edad (10 a 13, 14 a 15, 16 a 19), para adolescentes hombres y mujeres entre 10 y 19 años, con trastorno mental y conductual severo, y que cuya condición clínica, evolución de la enfermedad, discapacidad, perfil psicosocial severo y refractariedad a tratamientos farmacológicos, hacen necesario que se prolongue su período de estada, posterior a la hospitalización de Corta Estadía, hasta doce meses.

La hospitalización psiquiátrica de mediana estadía para adolescentes en conflicto con la justicia e inimputables por causa mental, podrá extender su periodo de hospitalización hasta 24 meses <sup>8</sup>

La prolongación de la hospitalización apunta a brindar independencia, autonomía y favorecer la adherencia, el desarrollo de las habilidades cognitivas y emocionales que le permitan insertarse nuevamente en la comunidad sobre la base de cuidados especiales y alta protección para satisfacer las necesidades de contención y apoyo terapéutico integral.

Dadas las pérdidas o disminución de las habilidades funcionales, sociales, relacionales, producto de la evolución de la enfermedad y por el grado de daño biopsicosocial, estos adolescentes, requieren de programas de rehabilitación más prolongados y de mayor complejidad.

## **2.- Perfil clínico y psicosocial de los usuarios y las usuarias**

### ***2.1.- Usuaris/Usuarios Adultos y Adolescentes en Unidades de Hospitalización de Corta Estadía***

El perfil biopsicosocial de adolescentes y adultos en unidades de hospitalización psiquiátrica de corta estadía, presenta características que deben ser diferenciadas por la etapa del ciclo vital, género, vulneración psicosocial y de derechos e interculturalidad que corresponda. A saber, estos usuarios y estas usuarias, presentan una descompensación severa de un trastorno mental, con riesgo vital de auto o hetero agresión, control disminuido de impulsos, y pueden

<sup>8</sup> Orientaciones Técnicas Atención de Niños, Niñas y Adolescentes con Trastornos Mentales, Usuarios del Servicio Nacional de Menores, MINSAL SENAME CONACE 2007

no tener apoyo suficiente por parte de su familia, lo cual, hace necesario el abordaje terapéutico en condiciones de protección, tanto para la propia persona afectada, como para terceros.

Debido a la intensidad y características de su condición de riesgo y de los síntomas de la enfermedad mental, muestran incapacidad de cuidarse a sí mismos, en este momento de su enfermedad, y requieren evaluaciones diagnósticas o tratamientos que no pueden administrarse con eficacia en forma ambulatoria.

### ***2.2. Usuaris/usuarios adultos de Unidades de Hospitalización de Mediana Estadía***

El perfil de los usuarios/as corresponde a hombres y mujeres mayores de 20 años, con esquizofrenia, psicosis orgánicas, trastornos delirantes, psicosis en trastornos del desarrollo, trastornos afectivos, patología dual, cuya evolución es de carácter tórpido, refractarios a tratamiento farmacológicos y psicosociales. La evolución del trastorno se da con persistencia de la sintomatología o con recurrencia de episodios frecuentes de sintomatología severa, con alto sufrimiento y discapacidad y sin red o insuficiente red de apoyo que permita tratamientos comunitarios de mayor complejidad. Los usuarios/as han tenido dos o más hospitalizaciones de corta estadía en el último año, sin el resultado de evolución clínica esperado.

### ***2.3 Usuarios/usuarios Adolescentes de Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Mediana Estadía***

Los usuarios/as de estas Unidades presentan trastornos mentales severos, con alto grado de complejidad en las áreas conductual y emocional. Estos y estas adolescentes pueden presentar vulneración de derechos y severo daño psicosocial, en muchas oportunidades desde temprana edad, lo que ha desencadenado el desarrollo de, manifestaciones complejas de trastornos mentales, los cuales se presentan entremezclados, de tal manera que, hace muy difícil su caracterización y manejos clínicos y sociales.

En los adolescentes que provienen del SENAME, su condición de institucionalización, si bien, no condiciona necesariamente una psicopatología, los deja mayormente vulnerables a desarrollar una enfermedad mental, a afectar su desarrollo intelectual y físico, y a presentar problemas conductuales, alterando gravemente las relaciones consigo mismo y su entorno.

Diversos estudios concluyen que los principales efectos de la institucionalización en ellos, son: un bajo nivel de liderazgo, bajo grado de desarrollo de empatía, bajo grado de desarrollo de la capacidad de resolución no violenta de conflictos y baja asertividad. (Mettifogo et al, 1997).

Las complejas características que presenta este tipo de población requiere que las estrategias implementadas incorporen el desarrollo de modelos de intervención reparatorios y/o de responsabilización según corresponda, y en coordinación con la institución responsable pero también, que consideren en la intervención sus características evolutivas y vulnerabilidad social, con la finalidad de apoyarlos en su proceso de reinserción a la comunidad, restituir sus derechos como ciudadanos(as), y ofrecerles oportunidades para un desarrollo integral y pro-social.

### 3.- Reglamentación General y específica de la Hospitalización de Personas con Trastorno Mental y/o Discapacidad Psíquica

Las siguientes son las normativas que regulan el funcionamiento de las Unidades de Hospitalización de las que trata este documento:

1. Reglamento Para la Internación de las Personas con Enfermedades Mentales y sobre los Establecimientos que la Proporcionan. (aprobado por Decreto supremo. N° 570 del 28 de agosto de 1998, publicado en el Diario Oficial del 14 de julio del 2000) Ministerio de Salud.
2. Norma Técnica: "Medidas de Contención para personas con Enfermedad Mental en Episodio de Agitación Psicomotora" Ministerio de Salud, División de Rectoría y Regulación Sanitaria, Departamento de Salud de las Personas, Unidad de Salud Mental, Julio 2003. Aprobada por Resolución Exenta N° 984, 17 septiembre 2003.
3. Norma Técnica N° 85 Tratamiento Integral de Adolescentes Infractores de Ley con Consumo Problemático de Alcohol – Drogas y Otros Trastornos de Salud Mental. Resolución exenta N° 391, 3 de abril 2006, Ministerio de Salud Chile, Subsecretaría de Salud Pública, División de Control y prevención de enfermedades. Departamento de Salud Mental.
4. Pauta general de requisitos de Autorización Sanitaria para establecimientos de salud de atención cerrada. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Departamento de Calidad en Salud, Unidad de Autorización Sanitaria, 30 abril 2007.
5. Pauta de requisitos Autorización Sanitaria para Establecimientos que efectúan Hospitalización Psiquiátrica de corta estadía a población Adolescente en Centros Privativos de Libertad.
6. Pauta de Requisitos Autorización Sanitaria para hospitalización psiquiátrica de corta y mediana estadía. Documento para revisión. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Departamento de Calidad en Salud, Unidad de Autorización Sanitaria, Julio 2007.
7. Circular A15/ N° 13 5 julio 2007. Instruye sobre Internación no Voluntaria de Personas afectadas por Enfermedades Mentales
8. Orientaciones para la Atención de Población Infantil y Adolescente con Trastornos Mentales, usuarios del Servicio Nacional de Menores (SENAME). Junio 2007. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades. Departamento de Salud Mental.
9. Guías Clínicas GES: Depresión, Esquizofrenia y Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años. Serie de Guías Clínicas Ministerio de Salud, Chile.
10. Orientaciones Técnicas para el funcionamiento de los Centros de Internación provisoria en conformidad a la Ley N° 20.084. Aprobado por Resolución Exenta N° 0187B, 16 de mayo 2007. SENAME
11. Ley N° 20.084 que establece un Sistema de Responsabilidad de los Adolescentes por Infracciones a la Ley Penal, Promulgada el 28-11-2005, publicada el 07-12-2005.
12. Reglamento de la Ley N° 20.084 que establece un Sistema de Responsabilidad de los Adolescentes por Infracciones a la Ley Penal. Ministerio de Justicia.

13. Orientaciones Técnicas. Tratamiento del Consumo problemático de alcohol y drogas y otros trastornos de Salud Mental en adolescentes infractores de Ley. CONACE, SENAME, MINSAL.
14. Convenio de Colaboración entre Ministerio del Interior, Ministerio de Salud, FONASA, SENAME, para la continuidad de implementación de un programa de tratamiento integral de adolescentes infractores de ley con consumo problemático de drogas y otros trastornos de salud mental.

#### Marco jurídico Internacional

- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Recomendación sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental (1999)
- Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (1993)
- Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. OMS (2007)
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) Organización de Naciones Unidas (1976)







## **CAPÍTULO II**

Aspectos Generales para la implementación  
de Unidades de Hospitalización Psiquiátrica



## 1. Coeficientes técnicos<sup>9</sup> y Estándares definidos para Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Corta y Mediana Estadía, según población beneficiaria<sup>10</sup>

La Red Asistencial del país debe orientar su desarrollo para contar con unidades de hospitalización psiquiátrica de corta o mediana estadía en el área territorial tanto para adultos como para adolescentes, algunos coeficientes a considerar para su implementación son:

- ✓ Se estima que para hospitalización de corta estadía adulto el estándar es 1 cama por cada 5.000 a 7.000 adultos beneficiarios mayores de 20 años.
- ✓ Se estima que para la hospitalización Psiquiátrica de corta estadía adolescente beneficiarios entre 10 y 19 años, el estándar es 1 cama por cada 10.000 adolescentes.
- ✓ Se estima que para la hospitalización de mediana estadía adulto, el estándar es 1 cama por cada 25.000 adultos beneficiarios mayores de 20 años.
- ✓ Para mediana estadía adolescente de alta complejidad se estima que el país debería implementar una o dos unidades de referencia nacional y evaluar posteriormente las necesidades de este tipo de unidades en el país.

Si bien, se han definido coeficientes técnicos, estos deben ser considerados sólo referenciales, por lo cual, se sugiere realizar estudios y análisis retrospectivos y/o prospectivos que permitan acercar los estándares y coeficientes a las realidades locales, es decir, deben ser aplicados con flexibilidad y ser relacionados con los criterios y las características demográficas y epidemiológicas locales, de recursos financieros disponibles y de oferta de recursos humanos especializados.

Los estándares anteriormente definidos, deben ser considerados como criterios para ampliar la oferta de servicios y el nivel de desarrollo de la Red Asistencial General y de Salud Mental, donde los gestores deberán además en su planificación considerar por ejemplo, entre otra información: número de plazas hospital de día; razón de equipos de Salud Mental Comunitarios versus población beneficiaria, nivel de competencias de los equipos de salud mental,

Deben existir criterios de ordenamiento de la red a nivel territorial, con criterios o mecanismos de derivación dentro de ella. En general, predomina un concepto de solidaridad territorial.

La responsabilidad del traslado de las personas, es del servicio que deriva tanto, en lo correspondiente al ingreso del usuario/usuario como, al egreso para lo cual, deben mantenerse coordinaciones expeditas con los Servicios de Salud de origen en el caso de los usuarios/usuario que deben ingresarse a cortas estadías fuera del territorio correspondiente.

En el caso de corresponder a adolescentes derivados desde SENAME, este Servicio debe coordinar el rol de apoyo y seguimiento al interior de su red, articulando el soporte programático requerido a fin de asegurar la complementariedad de la intervención, sea en el ámbito de protección o de infracción de ley.

<sup>9</sup> Guía Planificación y Diseño Unidades Hospitalización Corta Estadía Ministerio de Salud 1999

<sup>10</sup> Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2000 MINSAL

## 2.- Requisitos generales de la planta física

### 2.1.- De la ubicación

La ubicación de estas unidades determina que sean servicios clínicos dentro de un sistema de organización estructural y funcional hospitalario definido. Esta situación garantiza el acceso a todos los servicios de apoyo (otras especialidades, imagenología, laboratorio etc.) que requieren para su adecuado funcionamiento.

Tanto, su funcionamiento administrativo, como técnico deberá regirse por los mismos procedimientos de gestión del establecimiento en el que se inserta. Un aspecto de esto se relaciona con la ficha clínica, la que debe constituir un instrumento único de atención, con todos los resguardos legales de seguridad, privacidad y confidencialidad estipulados. En el caso de las atenciones en salud mental la confidencialidad es especialmente relevante, desde el punto de vista del resguardo de los derechos del usuario o usuaria, por cuanto, contiene importante información de la vida personal y social de las personas y por el manejo prejuiciado y estigmatizador con que puede ser usada la información diagnóstica psiquiátrica.

Las unidades de hospitalización psiquiátrica para la atención de adolescentes en situación de privación de libertad, ubicadas al interior de los Centros Privativos de Libertad, son responsabilidad en su administración del Servicio Nacional de Menores, dependen técnicamente del Servicio de Salud respectivo, y tienen características de infraestructura específicas que se encuentran en la Pauta de Autorización Sanitaria.

### 2.2.- De la estructura física<sup>11</sup>

En el caso de usuarios con enfermedad mental, la planta física adquiere especial relevancia, por cuanto, el concepto de cama hospitalaria es distinta respecto a la hospitalización de una persona con un cuadro médico quirúrgico.

En las Unidades de Corta Estadía (UHCE), los usuarios y las usuarias están en condiciones de deambular, y realizar diversas actividades terapéuticas y de uso del tiempo para conectarse con el mundo exterior, todo lo cual, es necesario para su proceso de tratamiento y debe reflejarse en espacios apropiados en la planta física. (Sala de estar y recepción de visitas, sala multiuso, patio o espacio exterior, dispositivos para guardar efectos personales por ejemplo.)

En las Unidades de Mediana Estadía (UHME), la planta física, dado el período de permanencia más prolongada, así como, por la complejidad clínica del cuadro, este aspecto es más significativo aún. Se debe considerar espacios similares a lo de un hogar, pero con mayor amplitud de modo de permitir la participación de usuarios en ellos (cocina, comedor, estar, sala multiuso, dispositivos para guardar pertenencias personales, acceso a mecanismos de comunicación con el exterior, a saber teléfono, periódicos, televisión entre otro equipamiento)

<sup>11</sup> Guía Planificación y Diseño Unidades Hospitalización Corta Estadía Ministerio de Salud 1999 Ver además Pauta de Autorización Sanitaria en Anexo.

Para ambas unidades, la estructura al menos debe ofrecer:

- ✓ Condiciones que propicien la circulación de las personas hospitalizadas (salas multiuso, acceso a patios interiores y/o jardines, otros)
- ✓ Espacios para una comunicación informal entre usuarios y familiares o visitas
- ✓ Condiciones de evacuación de acuerdo a normas de seguridad preestablecidas
- ✓ Ambiente tranquilizador, que facilite el desarrollo de actividades de interacción entre lo psicosocial y lo biomédico
- ✓ Espacios que permitan procedimientos clínicos y terapéuticos seguros, resguarden la privacidad del usuario/a dada la vulnerabilidad a la que están expuesta por su situación de ingreso.

Lo anterior contribuye a:

- ✓ No estigmatizar al usuario/usuario, pues se trata de un servicio más, que ofrece el hospital a su población beneficiaria.
- ✓ Facilitar una mejor interacción de personas con enfermedad mental con personal del hospital.
- ✓ Mostrar a la familia que se trata de un problema médico.
- ✓ Facilitar la interacción y acceso al resto de los servicios clínicos, a los servicios de apoyo técnico y de abastecimiento.

Dado que, la gran mayoría de las actividades se realizan en espacios de encuentros comunes, con excepción en situaciones de crisis, en las que se requieren espacios de mayor privacidad, protección y acompañamiento, los usuarios en general, permanecen en cama sólo durante la noche y durante el día se desplazan por los distintos recintos de la unidad y exteriores, si están en condiciones de ello.

### *2.3.- Características de las habitaciones*

Tanto en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Corta Estadía como de Mediana Estadía, los dormitorios deben reunir las siguientes condiciones:

- ✓ Tienen máximo hasta 4 camas cada uno, preferentemente se recomiendan dos.
- ✓ Las paredes y cielos rasos deben ser en colores pasteles y con adecuada luz natural.
- ✓ Todos los espacios tienen dimensiones apropiadas y acordes a la cantidad de camas (módulos) de hospitalización.
- ✓ Las ventanas de los recintos son de vidrios inastillables.
- ✓ Deben diferenciarse espacios para mujeres y hombres. Las camas deben tener un espacio no inferior a un metro lineal entre cada una de ellas, habilitados con clóset para uso privado de los usuarios.
- ✓ No es recomendable limitar el uso de los dormitorios o los espacios de estar durante el día, pues se pueden emplear también para actividades terapéuticas o para requerimiento del usuario/usuario dada su estado de ánimo o efectos secundarios del tratamiento, importante de considerar en las Unidades de Mediana Estadía.
- ✓ Debe existir, al menos una sala de cuidados especiales donde se efectúan acciones ante episodios críticos (auto, hetero agresión, reacciones adversas a fármacos que requieren cuidados especiales) manteniendo privacidad del usuario/a y resguardando un clima de tranquilidad y seguridad al interior de estas Unidades.

- ✓ En esta sala el equipo debe mantener contacto visual permanente con el usuario o la usuaria a través de vidrio templado irrompible, y debe estar ubicada próxima a la estación de enfermería

#### 2.4.- Características de los recintos

- ✓ Estación de enfermería, para administración de tratamientos farmacológicos, curaciones, cirugía menor y primeros auxilios. Con áreas sucia y limpia diferenciadas y señalizadas adecuadamente. Debe estar ubicada de modo que posibilite una completa visualización al sector de dormitorios
- ✓ Salas de reuniones y estar para el equipo.
- ✓ Box de atención individual equipado, para evaluaciones e intervenciones clínicas y psicoterapéuticas individuales.
- ✓ Sala Multipropósito/Comedor. Estos espacios indiferenciados de uso colectivo de usuarios hombres y mujeres, es también terapéutico y favorecen la comunicación y contacto con la realidad
- ✓ No se deben usar cámaras de video, dado que el contacto personal directo de los miembros del equipo con los usuarios y las usuarias, en personas con enfermedad mental es esencialmente parte del apoyo terapéutico y por lo tanto, adquiere particular importancia. En el caso de las UHCE en Centro Privativo de Libertad cuentan con cámara de video en los pasillos
- ✓ Sala de Estar que asegure condiciones de privacidad y confidencialidad y la comunicación con familiares y amigos
- ✓ Espacio para repostero o cocina para calentar comidas
- ✓ Baños para usuarios diferenciados por sexo.
- ✓ Área verde o patio que permita desarrollar actividades al aire libre.

La planta física cuenta además con los siguientes recintos:

- ✓ Espacio admisión y sala de espera
- ✓ Sala de cuidados especiales
- ✓ Espacio para almacenamiento de ropa y lencería

### 3.- Del equipamiento y medidas de protección

A continuación se detallan aspectos básicos que deben estar presentes en la implementación

- ✓ Acceso a material informativo (derechos del usuario/a; sobre su enfermedad, sobre alimentación sana, sobre sexualidad prevención del SIDA, prevención de riesgos del consumo del tabaco, procedimientos de evacuación en situaciones de emergencia,
- ✓ Acceso a TV, radio, equipo de música, periódicos, juegos de salón, libros, implementos para actividad física.
- ✓ Acceso a ducha caliente las 24 horas. De uso diferenciado para hombres y mujeres Con medidas de seguridad recomendadas para estas Unidades <sup>12</sup>

<sup>12</sup> Guía de Planificación y Diseño Minsal 1999

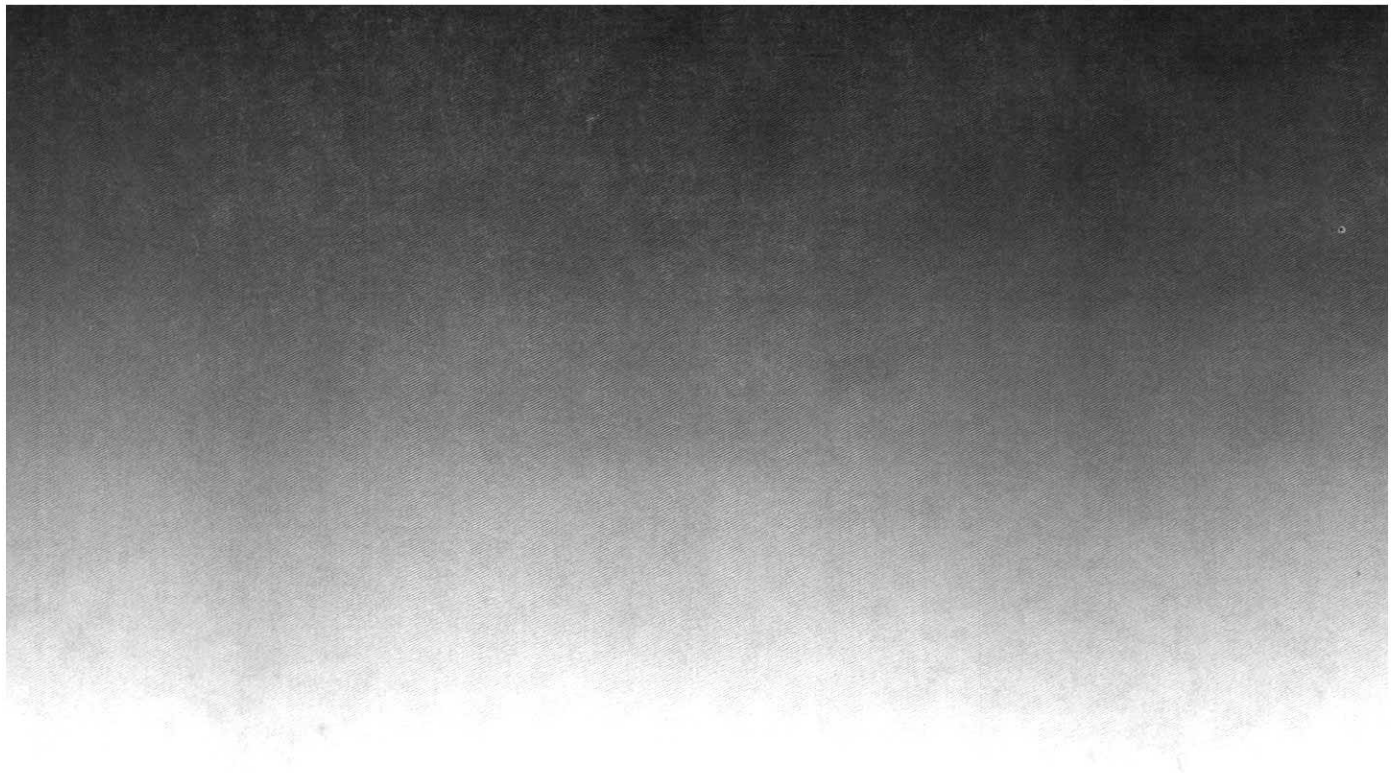
- ✓ Los Baños pueden ser de uso indiferenciado hombre mujeres <sup>13</sup>
- ✓ Las ventanas de recintos ubicados en segundo piso o superiores disponen de elementos de protección que eviten caídas accidentales (barandas, antepechos, etc.)
- ✓ Los cierres de puertas de dormitorios y baños de los usuarios tienen un sistema que permita accionar su apertura por el personal de turno desde el exterior en caso de emergencia
- ✓ Los dormitorios y baños de los usuarios están libres de elementos que puedan ser usados para auto o hetero agresión
- ✓ Todos los productos que puedan constituir peligro (medicamentos, material clínico desechable, vidrios, productos limpieza, otros) se almacenan en armarios con llave, fuera del alcance de los usuarios/as
- ✓ El usuario/a debe tener acceso a comunicación con sus familia y amigos (teléfono)
- ✓ La Unidad debe disponer de sistema de información expedito y eficiente. (redes de computación, teléfono citófonos, fax, etc.). Es necesario que el sistema de información sea planificado en relación al total del hospital y además a la red regional de establecimientos que prestan atención de salud mental, considerando el tipo y volumen de información a procesar, así como los soportes, tecnológicos más apropiados para ello.
- ✓ La unidad debe tener equipamiento contra incendios y el personal debe estar capacitado para estas emergencias.
- ✓ El equipo debe contar con capacitación y efectuar ensayos periódicos de procedimientos de evacuación en situaciones de emergencia
- ✓ En el caso específico de Unidades de Hospitalización corta estadia en Centros Privativos de Libertad debe incorporarse a los planes de emergencia existentes en los respectivos centros, y contar con elementos de seguridad especiales, como botones de pánico, cámaras de vigilancia en pasillos.

---

<sup>13</sup> Idem







# **CAPÍTULO III**

## Estructura y Organización



## 1. Las Unidades de Hospitalización en el contexto del Plan Nacional de Salud Mental

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (2001) plantea un nuevo modelo de atención, el cual, es subsidiario del Modelo Integral de Atención en Salud que se está implementando en el país como parte de la Reforma del Sector.

El principal eje orientador del modelo es el compromiso con la salud mental de las personas, familias y comunidades, y su meta fundamental es lograr equidad en el acceso y oportunidad de la atención, eliminando las barreras que prevalecen, producto de factores económicos, socioculturales, ambientales, de género, edad y geográficos.

El desarrollo del Modelo de Atención permite que el conjunto de recursos asistenciales disponibles, públicos y privados, aborde en forma coordinada, integrada y efectiva los problemas de salud mental y enfermedades mentales de la población existente en el área geográfica asignada, privilegiando las estrategias comunitarias y participativas, y considerando las realidades y necesidades diferenciadas por género y grupo sociocultural.

El Modelo, pone el énfasis en la promoción de la salud mental y la prevención de las enfermedades mentales, y en el momento en que éstas aparezcan, se valora la atención de la persona afectada, respondiendo a las necesidades derivadas de las manifestaciones biopsicosociales en forma oportuna, mediante intervenciones costo efectivas, velando por la equidad, el fácil acceso y la continuidad de la atención.

Todos los dispositivos componentes de la red de servicios de salud mental y psiquiatría de un territorio, deben estar alineados con la red asistencial general y su propósito es el abordaje integral de la totalidad de los problemas de salud de los usuarios y usuarias, incluidos los derivados del consumo de alcohol y otras drogas, violencia, depresión y otros.

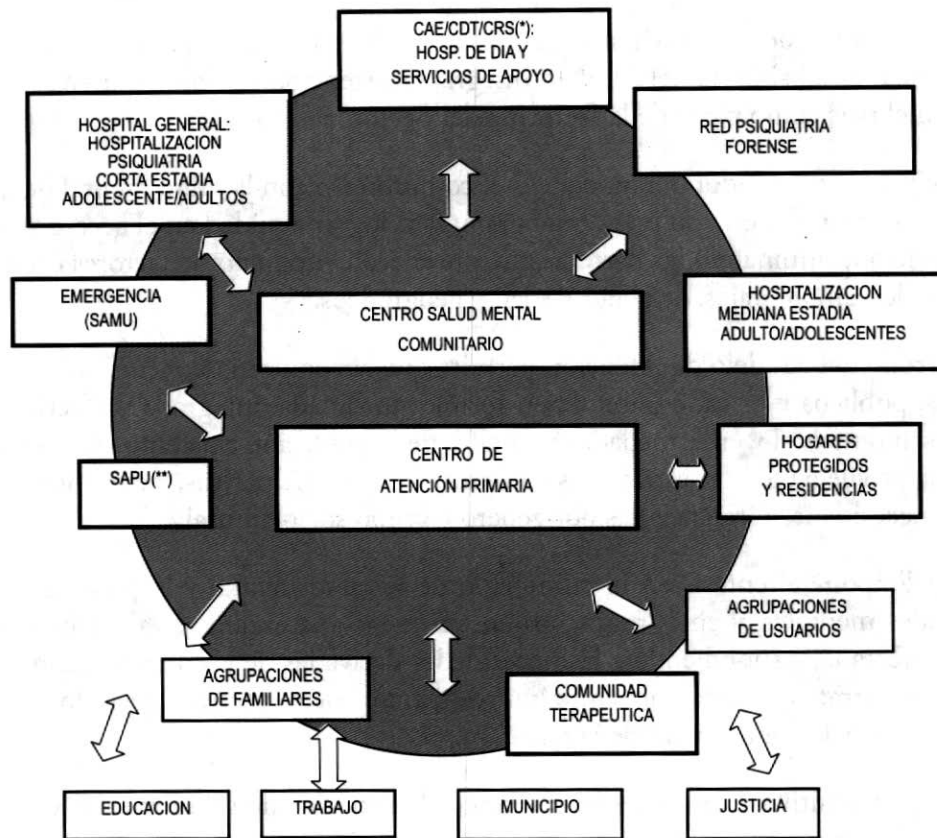
Los servicios de hospitalización psiquiátrica de corta estadía, así como, los de mediana estadía y aquellos que se ubican en el contexto de la psiquiatría forense, forman parte de la red asistencial general y no pueden responder de manera integral y efectiva si no se ubican en un territorio, como parte de la red terapéutica de salud mental ambulatoria y comunitaria al servicio de las necesidades de los usuarios y las usuarias de ella en momentos de crisis y asegurando la continuidad de la atención de los usuarios, tal cual se expresa en la figura 1.

Las problemáticas de Salud Mental requieren no sólo de una red que incluya todos los niveles de atención sanitaria, sino también, una fuerte articulación con la oferta comunitaria que brindan organismos especializados en educación, trabajo, Justicia y sobre todo en defensa de los derechos vulnerados.

Tanto los adultos con enfermedades mentales, como también los niños o niñas con patologías psiquiátricas y combinadas con vulneración de derechos son un grupo de alto riesgo. Su atención requiere de una red de asistencial, sanitaria educativa, laboral y social que se oriente tanto, a la recuperación, protección, como a la prevención de posteriores vulneraciones, todo lo cual, favorece la evolución positiva de su enfermedad o trastorno mental.



FIG. 1. MODELO GENERAL PARA LA RED DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA



(\*) CAE: Consultorio Adosado de Especialidades  
 CDT: Centro de Diagnóstico y Tratamiento  
 CRS: Centro de Referencia de Salud  
 (\*\*) SAPU: Servicio de atención primaria de urgencia

## 2.- Las Unidades de Hospitalización en el contexto de la Red Asistencial

La primera consideración que hay que hacer para definir su organización, es que forman parte de un sistema interrelacionado de servicios sanitarios que otorgan servicios de tipo cerrados (hospitalizaciones) y ambulatorios y residenciales, destinados al cuidado del usuario/a y que se encuentra articulado a una red de atención (Nivel primario, secundario y terciario). En la figura 1 se grafica la articulación y coordinación que deben desplegar los gestores y sus referentes locales entre cada instancia de atención de los usuarios de la red.

La red de salud mental y psiquiatría pública tiene bajo su responsabilidad la atención de los usuarios de la ley 18.469, las emergencias y las atenciones convenidas para los afiliados al sistema ISAPRE y a toda la población en las acciones de salud pública, y se organiza sectorizadamente dependiendo de la disponibilidad de los recursos, financieros, materiales, humanos y de las realidades epidemiológicas particulares.

La organización funcional de las unidades de hospitalización psiquiátrica, sean de corta o mediana estadía, siguen las orientaciones generales dadas por la dirección de la unidad hospitalaria de la cual forma parte, la que a su vez, es regulada por las normativas que rigen el funcionamiento del Estado, y en lo que se refiere a hospitalización psiquiátrica, por el

## **Reglamento N° 570 para la Internación de las Personas con Enfermedades Mentales y sobre los Establecimientos que la Proporcionan<sup>14</sup>**

No obstante lo anterior, deben darse las facilidades y flexibilidades necesarias para la gestión, en coherencia con la realidad regional y territorial, sin contravenir el marco general regulatorio, sino, por el contrario, enriqueciéndolo con estrategias más costo-efectivas en el uso de los recursos, para mejorar la satisfacción de los usuarios y así responder a sus necesidades y expectativas sanitarias, tal es el caso, de las recomendaciones dadas por los modelos o sistemas de gestión de la calidad y los procesos de mejoramiento continuo de la calidad de la atención, que contribuyen a optimizar el desempeño organizacional.

Las Unidades de hospitalización psiquiátrica de corta y mediana estadía, se relacionan, con las unidades de la red de atención ambulatoria disponibles de acuerdo a las realidades geográficas y territoriales particulares como son:

- ✓ Los Centros de Salud ( Consultorios, CESFAM, SAPU)
- ✓ Centros de Salud Mental Ambulatorio /Comunitario,
- ✓ Hospitales de Día,
- ✓ Instancias de organización comunitaria;
- ✓ Unidades intrahospitalarias (servicios medico – quirúrgicos. y urgencias)
- ✓ Los servicios residenciales (Hogares y Residencias protegidas)

Esta red sanitaria se hace extensible también a redes de otros sectores y a ofertas comunitarias, sobre todo en casos de unidades de mediana estadía en donde, tanto adolescentes, como adultos se conectan con ofertas en educación, trabajo, servicio social y de derechos.

Todo lo cual, corresponde a un área o territorio geográfico determinado, bajo la responsabilidad de un Servicio de Salud, al cual, se le ha asignado la atención de los problemas sanitarios de la población a cargo.

En consecuencia, un servicio de hospitalización cerrada, es parte de un momento de la atención del usuario/usuario, dado que éstos están vinculados a un sistema de atención, ya sea en su consultorio, centro de salud familiar u otro centro asistencial ambulatorio o bien con el Centro de Salud Mental Ambulatorio/Comunitario de nivel secundario, de acuerdo a su realidad geográfica y territorial.

Las Unidades están coordinadas, articuladas e integradas con el resto de los establecimientos de la red asistencial general y de salud mental, a través de un sistema de referencia y contra-referencia de usuarios, que debe explicitarse en un documento formal conocido y utilizado por todos los equipos responsables de la atención, que defina:

- ✓ Establecimientos de la red sanitaria, otras organizaciones e instituciones no sanitarias
- ✓ Criterios de Egreso
- ✓ Criterios de Ingreso

<sup>14</sup> [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl) Reglamento Para la Internación de las Personas con Enfermedades Mentales y sobre los Establecimientos que la Proporcionan. (aprobado por Decreto supremo. N° 570 del 28 de agosto de 1998, publicado en el Diario Oficial del 14 de julio del 2000). Ministerio de Salud

- ✓ Mecanismos administrativos de ingreso
- ✓ Gestión de la ínter consulta
- ✓ Estado y seguimiento de ínter consulta (horas dadas, rechazos, lista de espera, asignación de horas, etc.)

### **3.- Principales relaciones funcionales de estas unidades con servicios o unidades intra-hospitalarias**

Las Unidades de Hospitalización psiquiátrica deben relacionarse y coordinar acciones con los siguientes servicios hospitalarios:

- ✓ Con los servicios de hospitalización médico-quirúrgica y de obstetricia, de modo de permitir la derivación oportuna de usuarios y usuarias entre ambos y facilitar la ínter consulta entre los equipos profesionales, aspecto de gran importancia para la vinculación de psiquiatras con otros especialistas.
- ✓ Con el Servicio de Urgencia del Hospital, en donde se realizará el tratamiento de urgencia de usuarios y usuarias
- ✓ Con Unidades de Tratamiento Intensivo
- ✓ Con Anatomía Patológica, para el traslado de personas fallecidas.
- ✓ Con el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, en donde se efectuarán también las actividades de terapia ocupacional.
- ✓ Con los Servicios de Orientación Médica y Estadísticas, con el cual se mantendrá una relación frecuente, para la coordinación de las horas médicas, ingreso de usuarios/ usuarias, archivo de fichas clínicas, etc., dado que en estas unidades sólo se manejará la información de las personas que se encuentren hospitalizados.
- ✓ Con las unidades para la provisión de insumos, materiales, y servicios generales, como esterilización, farmacia, laboratorio, lavandería, alimentación, disposición de residuos sólidos. Todo lo cual, debe estar en funcionamiento de acuerdo a normativa vigente
- ✓ Con las centrales de energía, servicios sanitarios, mantención
- ✓ Con las unidades de transporte relacionada con el traslado de los usuarios

En relación con las unidades de corta estadía ubicadas al interior de Centros Privativos de Libertad para adolescentes infractores de ley, para su funcionamiento administrativo, SENAME en convenio con el Gestor de Red, debe asegurar el acceso a todos los servicios de apoyo clínico necesarios para su atención integral, teniendo en cuenta los procedimientos del Centro Privativo de Libertad. Lo que significa, que tanto, los procedimientos de acceso a los diversos servicios deben estar definidos, como establecidos los mecanismos de coordinación, de traslados y de utilización de estos servicios que la red de atención salud pone a su disposición.

#### 4.- Las Unidades de hospitalización psiquiátrica, para responder a las necesidades de cada grupo

Las intervenciones realizadas en el espacio clínico cerrado, ofrece una oportunidad en una unidad de corta estadía para estabilizar a la persona en sus componentes cognitivos, emocionales, conductuales y psiquiátricos e interactuar con la familia en el contexto de la crisis.

Se coloca el énfasis en la estabilización de la situación aguda, por lo que las actividades son de resolución de corto plazo. Este tiempo de estabilización dará además la posibilidad de identificar y reunir recursos internos (individuales) y externos (familia y entorno) de la persona, por cuanto, permite intervenir las causas, evaluar los factores de riesgo que influyen en el desencadenamiento de la crisis (causas posibles de no adherencia, dinámicas familiares (violencia, rechazo) situaciones de duelo entre otras, con el fin de planificar en conjunto una apropiada continuidad del tratamiento.

En la hospitalización de mediana estadía, los énfasis están puestos en intervenciones a más largo plazo. Los usuarios o las usuarias requieren de una hospitalización superior a dos meses hasta 12 meses con intervenciones integrales de mayor complejidad realizadas también por un equipo interdisciplinario especializado, dirigida al diagnóstico diferencial, a la estabilización del cuadro clínico, a mejorar adherencia y un tratamiento que incorpora acciones integrales orientadas a la reintegración familiar y social. Esto implica intervenciones individuales, grupales, familiares, y comunitarias que contribuyan a recuperar y fortalecer habilidades funcionales, sociales, relacionales entre otras, disminuidas por la enfermedad.

Las Unidades de hospitalización Psiquiátrica de Mediana Estadía, podrían estar ubicadas fuera de un Hospital, debiéndose asegurar el acceso a todos los servicios de apoyo hospitalario cada vez que sean requeridos.

Lo anterior, desafía a los equipos clínicos a considerar incorporar estándares e indicadores para el monitoreo y evaluación de sus acciones, con el propósito que favorezcan el mejor uso de los recursos disponibles, así como, la mayor eficiencia en la resolución de las necesidades del usuario/a.

Es altamente conveniente tener establecido un sistema de atención eficiente centrado en la satisfacción del usuario/a, por lo que, los procesos clínicos que se desarrollen deberán cumplir con estándares recomendados por la mejor evidencia científica disponible. Estas Unidades deben contar con Guías Clínicas, normas y otros, documentos de apoyo a los procesos clínicos

En este contexto, la organización de las Unidades de Hospitalización se relaciona con las condiciones clínicas específicas del usuario/a y su evolución a la mejoría del cuadro clínico y la reintegración a la familia y/o cuidadores y al medioambiente, por lo que, se deben considerar en todos los casos el trabajo con las familias o personas significativas para el usuario/a, así como, su integración lo más rápido posible a su entorno social, familiar, escolar o laboral.

En las Unidades de Hospitalización ubicadas en Centros Privativos de Liberad se debe definir y sistematizar procedimientos clínicos-sanitarios, de administración del Recurso Humano, en coordinación y en complementariedad con los equipos socioeducativos y los equipos de salud mental y drogas y otros ubicados en el Centro.



## 5.- Lineamientos de la estructura organizacional para evaluar el desempeño de las Unidades en los diferentes ámbitos<sup>15</sup>

### 5.1.- Criterios para el funcionamiento de estas unidades

La definición de criterios de calidad permite estandarizar los procedimientos técnicos y administrativos, asegurando que cualquier miembro del equipo y los nuevos integrantes del equipo, se encuentren alineados con los requerimientos básicos de la atención de los usuarios/usuarios. Estos, permiten asegurar la continuidad y la calidad de la atención independiente de los cambios al interior del equipo.

De este modo, los criterios de calidad estandarizan los procesos básicos para una atención clínica y administrativa que cumpla con la eficiencia, eficacia y efectividad acorde al perfil y requerimientos de las personas atendidas en cualquiera de estas unidades.

Los siguientes aspectos son concordantes con los criterios de evaluación de la calidad de atención en salud mental y los requisitos mínimos definidos por la autoridad sanitaria para su funcionamiento

Las Unidades deben contar con un documento formal que define aspectos de su organización que incluye al menos lo siguiente:

- ✓ Estructura organizacional (organigrama)
- ✓ Estructura funcional (Flujograma)
- ✓ Organización de actividades
- ✓ Mecanismos de coordinación con los principales servicios de apoyo
- ✓ Sistemas de turno
- ✓ Nómina actualizada de los integrantes del equipo
- ✓ Sistema de capacitación y actualización

Existe un Programa de capacitación definido y conocido por todo el personal en materias tales como:

- ✓ Derechos y deberes de usuarios
- ✓ Vulneración de derechos, protección especializada (maltrato droga, vida de calle) e intervención reparatoria)
- ✓ Perfil del usuario/a
- ✓ Manejo de situaciones de crisis
- ✓ Auto cuidado del equipo
- ✓ Actualización en farmacoterapia
- ✓ Manejo y terapia cognitivo-conductual
- ✓ Conocimiento y actualización en la Guías Clínicas
- ✓ En gestión de calidad
- ✓ Actuación en situaciones de emergencia

<sup>15</sup> Pauta de Requisitos Mínimos de Autorización Sanitaria para Establecimientos que Efectúan Hospitalización Psiquiátrica. Minsal 2007

- ✓ En el caso de hospitalización psiquiátrica para población infanto adolescente, incluir contenidos relativos a familia, infancia y adolescencia

El Equipo de atención de Unidad de Hospitalización de Corta Estadía, cuenta con una planificación actualizada y alineada con la planificación estratégica de la red asistencial a la cual pertenece y ésta considera:

- ✓ Organigrama funcional (roles y funciones)
- ✓ Objetivos
- ✓ Actividades
- ✓ Recursos asociados
- ✓ Evaluación

Un representante de este equipo participa en el Comité Ejecutivo de Salud Mental del Servicio de Salud, para la coordinación de la atención de la población usuaria en la red de salud mental.

Las Unidades cuentan con:

- ✓ Programa de prevención de riesgos y de emergencia
- ✓ Sistema de opinión de usuarios (percepción de satisfacción, registro de reclamos y sugerencias y su resolución)

Debe existir un sistema de adquisición, de almacenamiento protocolizado y manejo seguro y controlado de fármacos utilizados por cada persona hospitalizada.

## 5.2 - Competencias del Recurso Humano y Equipo

Si bien es innegable el requisito de competencia técnica de los profesionales y técnicos pertenecientes al equipo clínico de tratamiento, que es fundamental, se ha visto que muchos de los aspectos asociados a un mejor resultado se relacionan más bien a las características o actitudes “blandas” u orgánicas del equipo y de sus intervenciones como:

- ✓ Estar atento a la problemática del usuario/a hospitalizado de acuerdo a su etapa de ciclo vital,
- ✓ Ser empático
- ✓ Considerar las diferencias de género.
- ✓ Estar familiarizado con actitudes y lenguajes relacionados con su educación, etnia, edad.

Existe un documento formal del establecimiento que establece el tiempo mínimo de permanencia del Jefe Técnico en la unidad, y el porcentaje de trabajo semanal que destinará a desarrollar las funciones y responsabilidades que se le encomiendan:

- ✓ responsabilidad sobre los aspectos técnicos y administrativos de la unidad que dirige
- ✓ cumplimiento de la reglamentación sanitaria y normas técnicas vigentes
- ✓ coordinación, supervisión y funcionamiento de las atenciones de salud en la unidad
- ✓ coordinación con médicos tratantes y con otros servicios necesarios para realizar las atenciones integrales de salud que corresponda (urgencia, pabellón quirúrgico, etc.)

- ✓ Velar por el cumplimiento de las disposiciones sobre asepsia y antisepsia y demás normas técnicas con el objeto de prevenir infecciones intrahospitalarias
- ✓ Responsable de evaluar la permanencia involuntaria del usuario/a más allá de 72 horas
- ✓ Responsable de solicitar a la autoridad sanitaria la autorización de la hospitalización involuntaria sus prorrogas y su término
- ✓ Responsable del resguardo de los derechos del usuario/a
- ✓ Responsable de la seguridad del usuario/a
- ✓ Responsable de planificar, realizar y evaluar reuniones clínicas con el equipo interdisciplinario

Existe un documento formal del establecimiento en el que se establece que existe un médico psiquiatra de turno ó acceso a un médico cirujano con experiencia clínica de al menos 5 años en la especialidad de psiquiatría.

Contar con un documento formal del establecimiento que designe y describa las funciones del médico tratante, las que deben incluir al menos lo siguiente:

- ✓ Dirigir la atención integral de usuarios
- ✓ Formular diagnóstico y tratamiento integral
- ✓ Responsable de evaluar la permanencia involuntaria del usuario/a más allá de 72 horas
- ✓ Efectuar indicaciones médicas
- ✓ Registro de evolución clínica de usuarios
- ✓ Atención emergencias de usuarios
- ✓ Integrar equipo interdisciplinario tratante
- ✓ Efectuar procedimientos y técnicas específicas de su competencia
- ✓ Participar en reuniones clínicas con equipo interdisciplinario
- ✓ Indicación médica de alta o derivación a otro establecimiento
- ✓ Información sobre plan de tratamiento individual, evolución y resultados a usuario/a y familiares
- ✓ responsable del plan de egreso del usuario/a que incluye a este/esta, su familia y derivación a la atención ambulatoria
- ✓ Efectuar informes médicos sobre estado y condición clínica del usuario/a
- ✓ Garantizar la protección de derechos de los y las usuarios/as

Existe un documento formal del establecimiento, en el que se indica que hay al menos una enfermera de turno considerando el horario nocturno, en el establecimiento en funciones de atención directa a usuarios/usuarios

El auxiliar técnico de nivel medio o superior de enfermería de turno tiene experiencia práctica no menor a 3 meses en funciones de atención clínica en psiquiatría El funcionario participa en reuniones clínicas con el equipo interdisciplinario.

Existe un documento formal del establecimiento en el que se indica que hay al menos un auxiliar paramédico de enfermería de turno cada cinco personas hospitalizadas siempre presente en el establecimiento, en funciones de atención directa a usuarios/usuarios, incluyendo el horario nocturno.

Todos los profesionales del equipo interdisciplinario: médico enfermera, psicólogos, asistente social, terapeuta ocupacional, tienen experiencia práctica no menor a 3 meses en funciones de atención de la especialidad.

Todo profesional y técnico que integran el equipo interdisciplinario participa en las reuniones clínicas.

### *5.3 - Manuales escritos de procedimientos y actividades a realizar en cada Unidad*

Las Unidades deben contar con un documento formal, donde se explicita los servicios asistenciales que tendrá disponibles las 24 horas, para asegurar la continuidad de la atención al usuario/a hospitalizado como los siguientes:

- ✓ Acceso a Unidad de Emergencia.
- ✓ Atención por el equipo en situación de crisis
- ✓ Espacio para proporcionar cuidados especiales<sup>16</sup> cuando corresponda
- ✓ Transporte de usuarios, para derivación y traslados de emergencia.

Las Unidades cuentan con procedimiento estandarizado sobre aspectos médico legales:

- ✓ Auditorías médicas de complicaciones y muertes en la atención
- ✓ Procedimientos médico legales
- ✓ Procedimientos para solicitar recomendación de la Comisión Nacional de Protección de las Personas Afectadas por Enfermedad Mental para tratamientos o procedimientos irreversibles
- ✓ Procedimiento acorde a normativa vigente para archivar y custodiar documentación clínica

Las Unidades cuentan con documentación formal en el que se establece la forma de realizar las principales actividades de atención clínica, técnicas y procedimientos en la unidad:

- ✓ Procedimientos de hospitalización
- ✓ Procedimiento acorde a normativa vigente para requerir el consentimiento informado por el usuario/a o sus familiares, para los procedimientos o tratamientos que se realicen en la unidad
- ✓ Procedimientos de identificación y antecedentes de usuarios ingresados
- ✓ Atención de emergencias psiquiátricas y médicas
- ✓ Contención en episodios de agitación psicomotora acorde a norma técnica<sup>17</sup>
- ✓ Protocolo de atención en sala de cuidados especiales, de acuerdo a normas vigentes
- ✓ De observación continua de usuarios hospitalizados
- ✓ Procedimientos Manejo de Precauciones Universales con Sangre y Fluidos Corporales, Prevención y control VIH, Curaciones, Punciones y extracción de muestras para exámenes
- ✓ Administración medicamentos diferentes vías

<sup>16</sup> Cuidados especiales: cuidados a usuarios en fase de perturbación aguda, que permita separarlos del resto, en un sistema de cuidado intensivo, digno y funcionalmente adaptado para contener los comportamientos riesgosos en una forma que, dentro de lo posible, haga innecesario el uso de contención física, forzada o violenta.

<sup>17</sup> Resolución Exenta N° 984/2003 aprueba Norma General Técnica N° 65 Contención en Psiquiatría

- ✓ Procedimiento de entrega de turnos
- ✓ Régimen de Visitas a los usuarios acorde a normativa vigente
- ✓ Comunicación de los usuarios hospitalizados con sus familiares
- ✓ Información que debe ser entregada a los usuarios y familiares sobre diagnóstico, plan de tratamiento, evolución de la enfermedad, plan de egreso.
- ✓ De control medicamentos sujetos a control legal acorde a normativa vigente.
- ✓ Protocolo para la aplicación de terapia de electroshock de acuerdo a normativa vigente.

Las Unidades definen en un documento formal, los servicios asistenciales que tendrá disponibles en horario diurno:

- ✓ Provisión permanente de medicamentos e insumos definidos.
- ✓ Provisión permanente de insumos estériles
- ✓ Acceso a Servicio de alimentación
- ✓ Acceso a Laboratorio Clínico
- ✓ Acceso a Programa de rehabilitación física y psicosocial
- ✓ Acceso a Profesionales para Ínter consulta médico-quirúrgico
- ✓ Acceso a pabellón y el servicio de anestesia para realizar Terapia Electro Convulsiva (TEC)<sup>18</sup>
- ✓ Acceso a Comité Asesor Técnico y de Ética

Se encuentra por escrito el tratamiento farmacológico de las condiciones de seguridad para el usuario/usuaria, con la administración controlada de psicofármacos y otros tratamientos médicos de acuerdo al estado de salud general de estos.

- ✓ Observar en forma muy detallada los efectos terapéuticos y secundarios de los fármacos prescritos, así como asegurar la toma efectiva de la medicación prescrita
- ✓ Manejo y control del tratamiento con clozapina
- ✓ Procedimiento de egreso
- ✓ Derivación y traslado de usuario/a tanto dentro como fuera del establecimiento
- ✓ Procedimiento de solicitud de autorización sanitaria para prolongación de hospitalización involuntaria cuando ésta excede de 72 hrs.

#### **5.4.- Principales criterios sobre los sistemas de registros**

Los registros clínicos incluyen al menos lo siguiente aspectos:

- ✓ Ficha de atención clínica individual por usuario/usuaria con
- ✓ Identificación del usuario/usuaria
- ✓ Identificación de apoderado del usuario/a cuando corresponda.
- ✓ Identificación del Médico que realiza el ingreso
- ✓ Identificación del Médico Tratante
- ✓ Historia clínica del/la persona
- ✓ Modalidad de hospitalización (voluntaria / involuntaria)

<sup>18</sup> Debe cumplir con Requisitos contenidos en Anexo N° 1 de esta Pauta y Pauta de Requisitos Mínimos para Anestesia fuera de Pabellón

- ✓ Evaluación y atención por equipo interdisciplinario psicosocial
- ✓ Todos los instrumentos de evaluación definidos durante la hospitalización
- ✓ Formulación diagnóstica
- ✓ Evolución médica
- ✓ Atención de enfermería
- ✓ Atención otros profesionales
- ✓ Fecha y hora de atención
- ✓ Identificación de profesionales que realizan la atención
- ✓ Todos los medicamentos recibidos por el usuario/a durante la hospitalización
- ✓ Todos los exámenes practicados a éste.
- ✓ Todos los procedimientos practicados al usuario/usuario
- ✓ Protocolo de atención en usuarios con Terapia electro convulsiva (TEC) (incluye preparación, administración anestesia, procedimiento, recuperación acorde a normativa vigente)
- ✓ Actividades realizadas con la familia o cuidadores
- ✓ Formulario de Consentimiento informado del usuario/a o apoderado del usuario/a cuando corresponda
- ✓ Protocolo o procedimiento de derivación a otro establecimiento
- ✓ Plan de Egreso
- ✓ Condición estado clínico del usuario al momento de su egreso o derivación a otro establecimiento
- ✓ Epicrisis
- ✓ Informe y carné de alta e indicaciones médicas

### ***5.5.- Otros criterios para procedimientos***

Existe un documento formal en el cual, se indica la obligatoriedad de entregar la siguiente información al usuario/a y su familia o adulto responsable, de acuerdo a la normativa vigente:

- ✓ Funcionamiento del equipo interdisciplinario y administrativo.
- ✓ Procedimientos especiales que se realicen al usuario/a.
- ✓ Régimen de visitas autorizado
- ✓ Referente Técnico que le fue asignado

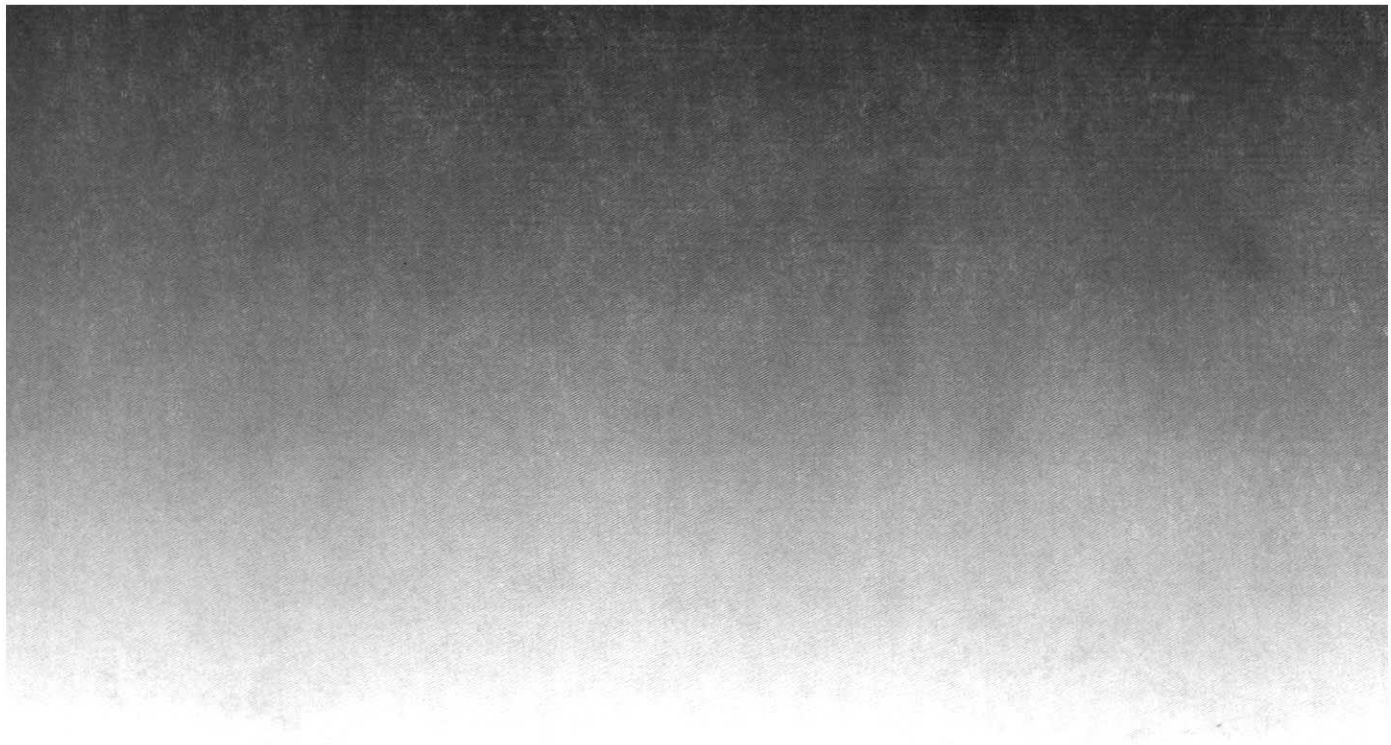
Existe un documento formal en el que se indica, la obligatoriedad de requerir el consentimiento firmado por el usuario/a, por sus familiares, o adultos responsables acorde a normativa vigente para realizar:

- ✓ Terapia electro convulsiva
- ✓ administración de medicamentos que produzcan efectos colaterales de riesgo.
- ✓ aplicación de técnicas de esterilización, cualquier forma de tratamientos irreversibles en un formularios específicos para ellos

Existe protocolo de consulta previo a su ejecución, a la Comisión Nacional de Protección de las Personas Afectadas de Enfermedad mental, en la aplicación de cualquier forma de tratamientos irreversibles en un formulario específico para ello.

En un documento formal, existente, se indica la obligatoriedad de requerir el consentimiento firmado por el usuario/a, por sus familiares o adultos responsables, para los procedimientos y tratamientos que se realicen durante su hospitalización





## **CAPÍTULO IV**

### **Procedimientos y Actividades Estandarizadas**





## 1.- Consideraciones generales

El usuario/a en una hospitalización por causa psiquiátrica, cualquiera sea ésta, presenta un estado de mayor vulnerabilidad por lo que, el equipo tratante debe incorporar en su quehacer una atención con enfoque de derechos humanos como, así también, debe considerar el desarrollo de estrategias de auto cuidado, que no impliquen sólo una condición de seguridad del equipo, sino además un adecuado y asertivo manejo de las relaciones y el trato entre usuario/a y equipo y entre los integrantes del propio equipo. Este tema por su relevancia se abordará en capítulo especial

Dada la condición clínica del o la usuaria en la hospitalización psiquiátrica, el ambiente terapéutico adquiere particular importancia. El desarrollo del plan de atención se dará en un ambiente que se traduce, en a lo menos los siguientes aspectos:

- ✓ Mantener a los usuarios vinculados con su familia o adultos responsables evitando el desarraigo familiar (roles familiares)
- ✓ Si no existiesen o estos vínculos estuviesen alterados, evaluar la pertinencia de su restitución en consenso con el usuario/a, como parte de su proceso de atención. Integrar progresivamente a los usuarios a las acciones comunitarias (roles sociales).
- ✓ En hospitalización de Mediana estadía, en el caso de los adolescentes, incluir acciones relativas a la mantención o reinserción de su proyecto de desarrollo, particularmente los elementos de continuidad escolar, fortalecimiento y desarrollo de áreas sanas o con menor discapacidad y reestablecimiento de las capacidades remanentes.
- ✓ Propiciar la estructuración interna de la persona con sus límites naturales, con un estilo progresivo y evaluable de puertas abiertas, colaborativo e interactivo.
- ✓ Desarrollo de espacios alternativos que faciliten al usuario/a la expresión de sus afectos y sentimientos en un clima de acogida.
- ✓ Existencia de sistemas de recepción de opinión usuaria.
- ✓ Para el caso de ambas unidades, al iniciar un proceso terapéutico con adolescentes vulnerados en sus derechos, se tomará contacto con los proyectos o programas financiados por SENAME y que sean ejecutados por instituciones colaboradoras o por administraciones directas de ese organismo, de manera de realizar una intervención coordinada con la dupla psicosocial que esté trabajando en su restitución de derechos.

## 2.- Criterios de Ingreso

### 2.1. *Criterios clínicos de ingreso a unidades de hospitalización de corta estadía hombres y mujeres adolescentes y adultos:*

Hombres y /o mujeres, con trastorno mental en el cual, se observa:

- ✓ Trastorno mental severo en etapa aguda (incluye síndrome de abstinencia con síntomas de privación severa)
- ✓ Conductas con riesgo vital para sí mismos o para terceros
- ✓ Ambas con escasa o nula contención por parte de familiares y/o cuidadores

Todo lo cual, impide un abordaje ambulatorio en hospital de día o equipo de psiquiatría comunitario y requieren cuidados y atención de 24 hrs.

**2.2. Criterios clínicos de ingreso a unidades de hospitalización de corta estadía de adolescentes en centros privados de libertad**

- ✓ Trastorno mental severo en etapa aguda (incluye síndrome de abstinencia con síntomas de privación severa)
- ✓ Conductas con riesgo vital para sí mismos o terceros
- ✓ Ambas con escasa o nula contención por parte del equipo cuidador

**2.3. Criterios clínicos de ingreso a unidades de hospitalización de mediana estadía adolescentes/adultos**

- ✓ Trastornos mental severo con persistencia o presentación episódica frecuente de síntomas de alta intensidad y/o conductas altamente disruptivas
- ✓ Discapacidad psíquica severa
- ✓ Refractariedad a tratamiento ambulatorio/comunitario de alta intensidad (Terapia farmacológica de última generación en altas dosis e intervenciones psicosociales de frecuencia mayor a dos veces por semana, incluyendo centros de día u hospitalización diurna prolongados por más de seis meses o falta de adherencia a tratamiento).
- ✓ Dos hospitalizaciones en corta estadía de más de un mes de duración cada una en los últimos dos años.

Asimismo, es necesario considerar que el ingreso a esta unidad debe ser realizada por el **Comité Evaluador de Ingreso**, previa recepción de una solicitud de hospitalización del médico o psiquiatra del equipo derivador, quien en caso de tratarse de un menor de edad, dispondrá de mecanismos explícitos de coordinación con SENAME Nacional/Regional.

Este Comité está conformado por:

- ✓ Médico Psiquiatra de la Unidad de Hospitalización Mediana Estadía,
- ✓ un profesional del equipo derivador,
- ✓ un profesional de la Unidad de Mediana Estadía y
- ✓ un profesional del SENAME representante de la Dirección Regional respectiva para aquellos casos de niños o adolescentes vulnerados en sus derechos o que provienen de la red SENAME.

El **Comité Evaluador de Ingreso**, cumple con las siguientes funciones:

- ✓ Recepción y estudio de antecedentes clínicos aportados por equipo derivador
- ✓ Realiza entrevista clínica al adolescente (preevaluación) y confirma o no ingreso. En cualquier caso se realiza informe de recomendación clínica de derivación según corresponda.
- ✓ Da respuesta a la ínter consulta en un plazo no mayor a 10 días
- ✓ Realiza manejo actualizado y priorizado de la lista de espera
- ✓ Elabora acta de cada reunión (nombre de los usuarios y resolución de la evaluación)

#### *2.4. Requisitos administrativos del ingreso:*

- ✓ Que se cumplan los criterios clínicos de ingreso
- ✓ Su referencia cuente con la ínter consulta escrita respectiva
- ✓ Recepción y estudio de antecedentes clínicos aportados por equipo derivador
- ✓ Informe del Comité Evaluador, en el caso de mediana estadía

#### *2.5. Proceso de ingreso a las unidades de hospitalización psiquiátrica*

##### a) Recepción del usuario/a

El personal de recepción debe estar entrenado en reconocimiento de situación de crisis, y facilitar el proceso de ingreso cumpliendo criterios de calidad, como buen trato, acogida, entrega de información administrativa pertinente a esta etapa, tanto al usuario/a como a su familia.

El personal debe iniciar la recolección de la información básica de individualización en un instrumento de ingreso estandarizado.

Deberá consignarse en el registro de ingreso de la Unidad identificando fecha, hora, profesional responsable, condiciones generales de ingreso.

##### b) El proceso clínico de ingreso

Este proceso debe ser realizado en un contexto de privacidad, participan en este dos profesionales al menos, quienes tienen como función, acoger al usuario/a, evaluar su condición clínica, indicar tratamiento inicial y desplegar los recursos y acciones necesarios para resguardar la seguridad de usuario/a y del equipo si la situación lo amerita.

##### c) Ingreso y Acogida

- ✓ Proceso realizado por enfermera y otro profesional de turno para evaluar las condiciones generales del o la usuario/usuario
- ✓ Deberá ser evaluada su condición clínica por el médico psiquiatra antes de las 2 Hrs. de su ingreso para establecer las indicaciones médicas de ingreso
- ✓ Se le entregará información en lenguaje simple y adecuado a la condición clínica del/la adolescente, y su familia o adulto responsable.
- ✓ Se le entregará información escrita al usuario/a y la familia.

- ✓ Iniciar establecimiento del vínculo terapéutico. En lo posible que la recepción sea realizada por el referente técnico que acompañará su proceso de atención en la Unidad.

Si esto no es posible por su hora de ingreso o por no estar en turno en ese momento, se le informará al usuario/a y sus familiares o acompañantes el nombre de su referente

- ✓ Si es hora de alimentación, debe asegurarse que este la reciba y si no es hora de colación o de once o cena y el adolescente no ha recibido alimentación por un tiempo mayor a 4 horas, debe solicitarse la alimentación asegurándose que el usuario/a o usuaria la reciba.
- ✓ Establecer mecanismo con el centro de alimentación, para evitar que quede a la voluntad del personal en cada situación de ingreso
- ✓ Debe haber un sistema de guardarropía y útiles personales establecido y conocido por los familiares y el usuario/usuaria desde su ingreso.
  - No usará vestimenta uniforme que estigmatice su condición
  - Es parte de la intervención terapéutica el adecuado manejo de sus pertenencias y útiles de aseo personal
  - En situaciones de descompensación y de crisis deberá ser adecuadamente apoyado para el manejo de estas pertenencias y útiles personales
  - En caso de riesgo suicida se tomarán las medidas de cuidado personalizado, protección y de seguridad para disminuir y eliminar el riesgo según protocolo definido localmente.

Se requiere disponer de los siguientes procedimientos y registros:

- ✓ **Recepción y Estudio** de los antecedentes aportados por derivador
- ✓ **Entrevista Clínica** por Médico Psiquiatra, que considera:
  - Anamnesis remota y reciente
  - Examen físico y mental
  - Indicaciones de Ingreso
- ✓ **Atención de Enfermera**, que incorpora:
  - Anamnesis remota y reciente
  - Examen físico y mental
  - Cumplimiento de indicaciones de ingreso
- ✓ **Condición de voluntariedad o involuntariedad del ingreso**

#### d) Hospitalización Voluntaria

En esta situación el equipo debe solicitar el Consentimiento Informado, lo que se comprende como la aceptación firmada en primera instancia por el usuario/a, o en su defecto familiares o adultos responsables, y frente a determinadas actuaciones médicas después de tener la suficiente información sobre su conveniencia, ventajas, riesgos y alternativas. Este documento carece de valor sin la información previa pertinente, el cual deberá considerar los siguientes requisitos:

- ✓ La **voluntariedad** del individuo le permite decidir libremente y sin coacción si quiere someterse a un estudio o tratamiento

- ✓ La función de la **información** es proporcionar los datos adecuados y necesarios a quien debe tomar una elección para que pueda hacerlo sin sesgos
- ✓ El tipo de información debe ser **comprensible** y completa, y debe incluir los objetivos, los beneficios, los riesgos reales o potenciales que se puedan derivar y la opción claramente especificada de rechazar el tratamiento o estudio en cualquier momento sin que por ello le afecte en otros tratamientos.

#### e) Hospitalización Involuntaria

Esta se regirá por el Reglamento N° 570<sup>19</sup> y circular vigente N° 13 del 5 de Julio de 2007<sup>20</sup>, pudiendo mantenerse esta condición por 72 hrs., periodo en el cual, el tratamiento ha producido algún cambio, si ello no ocurriese se podrá solicitar la continuación de la hospitalización a la autoridad sanitaria.

#### f) Información a familiares

se requiere entregar la información necesaria sobre el estado actual del usuario/usuario, su evolución y tratamiento, vestuario personal, insumos de aseo, régimen de visita, formas de comunicación con la familia o adultos responsables

#### g) Cuidados especiales

en la situación de requerir alguna medida de contención especial, debe aplicarse la Norma de Contención vigente.<sup>21</sup>

### 3.- Objetivos de la atención por Unidad de Hospitalización

#### 3.1. De la atención en hospitalización psiquiátrica de corta estadía adulto:

- ✓ Protección de la persona para que no se dañe asimismo o a terceros.
- ✓ Estudio diagnóstico multiaxial.
- ✓ Desarrollo de un Plan Individual de Tratamiento Integral (Multimodal), que considere el diagnóstico clínico y psicosocial integral, diferenciado por género, que despliegue y evalúe las intervenciones de acuerdo a los objetivos terapéuticos definidos para cada usuario/a
- ✓ Mejora sintomática y conductual.



<sup>19</sup> Reglamento Para la Internación de las Personas con Enfermedades Mentales y sobre los Establecimientos que la Proporcionan. (aprobado por Decreto supremo. N° 570 del 28 de agosto de 1998, publicado en el Diario Oficial del 14 de julio del 2000). Ministerio de Salud

<sup>20</sup> Circular A15/N°13 "Instruye sobre Internación no Voluntaria de Personas Afectadas por Enfermedades Mentales" MINSAL Julio 2007

<sup>21</sup> Norma Técnica: "Medidas de Contención para personas con Enfermedad Mental en Episodio de Agitación Psicomotora" Ministerio de Salud, División de Rectoría y Regulación Sanitaria, Departamento de Salud de las Personas, Unidad de Salud Mental, Julio 2003. Aprobada por Resolución Exenta N° 984, 17 septiembre 2003.

### 3.2. De la atención en hospitalización psiquiátrica de corta estadía adolescentes<sup>22</sup>

- ✓ Abordar el trastorno psiquiátrico de tal gravedad que está alterando el funcionamiento diario de al menos dos áreas importantes de la vida del/la adolescente (ambiente escolar, interacción social y relación familiar)
- ✓ Entregar un tratamiento integral (Multimodal), definiendo el plan individual integral más adecuado y beneficioso para los problemas del/la adolescente que considere el diagnóstico clínico y problemas psicosociales, diferenciado por género, con enfoque evolutivo, que despliegue y evalúe las intervenciones de acuerdo a los objetivos terapéuticos definidos para cada usuario/a, y dirigido a la compensación biomédica y la estabilización conductual y psicosocial, a modo de disminuir y evitar el riesgo vital;
- ✓ Realizar la hospitalización luego de considerar otros tratamientos menos restrictivos y se hayan agotado todos los recursos disponibles a nivel ambulatorio. Sin embargo, su evaluación determina que no han sido apropiados a las necesidades del/la adolescente o bien, ya han sido probados sin éxito.

En situación que el ingreso del/la adolescente sea por motivo de consumo problemático de alcohol y drogas considerará los siguientes objetivos específicos en el plan individual de tratamiento integral,

- ✓ Intervenir y acompañar el proceso de motivación al tratamiento, acorde a la etapa del desarrollo del usuario/a, desde una perspectiva de género, incorporando actividades que fortalezcan el vínculo terapéutico a modo de facilitar todo el proceso de intervención (incluyendo el plan de desintoxicación) y la adherencia al tratamiento;
- ✓ Intervenir en los factores que facilitan y mantienen el consumo;
- ✓ Tratar y mantener estabilizada la comorbilidad psiquiátrica asociada cuando corresponda;
- ✓ Implementar estrategias básicas de prevención de recaídas;
- ✓ Favorecer habilidades sociales en el usuario;
- ✓ Facilitar el proceso gradual de integración a un tratamiento y rehabilitación, tanto residencial como intensivo, según corresponda;
- ✓ Dar de alta, vincular y referir al usuario a los planes de tratamiento y rehabilitación e instancias de reinserción correspondientes;
- ✓ Realizar seguimiento post-alta, en coordinación con la modalidad correspondiente a la cual se hizo la derivación asistida.

### 3.3. De la atención en hospitalización psiquiátrica de mediana estadía adulto

- ✓ Conseguir adherencia a tratamiento integral (farmacoterapia y psicosocial)
- ✓ Contribuir a la integración de la persona a su comunidad.
- ✓ Mantener a los usuarios/usuarios vinculados con su familia o su tutor legal (roles familiares)
- ✓ Mantener a los usuarios/usuarios integrados a acciones comunitarias (roles sociales)

<sup>22</sup> Academia Americana de Psiquiatría del adolescente, (reunión de consenso año 1989)

- ✓ Diagnóstico Diferencial
- ✓ Fortalecimiento y desarrollo de áreas sanas o con menor discapacidad y reestablecimiento de las capacidades remanentes
- ✓ Desarrollo de habilidades
- ✓ Se propicia la estructuración interna de la persona con sus límites naturales, con un estilo de puertas abiertas, no restrictivo, colaborativo e interactivo.
- ✓ Desarrollo de espacios alternativos que faciliten al usuario la expresión de sus afectos y sentimientos en un clima de acogida.

### *3.4. De la atención en hospitalización psiquiátrica de mediana estadía para adolescentes*

- ✓ Protección del o la adolescente para que no se dañe a sí mismo o a terceros
- ✓ Evaluar integralmente la condición clínica y psicosocial del/la adolescente para construir hipótesis diagnóstica y diferencial. Desarrollar un Plan Individual de Tratamiento Integral (Multimodal), que considere el diagnóstico clínico y psicosocial, educativo, laboral diferenciado por género, con enfoque evolutivo que despliegue y evalúe las intervenciones de acuerdo a los objetivos terapéuticos definidos para cada usuario,
- ✓ Brindar intervenciones que contribuyan a la elaboración de un proyecto de vida y a la inserción social y comunitaria a través del desarrollo de habilidades sociales y personales.
- ✓ Garantizar en el tratamiento la intervención enfoque educativo, judicial, de capacitación, de reparación de daño ofrecidas por otros organismos insertos en la comunidad.

## **4- Evaluación Diagnóstica Integral en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica**

Se inicia al primer día de ingreso a la Unidad de hospitalización y el tiempo ocupado en su elaboración dependerá de las condiciones y del cuadro clínico y por lo tanto, de la Unidad donde se encuentre hospitalizado el usuario o usuaria, es recomendable que no exceda de una semana en la UHCE y un mes desde el ingreso en la UHME. Este incluye:

- **Evaluación clínica:** considera el diagnóstico clínico integral (físico y psicosocial) y otras acciones como las siguientes:
  - ✓ Diagnóstico clínico psicopatológico y diferencial
  - ✓ Indicaciones clínicas para un primer periodo de hospitalización y mientras se finaliza la evaluación diagnóstica integral
  - ✓ Indicaciones de tratamiento farmacológico
  - ✓ Solicitud de exámenes para diagnóstico diferencial si corresponde
  - ✓ Interconsulta si se considerase pertinente (Neurología, medicina general, endocrinología, otros)
  - ✓ Evaluación del consumo de drogas, tipo de drogas, nivel de consumo, historia de consumo, patrón de consumo, sentido del consumo
- **Evaluación psicológica:** considera evaluar las siguientes áreas:
  - ✓ Cognitiva, emocional, conductual, a través de test y/o herramientas psicológicas validadas, teniendo como base el desarrollo evolutivo, género y su alta complejidad



psicosocial, que permita definir un plan terapéutico específico y priorizar las intervenciones para la compensación actual y posteriores articulaciones con servicios extra hospitalarios para una posterior terapia ambulatoria

- ✓ Subjetiva de daño emocional. Evaluación de situaciones traumáticas recientes o remotas relacionadas con el episodio agudo actual para su elaboración emocional, he inicio de reparación de daño.
- **Evaluación psicosocial**, debe abarcar las áreas siguientes
  - ✓ Evaluación integral del comportamiento socio –ocupacional y escolar, identificar junto con el joven o adulto los objetivos personales, motivaciones relacionadas con el tratamiento, su egreso hospitalario, su rehabilitación.
  - ✓ Reevaluación y complementación del diagnóstico psicosocial que trae, enfatizando en las redes familiares y comunitarias que presenta

## 5.- Plan Individual de Tratamiento Integral (P.I.T.I.)

### Descripción

Este se basa en el diagnóstico integral realizado por el equipo, y por lo tanto, es coherente con la información recogida en las distintas áreas biopsicosociales de la fase diagnóstica, la cual, también es construida por todos los integrantes del equipo. Se expresa a través del establecimiento de hipótesis diagnósticas (individuales, familiares y/o contextuales).

La práctica clínica indica que este Plan se construye básicamente a través de sesiones individuales y familiares, además del análisis del caso en reunión clínica y en complementariedad con otros equipos técnicos cuando corresponda (por ej. socioeducativo del Centros SENAME).

- En el caso de la UHCE el plazo para su formulación es 3 días hábiles una vez realizado el diagnóstico
- En la UHME se considera un plazo de un mes

En este Plan deben quedar plenamente **identificados y registrados los objetivos terapéuticos a ser logrados por el usuario y su familia o cuidadores**, los que, como parte de la elaboración de éste, deben tener pleno conocimiento de los objetivos terapéuticos a ser alcanzados, de las actividades y estrategias que se concertarán para su cumplimiento.

Para el caso de adolescentes vulnerados en sus derechos o infractores de ley, el plan debe ser compartido con los equipos socioeducativos de los centros y proyectos de la red SENAME, según sea el caso, y que al momento del ingreso a la Unidad, estén realizando una intervención con el usuario/a.

Debe quedar registro de los resultados de las evaluaciones periódicas que los equipos realicen en conjunto con el usuario, familia o adulto prosocial, representante legal o responsable o cuidador.

Los objetivos terapéuticos son personalizados, definidos para cada usuario de acuerdo al resultado de la evaluación integral realizada en el diagnóstico, y a la condición que motivó su ingreso a la Unidad de hospitalización.

La experiencia de los equipos con adolescentes en conflicto con la justicia y con consumo problemático de alcohol /drogas, muestra que es relevante motivar para que la incorporación a un proceso de tratamiento sea un acto voluntario, lo cual, mejora resultados, sin embargo, considerando el contexto judicial y la eventual existencia de sanción accesoria, deben desarrollarse **estrategias motivacionales eficientes** desde las primeras etapas de acercamiento al/la adolescente, las cuales, mostrarán su eficacia en el momento de iniciar la fase de tratamiento<sup>23</sup>.

El PITI facilita la conducción y orientación del proceso terapéutico del o la usuaria y su familia, por lo cual:

- ✓ Debe ser consensuado con el o la usuaria y su familia enfatizando la participación activa en su elaboración y ejecución
- ✓ Ser elaborado y utilizado por la totalidad de los integrantes del equipo tratante
- ✓ **Flexible** en cuanto a que las evaluaciones periódicas identifiquen situaciones particulares del desarrollo del tratamiento que indiquen al equipo modificar ajustar o cambiar modalidades de intervenciones
- ✓ Debe **estar registrado en la ficha clínica**
- ✓ Así como también las principales actividades que se realizan para su cumplimiento
- ✓ En el caso de adolescentes hospitalizados en Unidades de Corta Estadía ubicada en centros privativos de libertad el PITI debe elaborarse en coordinación con los equipos profesionales socioeducativos y el equipo de salud mental y drogas que han estado trabajando con el adolescente hasta el momento.
- ✓ En el caso de niños, niñas y adolescentes en Unidades de Corta y Mediana Estadía, cuya responsabilidad legal la tenga SENAME, el PITI se elabora en coordinación con los equipos de los programas y equipos socioeducativos que han estado atendiendo hasta el momento al adolescente.

Registrar todas las intervenciones realizadas por el equipo en la ficha permite:

- ✓ Evaluación periódica de los logros alcanzados por el o la adolescente en su proceso de cambio.
- ✓ Identificar nudos críticos que obstaculizan el cumplimiento de los objetivos
- ✓ Facilitar la incorporación de integrantes nuevos al equipo.
- ✓ La continuidad del plan aun cuando exista incorporación de integrantes nuevos al equipo y por lo tanto, asegurar la continuidad del tratamiento planificado con el /la adolescente

En consecuencia en el PITI se destaca:

- ✓ Comprendiendo la complejidad que puede alcanzar en esta población estas intervenciones, se deben buscar las mejores **estrategias posibles para incorporar activamente al usuario o usuaria y su familia en la elaboración, como sujetos de atención activos**

<sup>23</sup> Orientaciones Técnicas: Tratamiento Consumo Problemático de Alcohol y Drogas y otros trastornos de salud mental en adolescentes infractores de ley MINSAL, SENAME, CONACE.2007

- ✓ Las intervenciones terapéuticas deben especificarse definiendo las del ámbito individual, familiar y social o comunitario, especialmente en la hospitalización de mediana estadía
- ✓ Las Evaluaciones deben ser realizadas con rigurosidad, periódicamente y la mayor objetividad posible por parte del equipo tratante.
- ✓ Se debe asignar explícitamente el referente técnico que será el responsable de la coordinación de las acciones terapéuticas, y del seguimiento de la evolución clínica del usuario/usuario y su familia, durante todo el proceso de tratamiento y seguimiento.
- ✓ El referente técnico, es el responsable de asegurar la integralidad de las acciones y tener la visión global del usuario o usuaria hospitalizada.
- ✓ **El PITI debe considerar desde su inicio la diferenciación de las intervenciones y sus especificidades por género** en todas las áreas definidas a ser intervenidas terapéuticamente.

## 6.- Plan de egreso de las Unidades de hospitalización

Este proceso es imprescindible, según recomienda la evidencia, y considera

- ✓ El tipo y frecuencia de las intervenciones entregadas
- ✓ La respuesta del usuario/usuario a ellas. La documentación y registros pertinentes
- ✓ El entorno familiar y comunitario Aquí es importante considerar en el caso específico del /la adolescente dado de alta, bajo la ley 20.084 si será la familia responsable del o la adolescente, o en el caso de encontrarse en una instancia como SENAME, qué profesional será responsable del cuidado y continuidad de los controles ambulatorios y del tratamiento indicado a su egreso y participe del plan de egreso
- ✓ En esta última situación definir la responsabilidad de la instancia a cargo del usuario/usuario en el retiro al momento del alta de la UHCE.
- ✓ El centro de salud donde va a ser derivado: Centro de Salud Mental Comunitario, Hospital de Día y/o Hogar Protegido u otro centro de derivación y definir en conjunto con la red estrategias que aseguren la continuidad de los cuidados, y favorecer el proceso de inserción social.

## 7.- Medidas de Contención

Los equipos clínicos en las unidades de hospitalización psiquiátrica cerrada, deben disponer y aplicar la normativa vigente basada en derecho, respecto a los procedimientos de contención del usuario en crisis<sup>24,25</sup>.

En la situación de hospitalización de adolescentes que requieren procedimientos de contención, existen algunas consideraciones especiales.

<sup>24</sup> Norma Técnica Medidas de Contención para personas con Enfermedad Mental en episodios de agitación psicomotora MINSAL 2003

<sup>25</sup> Reglamento Nº 570 Para la internación de las personas con enfermedades Mentales y sobre los Establecimientos que la proporcionan

Si consideramos el perfil conductual de adolescentes con alteraciones psicopatológicas sumada a una grave vulneración de derechos en el ámbito social (vida callejera, consumo problemático de drogas, inicio de conductas delictuales, deserción escolar precoz y abandono familiar), se considera que el o la adolescente que requiera contención, deberá ser por un período muy breve, contención que facilite el abordaje terapéutico, dado que es probable que no posea conciencia de su situación de riesgo, ni pueda implicarse subjetivamente en éste, por su historia y por conductas auto o heteroagresivas.

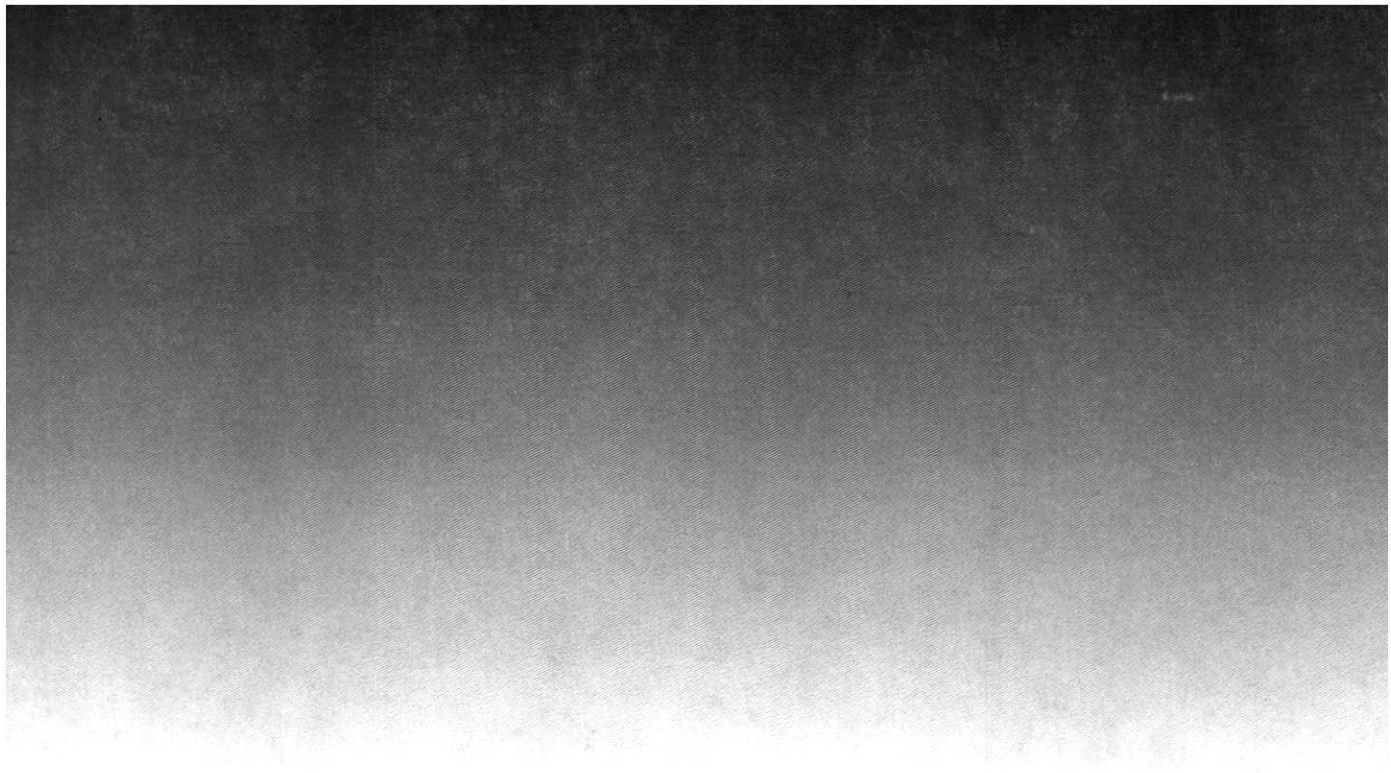
Implica ofrecer un entorno y ambiente estructurado y predecible lo más calido y familiar posible, para promover procesos identificatorios, estabilizadores y de sentido de pertenencia que permita potenciar los factores protectores. En este mismo sentido ofrecer intervenciones que fortalezcan los vínculos saludables con familiares o con sus cuidadores.

## 8.- Criterios para Terapia Electro convulsiva

- ✓ Se aplicará la Terapia Electro Convulsiva en estricto cumplimiento de los requisitos clínicos, de calidad y los estándares definidos en la norma técnica vigente<sup>26</sup>.
- ✓ Se considera la utilización de la terapia Electro convulsiva como último recurso y en los casos de descompensación neuro-psiquiátrica extrema
- ✓ Se necesita tener procedimientos de auditoria, clínica por parte del Servicio de Salud respectivo.

<sup>26</sup> Norma Técnica "Terapia Electro convulsiva Modificada MINSAL, 2000





# **CAPÍTULO V**

## **Trabajo en Equipo y Auto cuidado**



## 1.- Trabajo en Equipo en una Hospitalización Cerrada <sup>27</sup>

Si bien, el tema del equipo y el auto cuidado es importante para todos los equipos en el área de la salud, se hace imprescindible abordar en profundidad en los equipos que atienden usuarios en una condición de alta vulnerabilidad, como son las personas que se encuentran en un estado de descompensación o en una situación de crisis de su enfermedad mental. Por lo cual, es necesario en primer lugar que se reconozcan como “equipos en riesgo”, tanto el personal en forma individual, como equipo e institucionalmente. Esto significa, tomar precauciones e identificar factores protectores para el equipo en forma temprana y oportuna.

Se pueden encontrar diversas definiciones de la concepción del **Trabajo en Equipo**. Sin embargo, en un contexto de calidad se define como un “método de trabajo colectivo, donde sus integrantes intercambian sus experiencias, conocen y respetan sus roles y funciones, para lograr objetivos comunes al realizar una tarea conjunta”. Son integrantes del equipo de salud el personal administrativo, auxiliar, técnicos y profesionales, en que, cada uno de ellos, tiene un quehacer específico, tanto individual, como colectivamente con un usuario/usuario en situación de crisis.

En este sentido es necesario reconocer algunos elementos de este trabajo

- Es un trabajo colectivo lo cual, implica objetivos comunes definidos grupalmente.
- Comunicación e intercambio de experiencias, conocimientos, habilidades y destrezas., conlleva, crecimiento personal y grupal.
- Conocimiento y respeto por el rol y las funciones de cada miembro. Se entiende por función "la acción u ejercicio de un empleo, facultad u oficio"
- Se da por entendido de que cada persona que se integra a un equipo conoce previamente sus funciones, actúa en concordancia y es evaluada en virtud del grado de cumplimiento de las mismas.
- Cada miembro del Equipo posee una visión clara de sus propias funciones y reconoce los intereses comunes.
- El Equipo trabaja poniendo a disposición, sus respectivos conocimientos, habilidades y recursos y todos los miembros comparten la responsabilidad de los logros y de las dificultades.
- El interés, motivación y compromiso de cada miembro por la tarea propia y colectiva.
- El interés del Equipo sobrepasa los intereses particulares.
- La efectividad del Equipo está en relación con su capacidad y su habilidad de autogestión.
- La existencia de un Plan o Programa de trabajo, programado, ejecutado y evaluado en conjunto. Este es el punto central, de lo contrario no es realmente equipo.
- Existen Objetivos claros y Metas comunes.

Existe un conjunto de factores que es necesario considerar en la conformación de equipos de trabajo y se reconocen como facilitadores de este:

<sup>27</sup> Gnecco, T.Gilda Modulo de Calidad Diplomado Gestión de Calidad, Universidad de Chile 2005



- La existencia clara de una Visión, Misión, Propósitos, Objetivos y Metas comunes, definición de funciones, aumenta la cohesión del grupo. Le permite a cada integrante del equipo identificarse con la organización, "ponerse la camiseta"
- La existencia de una organización interna que permite:
  - ✓ La discusión y el hacer interdisciplinario y transdisciplinario.
  - ✓ La participación real de todos.
  - ✓ La existencia de un clima laboral libre de tensiones, sin temores.
  - ✓ La formación y capacitación que se entregue respecto del tema.
- La posibilidad de hacer un diagnóstico de la situación del Equipo, su etapa de desarrollo y grado de madurez.
- La presencia de personas con alto nivel de experiencia, conocimientos, que impulsan relaciones interpersonales asertivas y adecuadas.
- Un liderazgo efectivo, que sea no sólo formal, sino además, profesional.
- La existencia de un sistema de incentivos no solo económicos sino estímulos por desempeño, buenas prácticas, asertividad etc.
- El que se disponga de tiempo suficiente para trabajar como equipo significa:
  - ✓ Tiempo para programar, para evaluar, para analizar temas atingentes, estudiar colectivamente.
  - ✓ El que todos o la mayor parte de los miembros de un Equipo sienta que sus objetivos individuales son coherentes con los del Equipo.
  - ✓ Que se manejen adecuadamente al interior del equipo: las comunicaciones, la asertividad, la transparencia, la confianza, la lealtad, las emociones
  - ✓ Que el Equipo esté completo, es decir, estén todos los integrantes.

La no presencia de estas características atenta con la adecuada dinámica de un equipo y por ende del trabajo que éste realiza y puede llevar al:

- Desinterés por las metas.
- Insuficiente unidad laboral.
- Temor, desconfianza, escasa credibilidad en el sistema y en la organización.
- Luchas de poder al interior del equipo
- Aumento importante de las quejas, reclamos de los usuarios.

Si duda que un trabajo en equipo tiene ventajas objetivamente medibles, a saber algunas de ellas:

- Se complementan las capacidades individuales y se tiene mayor capacidad de realización.
- Permite, facilita y otorga oportunidad de aprendizaje a cada miembro.
- Facilita el proceso de comunicación interna, de traspaso de la información; de difusión de logros, resultados e impactos.
- Facilita el proceso de toma de decisiones de manera democrática, horizontal, participativa. Las decisiones del grupo son siempre superiores a las individuales.
- Facilita el proceso de definición e identificación de problemas y la búsqueda de soluciones, especialmente de soluciones creativas e innovadoras, que rompen la rutina de la organización.

- Facilita la elaboración de Planes y Programas consensuados y con ello su evaluación y monitoreo permanente.
- Facilita el desarrollo y permanencia de un clima laboral adecuado, sano, no estresante.
- Favorece una mayor identidad de los funcionarios con su tarea y con la institución. Las personas se sienten orgullosas de ser parte del equipo.
- Permite que la información al interior del grupo sea manejada de manera adecuada, es decir, sea clara, precisa, oportuna, veraz y llegue a todos sus miembros. No sea privilegio de unos pocos, ni sea manipulada.
- Facilita el desarrollo de un sistema de incentivos, conocido y aceptado por todo el equipo.

Los integrantes del Equipo en su proceso de maduración aprenden a:

- Aceptar la crítica y modificar sus puntos de vista.
- Hacerse auto crítica.
- Respetar la opinión ajena.
- Aprender a escuchar al otro.
- Vencer sus propios temores o debilidades.
- Respetar las diferencias individuales.
- Hacer propuestas creativas e innovadoras sin temor al rechazo, se atreven a “SOÑAR”.
- Desde el punto de vista de las dimensiones de la calidad, un equipo que trabaja bien logra potenciar las siguientes dimensiones:
  - ✓ Efectividad
  - ✓ Eficacia
  - ✓ Eficiencia
  - ✓ Seguridad
  - ✓ Competencia Profesional
  - ✓ Continuidad

RUBIN 1975, encontró que la mejor manera de plantearse los procesos del Equipo en un orden determinado era preguntándose:

¿Para qué estamos aquí?	metas
¿Cuál es la tarea?	objetivos
¿Quién hace qué?	funciones
¿Cómo lo hacemos?	procesos
¿Cómo nos llevamos?	relación interpersonal comunicaciones

## 2.- Riesgo para el personal en el trabajo de hospitalización

Un aspecto necesario de abordar en los equipos que trabajan con personas con enfermedad mental en situación de crisis y de riesgo vital con auto o heteroagresión, es el “**Síndrome de burnout**”, conceptualizado por H Herbert Freudemberger (1974) como un “*estado de fatiga o frustración que parece como resultado, devoción a una causa, a un estilo de vida, o a una rela-*

*ción que no produce una recompensa esperada” y que no se trata de un agotamiento por exceso de trabajo sino de una especie de “erosión del espíritu”. Estado de extenuación emocional.*

Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de servicios que trabajan en contacto directo con las personas, usuarias del sistema de atención en condiciones ya descritas en este documento, los cuales, en su voluntad por adaptarse y responder eficazmente a un exceso en las demandas y presiones laborales, se esfuerzan de un modo intenso y sostenido en el tiempo, con una sobre exigencia y tensión, que originan importantes efectos en su salud mental, física y pueden afectar negativamente el rendimiento y la calidad del servicio profesional

Estos equipos por las características y naturaleza de las intervenciones que realizan se encuentran con mayor probabilidades de presentar un síndrome de **burnout** por lo que deben, en forma planificada, incorporar programas de autocuidado los que deben ser impulsados y apoyado por las autoridades respectivas

### 3.- Estrategias de Autocuidado

Un buen clima laboral, es decir, funcionar dentro de una ambiente de trabajo que facilite el desarrollo personal y grupal, posibilitando la comunicación y las relaciones humanas considera:

- ✓ Capacitaciones, para incrementar la seguridad personal en el desempeño de tareas.
- ✓ Información clara sobre redes de ayuda, para poder derivar los casos conflictivos que no tengan una solución factible para la Institución, dentro del contexto laboral.
- ✓ Desarrollo de habilidades para incrementar los niveles de desempeño y manejar conflictos grupales.
- ✓ Supervisión externa, cuando no sea posible resolver problemas que interfieran en el trabajo.
- ✓ Grupos y espacios de Autocuidado.

#### 3.1.- Promoción de espacios para el autocuidado<sup>28</sup>

El autocuidado se instala como un hábito en la medida que nos comprometamos, individual, colectiva e institucionalmente, a hacernos cargo de nosotros/as mismos/as para cuidarnos y protegernos.

##### a) Espacios de auto cuidado individual:

El ser adulto implica hacerse cargo de uno mismo, por lo tanto, cada persona puede desarrollar la capacidad o habilidad de generar conductas para el auto cuidado. Algunas estrategias individuales son:

<sup>28</sup> Aron, Ana María PhD, Llanos, María Teresa Cuidar a los que cuidan: Desgaste Profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. Sistemas Familiares, Año 20 N° 1-2 pag. 5- 15

- ✓ Registrar oportunamente los malestares, es decir, darnos cuenta cuando debemos descansar, cuando tenemos hambre, cuando debemos ir al baño o debemos atender los dolores que nos produce una posición incómoda. De la misma manera, hay que hacerlo con las molestias psicológicas. El no registrar oportunamente las fuentes de estrés o malestar, acumulando tensiones por largos períodos, serán causantes de lesiones o enfermedades.
- ✓ Una estrategia de gran ayuda para quienes se encuentran con una fuerte carga emocional, como es la atención de esta población objetivo, es el “vaciamiento y descompresión” de estas cargas. El vaciamiento no puede realizarse en cualquier parte. Debe hacerse entre pares, entre personas que no necesitan explicaciones porque están al tanto del tipo de problemas y, por lo tanto, pueden contener el relato de la situación conflictiva. El vaciamiento tiene el efecto de una descompresión necesaria para poder seguir trabajando.
- ✓ Mantenimiento de áreas libres de contaminación: se refiere a la necesidad de tener espacios de oxigenación, donde pueda “cargar energías”, en actividades absolutamente alejadas de las temáticas del trabajo. Pueden ser actividades de recreación, intereses específicos, cualquier espacio que implique una descontaminación y la posibilidad de distensión.
- ✓ Evitar la contaminación de los espacios de distracción por temas relacionados con la temática del trabajo: no hay que elegir actividades de recreación y distracción cuyos temas se relacionan con el ámbito laboral.
- ✓ Una medida importante de auto cuidado es evitar la saturación de las redes personales, es decir, no contaminar a la familia, amigos, etc. con temas propios del trabajo, para lo cual, no están preparados para escuchar.

#### b) Espacios Grupales de Auto cuidado de Responsabilidad Institucional

Son los que permiten crear y asegurar condiciones que comuniquen un mensaje de preocupación y cuidado de la institución por sus equipos de trabajo.

- ✓ Espacios formales para el vaciamiento y descompresión de los equipos en relación con los casos y temáticas recibidas. Se refiere a organizar espacios sistemáticos en la que todo el equipo tenga la oportunidad de hablar sobre las situaciones vividas durante su jornada laboral y poder vaciar los contenidos más contaminantes. Ejemplo: en reuniones técnicas, de grupo, reuniones de pauta, etc.
- ✓ Espacio de conversación libre que favorezcan las relaciones de confianza entre los miembros del equipo. Son espacios de distensión donde podrán hablar e intercambiar ideas sobre las experiencias vividas en determinados momentos, dentro del transcurso de la jornada semanal y además, de otros temas extralaborales que pueden darse en la informalidad de las horas o momentos del almuerzo o el café. Generar espacios protegidos para la explicitación y resolución de problemas
- ✓ Generar espacios protegidos para la explicitación y resolución de problemas y conflictos surgidos al interior de los equipos. Se obtiene mediante el desarrollo de estrategias constructivas de abordaje de conflictos y de destrezas de negociación, consenso y respeto de las diferencias.
- ✓ Espacios de supervisión, que corresponden a momentos de grupo en el cual se contrata un supervisor externo o, se requiere el apoyo del equipo de Recursos Humanos institucional para facilitar y hacer emerger sus capacidades individuales

y de equipo, utilizando la creatividad y sus recursos para mejorar el desempeño grupal.

- ✓ Asegurar a las/ los profesionales, técnicos y personal auxiliar condiciones mínimas de resguardo de su integridad personal en el trabajo. Especialmente cuando la tarea se desempeña en espacios de alto riesgo. Por ejemplo, frente a la intervención de descompensación grave del usuario/a hospitalizado.
- ✓ Establecer rituales de incorporación y de despedida. Los rituales facilitan la integración de nuevos miembros al equipo, ayudándoles a entender la cultura de la organización. A su vez, los rituales de despedida facilitan la elaboración de estas experiencias y contribuyen a mantener los climas laborales sanos.
- ✓ Promover estilos de liderazgos democráticos. Los estilos de liderazgo autoritario y vertical aumentan la probabilidad de reproducir las dinámicas de abuso al interior de los equipos y tienden a silenciar los conflictos. Por ello, es importante el reconocimiento, la retroalimentación y el interés activo de la autoridad por los equipos, lo que se manifiesta en la flexibilidad y el apoyo administrativo que permite la compatibilidad entre trabajo y familia.
- ✓ Espacios para la activación y fortalecimiento de las redes de apoyo profesional. Cuando se reconoce, como equipo, que la demanda de uno/a de sus miembros sobrepasa la capacidad de contención y vaciamiento, es importante acudir a las redes profesionales que se tienen, principalmente porque son una de las fuentes de apoyo más valiosas para los equipos que trabajan con violencia o con población en situación de riesgo social. Especialmente porque la intensidad emocional del tema hace muy difícil abordarlo en forma aislada: saber que hay otros sectores profesionales que se ocupan de los mismos problemas es un alivio para los equipos.

#### 4.- Equipo y Competencias Técnicas

Si bien es innegable que la competencia técnica de los profesionales y técnicos pertenecientes al equipo clínico de tratamiento es fundamental, en todos aquellos aspectos ligados al conocimiento, habilidades y destrezas en salud mental y psiquiatría, se ha visto que muchos de los aspectos asociados a un mejor resultado se relacionan también a las características o actitudes “blandas” u orgánicas del equipo y de sus intervenciones a saber:

- ✓ Estar atento a la problemática del usuario/a hospitalizado de acuerdo a su etapa de ciclo vital, ser empático
- ✓ Ofrecer un trato acorde al género,
- ✓ Estar familiarizado con actitudes y lenguajes relacionados con su educación, etnia, edad.
- ✓ Ofrecer un trato culturalmente aceptado y simplemente estar disponibles

## 5. Area sujeto del monitoreo: Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Corta y Mediana Estadía del Sistema Público de Salud

a.- TIPO DE INDICADOR	b.- DESCRIPCIÓN	c.- FORMATO	d.- FUENTE DE DATO	e.- PERIODICIDAD	f.- RESPONSABLE	Estándar
Estructura	Porcentaje de recursos humanos de la Unidad con competencias técnicas descritas en Orientaciones Técnicas	N° de RRHH con competencias técnicas descritas en Orientaciones Técnicas / 100 N° total de RRHH de la unidad	Registros de Personal	Anual	Jefe de Unidad	100
Proceso	Porcentaje de usuarios /as hospitalizadas con Plan Individual de Tratamiento Integral (PTI)	N° de usuarios /as hospitalizadas con Plan Individual de Tratamiento Integral (PTI) evaluado en el período / 100 N° total de casos hospitalizados en el período	Ficha Clínica	Semestral	Jefe de la Unidad	100
Resultado	Porcentaje de rehospitalización	N° de personas rehospitalizadas en un año * 100 N° total de personas de hospitalizados en la Unidad en un año	Registros ingresos	Anual	Jefe de Unidad	Menor a 20%
Proceso	Mecanismos de referencia y contrarreferencia definidos y contenidos en un documento formal	SI/NO	Documento formal	Anual	Jefe de Unidad	-
Proceso	Porcentaje de usuarios/as hospitalizados con plan de egreso, que considera continuidad de la atención en la red	N° de usuarios/as hospitalizados con plan de egreso en la ficha clínica que considera continuidad de la atención en la red / 100 N° total de usuarios /as egresados de la unidad	Ficha Clínica	Semestral	Jefe de Unidad	100
Centinela	Número de incidentes críticos* ocurridos en la unidad de hospitalización * incidentes suicidio, agresiones a sí mismo o terceros, violación, accidentes	Número de incidentes críticos ocurridos en la hospitalización	Ficha clínica y registro ad-hoc	Trimestral	Jefe de Unidad	0
Resultado	Promedio días de hospitalización por egreso hospitalario	Total de días de hospitalización para los egresados en el período Total de egresos para el período	Registro formales	Anual	Jefe de la Unidad	Lo observable hasta 15-20 días
Proceso	Índice ocupacional de camas	Total camas ocupadas (días) en un período determinado x100 Total camas disponibles (días) en el período	Registros formales	Anual	Jefe de la Unidad	Grado recomendado hasta 80%
Resultado	Porcentaje de reclamos de usuarios en la unidad de hospitalización	Número de reclamos de usuarios/as recibidos en la unidad de hospitalización*100 Número total usuarios/as hospitalizados	Registros formales	Semestral	Jefe de la Unidad	0
Proceso	Informe aplicación encuesta satisfacción usuario	SI/NO	Informe	Anual	Jefe de la Unidad	



# BIBLIOGRAFÍA



- Aron, A.M.& Llanos, M.T. Cuidar a los que cuidan: Desgaste Profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas Familiares*, N° 1-2, págs. 5-15. (2000)
- Bukstein, O. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP)* (2004):25.. (2004)
- CIE-10 Trastornos Mentales y del Comportamiento Versión Multiaxial Adultos, Versión 1996
- Circular A15/ N° 13 5 julio 2007, *Instruye sobre Internación no Voluntaria de Personas afectadas por Enfermedades Mentales*
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Recomendación sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental (1999)
- CONACE, SENAME, MINSAL Orientaciones Técnicas. Tratamiento del Consumo problemático de alcohol y drogas y otros trastornos de Salud Mental en adolescentes infractores de Ley. (2007).
- Convención Internacional de los Derechos del Niño. 1990
- Conserjería de Sanidad y Asuntos Sociales Murcia Organización de) Servicios y Evaluación de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica 1995
- Clasificación internacional del funcionamiento, discapacidad y salud (CIF) (2006)
- Currie, J. and Focus. Consultants for Canada's Drug Strategy Division. *Prácticas Óptimas: Tratamiento y rehabilitación de la juventud con problemas de consumo de drogas.* Canada's Drug Strategy Division
- Derechos Humanos de las Personas con Enfermedades Mentales: legislación internacional y desafíos para Chile MINSAL 2005
- Diagnóstico de Salud Mental Psiquiátrico y Propuesta de modelo de atención de niños, niñas y adolescentes de los centros de administración directa de SENAME. Clínica Psiquiátrica Universitaria. Universidad de Chile- SENAME, 2004
- Foro de Instituciones profesionales en salud mental de la ciudad de Buenos Aires, Argentina 2005 [http://www.forosaludemnatl.com.ar/conceptos\\_compartidos\\_Detalle.htm](http://www.forosaludemnatl.com.ar/conceptos_compartidos_Detalle.htm)
- Gnecco, Gilda. *Modulo de Calidad Diplomado Gestión de Calidad*, Universidad de Chile 2005



- García, Ricardo (2000) "Psiquiatría del niño y del adolescente". Versión digital archivo <http://www.uandes.cl/dinamicas/Psiq%20infantil-Adolescente.rtf>.
- Guía Clínica Primer episodio Esquizofrenia. 1st Ed, MINSAL Santiago. (2005)
- Guía Clínica. Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años. Serie de Guías Clínicas MINSAL N° 53. (2007)
- Guía Planificación y Diseño Unidades Hospitalización Corta Estadía Ministerio de Salud. (1999)
- Infraestructura Sistema Privativo de Libertad Responsabilidad Penal Adolescente. Contexto, estándares, condiciones mínimas y programa de mantención social. 2007
- Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Organización Mundial de la Salud, Oficina de publicaciones (2003)
- Larraín, S *Estudio "Género y Adolescentes infractores de Ley"*, (2005)
- Ley N° 20.084 que establece un sistema de responsabilidad de los adolescentes por infracciones a la Ley Penal. Promulgada el 28-11-2005, publicada el 07-12-2005.
- Legislación sobre Salud Mental y DDHH Conjunto de Guías Servicios y Políticas de Salud Mental Editores Médicos (2005)
- La acción del Servicio Nacional de Menores en el ámbito de protección de derechos de la infancia y adolescencia periodo 2006-2010
- Mate, A. & Vásquez A. (2006) "*Discapacidad: Todos Debemos Saber*" Editores OPS Publicación Científica y Técnica 616 OPS 2006
- Ministerio de Justicia) *Ley No 20.084* Publicada en Diario Oficial 7/12/05.
- MINSAL: (2005)
- Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (1993)
- Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, Unidad de Salud Mental. Ministerio de Salud (2000)
- Norma Técnica "Terapia Electroconvulsiva Modificada MINSAL, (2000)
- Norma Técnica: "*Medidas de Contención para personas con Enfermedad Mental en Episodio de Agitación Psicomotora*" Ministerio de Salud, División de Rectoría y Regulación Sanitaria, Departamento de Salud de las Personas, Unidad de Salud Mental, Julio 2003. Aprobada por Resolución Exenta N° 984, 17 (2003)"
- Norma Técnica Residencias Protegidas Resolución Exenta N° 392 – 2006 Ministerio de Salud 2006
- Norma Técnica N° 85 Tratamiento integral de adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol – drogas y otros trastornos de salud mental. Resolución exenta N° 391, 3 de abril 2006, Ministerio de Salud Chile, Subsecretaría de Salud Pública,

- División de Control y prevención de enfermedades. Departamento de Salud Mental. CONACE SENAME (2006)
- Norma Técnica N° 90 de Rehabilitación Psicosocial para Personas mayores de 15 años con Trastornos Psiquiátricos Severos y Discapacidad (2006)
- Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. OMS (2007)
- Orientaciones Técnicas para el Funcionamiento de los Centros de Internación provisoria en conformidad a la Ley N° 20.084. Aprobado por Resolución Exenta N° 0187B, 16 de mayo 2007.
- Orientaciones para la Atención de Niños, Niñas y Adolescentes con Trastornos Mentales, usuarios del Servicio Nacional de Menores 2007
- (SENAME). Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades. Departamento de Salud Mental. Ministerio de Justicia (SENAME) y Ministerio del interior (CONACE)
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) Organización de Naciones Unidas (1976)
- Pauta general de requisitos de Autorización Sanitaria para establecimientos de salud de atención cerrada. Documento para revisión. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Departamento de Calidad en Salud, Unidad de Autorización Sanitaria, 30 abril 2007.
- Pauta de Requisitos Autorización Sanitaria para hospitalización psiquiátrica de corta y mediana estadía. Documento para revisión. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Departamento de Calidad en Salud, Unidad de Autorización Sanitaria, Julio 2007.
- Pauta de requisitos Autorización Sanitaria para Establecimientos que efectúan Hospitalización Psiquiátrica de corta estadía a población Adolescente en Centros Privativos de Libertad. Documento para revisión. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Departamento de Calidad en Salud, Unidad de Autorización Sanitaria, Septiembre 2007.
- Plan de Mejora de Calidad en Salud Mental Departamento de Salud Mental Ministerio de Salud, Chile 2003
- Prevención de los Trastornos Mentales “Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas OMS Ginebra 2004
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) Organización de Naciones Unidas (1976)
- Pasos Hacia un Modelo Integral de Funcionamiento Humanos Gobierno de Chile Fondo Nacional de la Discapacidad en Chile. (2006)
- Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (PPEM)

Quality Improvement for Mental Health OMS (2001)

Reglamento Para la Internación de las Personas con Enfermedades Mentales y sobre los Establecimientos que la Proporcionan. (Aprobado por Decreto supremo. N° 570 del 28 de agosto de 1998, publicado en el Diario Oficial del 14 de julio del 2000).

Registro interno de problemáticas en salud mental del Departamento de Protección de Derechos (DEPRODE) Departamento de Responsabilidad Juvenil (DEDEREJ) (2006)

Reglamento de la Ley N° 20.084 que establece un sistema de responsabilidad de los adolescentes por infracciones a la Ley Penal. (2007)

Universidad de Santiago de Chile, *Efectos de los programas del SENAME en la integración social de niños y niñas*. Instituto de estudios avanzados de la Universidad de Santiago de Chile. 2005

WHO, Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans, 2005

WHO-AIMS *Informe sobre Sistema de Salud Mental en Chile* WHO Ministerio de Salud Chile (2006)





GOBIERNO DE CHILE  
Subsecretaría de Salud Pública  
División de Prevención y Control de Enfermedades  
Departamento Salud Mental