



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE GRADUADOS
CLÍNICA DE PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA

**Hacia la implementación de un hospital de día en Psiquiatría
Pediátrica**

Monografía de posgrado en Psiquiatría Pediátrica

AUTORAS:

Dra. Leticia Barreto

Dra. Ivannah Campodónico

Dra. Ana Inés Paullier

TUTORA: Prof. Dra. Gabriela Garrido

Montevideo, febrero de 2019

Hacia la implementación de un hospital de día en Psiquiatría Pediátrica

AGRADECIMIENTOS

A quienes participaron de las entrevistas, por su tiempo, colaboración e información brindada.

A la Prof. Dra. Gabriela Garrido, por su tutoría en el proyecto, guía y aporte de conocimientos y experiencia.

A la Lic. Ana Lía Ciganda, por su tiempo, generosidad y contribución de conocimiento en el área de metodología y herramientas utilizadas.

A nuestras familias por el apoyo durante todo el proceso.

Contenido

Introducción	6
Fundamentación del proyecto.	6
Definición de Hospital de día (HD)	13
Antecedentes históricos de la hospitalización de día.	15
Experiencias más recientes en otros países.	17
Investigación	18
Objetivo general	19
Objetivos específicos	19
Materiales y métodos	19
Discusión sobre la elección de la metodología para este estudio.	19
Metodología cualitativa	20
Supuestos:	23
Preguntas guía:	23
Resultados	27
Análisis de las entrevistas.	27
1.Necesidad de contar con un HD de Psiquiatría Pediátrica.	27
2.Características del HD	28
3.Objetivos del HD	29
4.Organización y funcionamiento	30
5.Gestión del HD	32
6.Limitaciones en el sistema actual de salud	34
7. Experiencias a nivel nacional e internacional de distintos dispositivos para la atención de salud como alternativas a la hospitalización a tiempo completo.	37
Conclusiones	39
Aspectos complementarios relevantes para la fundamentación del proyecto.	42
Proyecto piloto.	47
Objetivo General del Hospital de Día	48
Objetivos de gestión del Hospital de Día	49
Usuarios que se benefician del Hospital de Día	49
Flujo de referencias hacia y desde el Hospital de Día	50
Programación terapéutica	51
Estructura de gestión	51
Organización y funcionamiento	51

Recursos humanos	52
Funciones del Personal del HD (15)	53
Recursos materiales	58
Evaluación del proyecto	58
Indicadores de Impacto y Calidad de Atención para el HD	58
Bibliografía	62
Anexo: Modelos de entrevistas utilizadas	66
Entrevista n°1: Experiencias previas en HD Psiquiátrico	67
Entrevista n°2: Experiencias de HD en distintos servicios de Salud en general	69
Entrevista n°3: Entrevista Gestión de Salud	70

Introducción

Fundamentación del proyecto

La salud mental es parte integral de la salud y el bienestar, tal como refleja la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS): “La salud es un estado de completo bienestar, físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”.(1)

A nivel mundial se reconoce la necesidad imperiosa de llevar adelante acciones, con el fin de reducir la carga que representan los trastornos mentales en todo el mundo. Los sistemas de salud aún no han logrado dar una respuesta adecuada a la carga de trastornos mentales. Por lo tanto, la divergencia entre la necesidad de tratamiento y su prestación es grande.(1)

De acuerdo a distintos datos internacionales se estima que entre el 10 y el 22% de los niños y jóvenes menores de 18 años sufren en algún momento de su vida, un problema psiquiátrico y la tercera parte de las enfermedades mentales del adulto comienzan a estas edades. (2)

En los países de ingresos bajos y medios, entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no reciben tratamiento. El problema se complica aún más por la escasa calidad de la atención que reciben los casos tratados.(1)

La estrategia definida en la conferencia de Alma Ata en 1978 estableció un avance para superar los modelos biomédicos, centrados en la enfermedad que privilegian servicios curativos, caros, basados en establecimientos de segundo y tercer nivel por modelos basados en la promoción de salud y preventivos de la enfermedad a costos razonables para la población. (3)

En 1990 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), convocaron a distintas organizaciones y profesionales a la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina celebrada en Caracas, Venezuela. En el marco de esta conferencia, se adoptó la Declaración de Caracas. Una de las estrategias propuestas fue la actualización de legislaciones que aseguren el respeto de los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales y sus familiares, y se promueva la organización de servicios comunitarios que contribuyan a que estas personas puedan disfrutar de la libertad personal y por consiguiente ejercer sus derechos. (4)

Atlas es un proyecto de la sede de la OMS, en Ginebra, supervisado y coordinado por el Dr. Shekhar Saxena. El proyecto del año 2001, refiere que los hospitales para trastornos mentales con gran número de camas no son deseables, recomendando dejar un mínimo número para pacientes que no pueden asistirse en comunidad, así como camas en hospitales generales y estrategias comunitarias como prioridad. (5)

El Atlas de Salud Mental 2011 aporta datos que demuestran la escasez de recursos de los países para atender las necesidades de salud mental y señalan la distribución inequitativa y el uso ineficiente de esos recursos. La reorientación de esta financiación hacia servicios de base comunitaria, con integración de la salud mental en la atención sanitaria general y en distintos programas de salud, permitiría que muchas más personas accedieran a intervenciones mejores y más costo efectivas.(1)

En el contexto de la mejora del acceso a la atención y de la calidad de los servicios, la OMS recomienda el desarrollo de servicios integrales de salud mental y de asistencia social de base comunitaria; la integración de la asistencia y los tratamientos de salud mental en los hospitales generales y la atención primaria; la continuidad asistencial entre diferentes prestadores y niveles del sistema de salud; la colaboración eficaz entre los prestadores de atención formales e informales, y el fomento de la autoasistencia. (1)

El desarrollo de servicios de salud mental de buena calidad requiere protocolos y prácticas basadas en evidencias, que incluyan la intervención temprana, la incorporación de los principios de los derechos humanos, el respeto de la autonomía individual y la protección de la dignidad de las personas.(1)

En cuanto a la reorganización de los servicios y ampliación de la cobertura, se propone en lugar de atender al paciente en hospitales psiquiátricos de estancia prolongada, privilegiar sistemáticamente la asistencia en centros de salud no especializados, con una cobertura creciente de intervenciones científicamente contrastadas (incluidos los principios de la atención escalonada cuando proceda) y recurriendo a una red de servicios comunitarios de salud mental interrelacionados, lo que incluye, además de breves ingresos hospitalarios, atención ambulatoria en hospitales generales, atención primaria, centros de salud mental integral, centros de atención diurna, apoyo a las personas con trastornos mentales que vivan con su familia y viviendas subvencionadas.(1)

Atlas, en su versión del 2017, brinda información actualizada sobre la disponibilidad de servicios y recursos de salud mental en todo el mundo, y plantea en relación al progreso hacia las metas del Plan de Acción Integral de Salud Mental 2013-2020 que uno de los objetivos es proporcionar servicios integrales, integrados y receptivos de salud mental y atención social en entornos basados en la comunidad.

Los datos incluidos demuestran que se está haciendo un desarrollo progresivo en relación con las políticas, leyes, programas y servicios de salud mental en todos los Estados Miembros de la OMS. Sin embargo, se necesitan grandes esfuerzos, compromisos y recursos para alcanzar los objetivos.(6)

El Prof. Dr. Cherro (Ex. Director de la Clínica de Psiquiatría Pediátrica- Facultad de Medicina, Uruguay), realizó una reseña breve acerca de la evolución conceptual de la internación psiquiátrica a nivel nacional e internacional. (7)

Señala cómo en un inicio, las personas con patologías psiquiátricas eran excluidos de la sociedad en “manicomios” que lejos de funcionar como centros de salud, tenían la finalidad de recluir a estas personas, cuando no estaban en situación de calle o en las cárceles. Esta realidad se veía en toda la región hasta comienzos del siglo XIX.

A partir de ese momento, se forman los asilos, que brindaban comida y un lugar para permanecer a los pacientes, sin abordajes terapéuticos, hasta que se crea el Manicomio Nacional, que luego será el Hospital Vilardebó en 1910.

Los manicomios pasaron a ser hospitales, pensado como un lugar que brinda una hospitalización por poco tiempo con un objetivo terapéutico; diferenciándose de los asilos,

que brindan protección, comida, vestido, por tiempo indeterminado (lo que constituiría una institucionalización).

Es de destacar que la presencia significativa de médicos en estos hospitales se da recién a principios del siglo XX, proceso similar en toda la región.

Se ubica los inicios de la actividad psiquiátrica en el país en la segunda mitad del siglo XIX, que se fue “desalienando a sí misma”. Como se entiende, llevo su tiempo reconocer la especificidad de la enfermedad mental y la necesidad de técnicos especializados en su tratamiento, y de que estuviera a cargo de los hospitales.

En la década del 70 se produjo un cambio internacional en el modelo asistencial que tiende a la desinstitucionalización. Estos cambios debieron acompañarse de leyes y políticas de implementación.

Se propuso la creación de estructuras extrahospitalarias y de la comunidad que formen una red coordinada de servicios integrada al sistema sanitario general.

En nuestro País en el marco del Plan Nacional de Salud Mental (PNSM), aprobado en 1986, se plantea como condición necesaria, priorizar y articular acciones en Salud Mental en el primer nivel de asistencia, con criterios de complementariedad, integración y coordinación, con el resto de los actores del sistema, a fin de mejorar la calidad de atención, su eficacia y eficiencia.(8)

Este plan fue elaborado por una Comisión Nacional integrada por distintos representantes del Ministerio de Salud Pública (MSP), los titulares de las Cátedras de Psiquiatría de Adultos y Pediátrica de la Facultad de Medicina, la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay y la Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de Infancia y Adolescencia, un delegado de la Comisión Honoraria del Psicópata y otro del Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica. Se invitaron a participar otros representantes de las siguientes disciplinas: enfermería, psicología, trabajo social, entre otros. (2)

Dentro de las áreas de desarrollo, percibidas como de importancia para el PNSM, se destacan: las acciones de las áreas de prevención y promoción en Salud Mental y la atención de personas con trastornos mentales, incluyendo el abordaje psicofarmacológico, con énfasis en la rehabilitación, superando el modelo tradicional discriminatorio y asilogénico, procurando un nuevo modelo, evitando el hospitalismo, integrándola a su medio. (9)

Previa a la formación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), se planteaba en relación a la descentralización, la importancia de fortalecer los centros del primer nivel de atención. Los problemas deberían ser resueltos en dicho nivel, evitando así las consultas en los servicios de emergencia hospitalarios. Sin embargo, ningún sistema puede funcionar con eficacia, si algunos de los subsistemas que lo integran no alcanzan un desarrollo armónico en relación a los demás. (10)

Es así que a partir de 1990 comienza un proceso de fortalecimiento de recursos materiales y humanos especializados en Salud Mental, incorporándose técnicos especialistas en psiquiatría y psicología. Se crea una red comunitaria coordinada entre los diferentes niveles de atención.

Paralelamente se aumenta la disponibilidad de camas para internación de los pacientes con patología psiquiátrica en Hospitales Generales en el interior del País, evitando de esta forma el desarraigo de los pacientes de su lugar de origen.

En el año 1991 inicia su funcionamiento el Centro Diurno del Hospital Vilardebó y en el año 1995 se inaugura el Centro Diurno "Benito Menni" y a fines de 1996 se cierra el Hospital Psiquiátrico Musto, hito en el proceso de transformación de la Salud Mental en nuestro país, en el marco de un cambio de paradigma enfocado a la "recuperación". (2)

En el caso de un sistema de salud, cada uno de sus componentes, tiene determinadas funciones que cumplir; cada nivel de atención desempeña un papel que debe ser coordinado y complementado por los otros niveles.

En la mayoría de los países de América Latina, el primer nivel de atención ha tenido un escaso desarrollo, debido a insuficiencia y baja calidad de los recursos asignados, deficiencias de organización y formas de administración inadecuada.(10). Si bien en nuestro país se han asignado múltiples recursos para la atención en el primer nivel de atención, creando equipos de Salud Mental comunitaria, aún quedan aspectos de la organización y funcionamiento que resolver y mejorar.

A partir de 1996 la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE -MSP) desplegó un plan de desarrollo nacional a través de los Centros de Salud y Equipos de Salud Mental (ESM), lográndose resultados diferentes, dependiendo en general de iniciativas aisladas ya que actuaron escindidos dentro del sistema sanitario. (9)

El Programa de Salud Mental del MSP, dependiente de la Dirección de Unidades Asistenciales y Especializados de ASSE incorporó desde su creación en 1997 como una necesidad imprescindible la atención de la población pediátrica en el campo de la salud mental. Para esto se integraron disciplinas como psiquiatría pediátrica, psicología infantil, como constituyentes básicos de los equipos de salud mental. Son estos equipos las "unidades funcionales" de este programa tanto en Montevideo como en el Interior y representaron un logro importante en el proceso de descentralización de la asistencia psiquiátrica del nivel hospitalario. La incorporación de la población infantil implica un concepto de prevención y atención temprana en sí mismo ya que la atención al paciente adulto la mayoría de las veces nos enfrenta a la patología crónica y nos aleja de la posibilidad de prevenir. (2)

De acuerdo al proyecto Atlas del año 2004, en nuestro País, ya existía una demanda insatisfecha, que se visualizaba en las demoras para acceder a la primera consulta con equipos de salud mental y una prolongación del tiempo entre consulta y consulta, más allá de los óptimos.

En cuanto a los servicios de internación psiquiátrica, los niños y adolescentes son internados en Hospitales Generales y en caso de que la situación clínica requiera medidas de mayor contención, se contratan servicios privados de internación, en clínicas psiquiátricas. (2)

En el marco de la reforma de salud, se propone trabajar en un primer nivel de atención de base territorial, promoviendo equipos de salud resolutivos, interinstitucionales y adecuadamente referenciados con otros niveles de atención, que aseguren lo integral de las prestaciones, en vistas a mejorar los indicadores sanitarios. (11)

En el año 2005 se crea la Coordinación de Salud Mental de ASSE-MSP responsable de operativizar el Plan. Se plantean desarrollos coordinados y acciones en conjunto con el resto del sistema, considerándose que el PNSM transversaliza a todos los programas prioritarios que se van definiendo.(9)

A instancias del PNSM, se trabajó hacia la incorporación de nuevas prestaciones en Salud Mental, planteándose que las mismas permitirían descomprimir los requerimientos en otros niveles de atención que resultan más complejos y costosos. Esto además de acompañarse de un ahorro en el gasto, repercute en todo aquello que implica el beneficio de poder promover actitudes saludables, de responsabilidad y compromiso en los diferentes ámbitos. (9)

La inclusión de estas prestaciones y modalidades de acción terapéutica dentro del SNIS implica:(9)

1. Abordar la integralidad de la salud en las diferentes franjas etarias, con las especificidades correspondientes a la niñez y adolescencia y por otra parte al adulto, incluyendo los aspectos instrumentales, psicológicos y sociales.
2. Que la atención psicológica es un derecho que progresivamente debe integrarse a las prestaciones universales de salud.
3. Priorizar el primer nivel de atención actuando sobre los factores de riesgo y las poblaciones vulnerables.
4. Actuar sobre aquellas situaciones más frecuentes para contribuir a facilitar el desarrollo saludable de niños, adolescentes y jóvenes.
5. Poner el acento en aquellos motivos de consulta más frecuentes en la infancia y adolescencia cuya atención puede actuar como prevención de situaciones posteriores de exclusión, violencia y/o muerte prematura.
6. Poner el acento en aquellos colectivos que pueden ser multiplicadores de salud.

A pesar de los mencionados desarrollos, persisten aún demandas que consideramos no son satisfechas, como ser los desequilibrios territoriales, insuficiencias internas y deficiencias estructurales que aconsejan nuevas actuaciones.

Actualmente nuestro sistema de salud, en cuanto a salud mental, cuenta con diferentes dispositivos: policlínicas comunitarias, centros diurnos, centros medio camino, hospitalización completa, internación en clínicas de agudos, entre otros.

Experiencia en nuestro país

Actualmente, en Uruguay existen hospitales de día en otros centros de salud y para otras especialidades médicas. No contamos aún con este tipo de dispositivo para el manejo de patología psiquiátrica en el área pediátrica.

En Octubre del año 2017, fue aprobada la Ley de Salud Mental (Ley 19.529), lo que constituye un nuevo avance en el camino hacia los nuevos modelos de intervención.

La misma establece en su primer artículo: “La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas personas usuarias de los servicios de salud mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social”.

En el capítulo V en relación al abordaje se establece:

Artículo 16 (Niveles de atención): “La atención en salud mental se organizará por niveles de complejidad, tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención...” “...En el proceso asistencial se integrarán los recursos comunitarios y se procurará la participación de familiares de las personas con trastorno mental”.

Artículo 17 (Ámbito de atención): “El proceso de atención debe realizarse preferentemente en el ámbito comunitario, en coordinación desde ese ámbito hacia los niveles de mayor complejidad cuando sea necesario. Esta atención se realizará en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial y estará orientado a la promoción, reforzamiento y restitución de los lazos sociales”.

Artículo 21 (Rehabilitación): “Las estrategias y programas de rehabilitación estarán orientadas al logro de una mejor calidad de vida. Deberán ser accesibles, estar adaptadas a las diferentes etapas y necesidades de la persona con trastorno mental y tenderán a mejorar su autonomía y favorecer su inclusión educativa, social, laboral y cultural a lo largo del ciclo vital”.

Artículo 24 (Hospitalización): “La hospitalización es considerada un recurso terapéutico de carácter restringido, deberá llevarse a cabo sólo cuando aporte mayores beneficios que el resto de las intervenciones realizables en el entorno familiar, comunitario y social de la persona y será lo más breve posible.

Se fundará exclusivamente en criterios terapéuticos con fundamentos técnicos reservándose especialmente para situaciones agudas y procurando que se realice en unidades especializadas en psiquiatría ubicadas en hospital o sanatorio general y en el caso de niñas, niños y adolescentes en hospital pediátrico o en áreas de internación pediátrica en hospitales generales.

En ningún caso la hospitalización será indicada o prolongada para resolver problemas sociales o de vivienda.

Durante la hospitalización, se promoverá el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas hospitalizadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellos casos en que el equipo de salud interviniente lo deniegue por razones terapéuticas debidamente fundadas”.

Artículo 26 (Modalidades de hospitalización): “Se implementarán diversas modalidades de hospitalización, según las necesidades de la persona con trastorno mental y las posibilidades de la familia y allegados, tales como: hospitalización a tiempo completo, **hospitalización parcial diurna o nocturna, hospitalización domiciliaria**”.

Artículo 37 (Desinstitucionalización): “Se impulsará la desinstitucionalización de las personas con trastorno mental, mediante un proceso progresivo de cierre de estructuras

asilares y monovalentes, las que serán sustituidas por un sistema de estructuras alternativas.

Se entiende por estructuras alternativas, entre otras, los centros de atención comunitaria, los dispositivos residenciales con apoyo y centros de rehabilitación e integración psicosocial.

Las estructuras alternativas no podrán reproducir las prácticas, métodos, procedimientos y dispositivos cuyo único objetivo sea el disciplinamiento, control, encierro y, en general, cualquier otra restricción y privación de libertad de la persona que genere exclusión, alienación, pérdida de contacto social y afectación de las potencialidades individuales”.

El dispositivo de HD en el contexto de la Ley de Salud Mental, es uno de los componentes que contribuiría a consolidar un modelo de atención con énfasis en la resolución oportuna, integral, ambulatoria y comunitaria de los problemas de salud mental. Está integrado a la red de atención, ocupando un lugar en el segundo nivel de atención y segundo nivel de complejidad.

Se define niveles de atención, como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. (3)

Se distinguen tres niveles de atención. El primer nivel es el más cercano a la población, el nivel del primer contacto. Implica la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad.

En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría.

El tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, para la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. (3)

Para que los niveles de atención funcionen adecuadamente debe existir un sistema de referencia y contrarreferencia que permita la continencia o capacidad operativa de cada uno de los mismos, para ello es fundamental la coordinación entre los diferentes niveles.

La referencia constituye un procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual un establecimiento de salud, (de acuerdo al nivel de resolutivez que le corresponda), transfiere la responsabilidad del cuidado de la salud de un paciente o el procesamiento de una prueba diagnóstica, a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutivez.

La contrarreferencia es el procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual el establecimiento de salud de referencia, una vez resuelto el problema de salud, devuelve la responsabilidad del cuidado de salud de un paciente o el resultado de una prueba diagnóstica, al establecimiento de salud referente (de menor complejidad) para su control y seguimiento necesario.

Cada nivel de atención condiciona el nivel de complejidad que debe tener cada establecimiento. Se entiende como nivel de complejidad, al número de tareas diferenciadas o procedimientos complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el

grado de desarrollo alcanzado por ella. El grado de complejidad establece el tipo de recursos humanos, físicos y tecnológicos necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la unidad asistencial, sus servicios y organización.

El primer nivel de complejidad se refiere a policlínicas, centros de salud, consultorios y otros, donde asisten profesionales como Médicos Familiares y Comunitarios, Pediatras, Ginecólogos, Médicos Generales. En el segundo nivel de Complejidad se ubicarían los hospitales con especialidades como Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, Cirugía General, Psiquiatría, etc. El tercer nivel de complejidad se refiere a establecimientos que realizan prestaciones médicas y quirúrgicas con presencia de subespecialidades de éstas, que se caracterizan por un uso intensivo de recursos humanos y equipamientos, con la realización de procedimientos complejos y uso de alta tecnología. (3)

Definición de Hospital de día (HD)

Se entiende como "Hospitalización de Día" la asistencia en el hospital durante unas horas, ya sea para diagnósticos, investigaciones clínicas y/o exploraciones múltiples, así como para tratamientos que no pueden hacerse en la consulta externa, pero que no justifican la estancia completa en hospital. (12)

La Asociación Americana de Hospitalización Parcial, define **la hospitalización parcial como un programa de tratamiento ambulatorio, activo y de tiempo limitado, que ofrece servicios clínicos, estructurados, coordinados y terapéuticamente intensivos, dentro de un ambiente terapéutico estable. Emplea un esquema integrado, global y complementario de enfoques reconocidos de tratamientos. El programa debe ser una unidad organizada, separada e identificable, aunque integrada dentro de la continuidad de servicios de salud mental.** (13)

En el Plan Integral de Salud Mental de Andalucía se define HD como un dispositivo asistencial intermedio que forma parte de las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil y cuya finalidad es la de proporcionar un tratamiento intensivo y global de los trastornos mentales severos que aparecen en la infancia y en la adolescencia.(14)

En el Plan Chileno acerca de las Orientaciones Técnicas para el Funcionamiento de HD en Psiquiatría, se define HD como un dispositivo o unidad clínica psiquiátrica, especializada, que forma parte de la Red Territorial de Servicios en Salud Mental y Psiquiatría, relacionándose del modo más expedito posible con los otros dispositivos o unidades de esta Red.(15)

Históricamente los Hospitales de Día han cumplido diversas funciones: (16)

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

De acuerdo a la bibliografía consultada, sus funciones son: (16)

- Atender en forma ambulatoria a personas afectadas por enfermedades psiquiátricas severas y como una alternativa a la hospitalización completa.
- Brindar tratamiento psicológico, psiquiátrico y social.
- Permitir la continuidad del proceso de estabilización clínica en el marco de hospitalizaciones corta estadía, ofreciendo un tratamiento más intensivo
- Evaluar el funcionamiento social que permita ofrecer un plan integral de rehabilitación psicosocial.
- Proveer tratamiento de soporte, evitando las interrupciones en el período post–alta desde la hospitalización a tiempo completo
- Mejorar la adherencia al tratamiento.
- Dar soporte social a familiares y cuidadores
- Servir como nexo entre el usuario y el sistema general de salud para asegurar su atención integral (otras especialidades médicas, otros profesionales y técnicos de la salud).
- Permitir la observación continua y sistemática de la persona durante un corto período con el fin de aclarar dudas diagnósticas.

En cuanto a los objetivos de su funcionamiento se plantean objetivos generales y clínicos:(16)(17)

Objetivos generales:

- Contribuir a reducir el estigma
- Favorecer la continuidad de cuidados de la persona en el ámbito comunitario.
- Reducir costos respecto a la hospitalización a tiempo completo
- Mejorar la costo- efectividad del tratamiento integral
- Favorecer el inicio del proceso de rehabilitación

Objetivos clínicos:

- Mejorar la resolutivez de episodios agudos.
- Prevenir recaídas.
- Disminuir el número y el tiempo de hospitalización a tiempo completo
- Mejorar la dinámica familiar y/o ambiental susceptible de desestabilizar a la persona en tratamiento.
- Mejorar la adherencia al tratamiento.
- Favorecer la prevención y resolución de problemas de salud general no atendidos previamente
- Favorecer la incorporación de los familiares al proceso terapéutico.

En cuanto a la población objetivo que podría beneficiarse del HD, se plantea: pacientes con sintomatología activa; capaces de entender y colaborar en su tratamiento; sin conductas gravemente disruptivas o heteroagresivas y sin riesgo de suicidio que requiera ingreso a hospitalización a tiempo completo. (17)

Numerosas investigaciones han demostrado la eficacia de este tipo de intervenciones en el tratamiento de problemas conductuales y emocionales en niños y adolescentes; por ejemplo en los trastornos de conducta, en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos por consumo de sustancias y los trastornos generalizados del desarrollo.(18)

Hacia la implementación de un hospital de día en Psiquiatría Pediátrica

De acuerdo al Ministerio de Sanidad, Consumo y bienestar Social de España, el perfil de los pacientes que tienen criterio de ingreso al HD es: ***“pacientes con sintomatología activa, que puedan colaborar con el tratamiento sin conductas generalmente disruptivas o heteroagresivas graves y sin riesgo de suicidio que requieran un ingreso a un tiempo completo”***. (12)

De acuerdo a una revisión Cochrane 2010, el tratamiento de los pacientes en los HD, puede reducir el número de pacientes que requieren hospitalización completa, mejorando a su vez su evolución. (19)

Antecedentes históricos de la hospitalización de día

La aparición del Hospital de Día, daría testimonio del hecho de que para muchos pacientes con trastornos mentales, la actitud segregativa sería reemplazada por un proyecto terapéutico que intentaría reintegrarlos socialmente.(20)

El primer HD fue establecido en la Unión Soviética en la década del '30.

En esa época la Unión Soviética se lanzó a la industrialización intensiva y en materia de salud mental dedicó esfuerzo en desarrollar un sistema de atención, extrahospitalario.

Por iniciativa de Bekhterev (médico, neurólogo), se habían organizado servicios de convalecencia para neuróticos fuera de los hospitales psiquiátricos.

Dzhagarov (médico jefe del primer hospital psiquiátrico de Moscú), planteó que los psiquiatras debían tratar los problemas de los pacientes psicóticos, para los que propuso una nueva solución: "la hospitalización semipermanente". Esto implicaba que el paciente concurre un horario acotado y luego retornara a su hogar. Una razón imperiosa que lo llevó a desarrollar esta nueva modalidad terapéutica había sido la necesidad extrema de camas y la sobrepoblación del hospital.

Además, planteaba que utilizando métodos terapéuticos modernos se reducirían los costos y disminuiría el número de personal requerido. (21)

No fue sino después de la Segunda Guerra Mundial, en el año 1946, momento en el cual existían largas listas de espera para la atención psiquiátrica, que la psiquiatría del mundo occidental inauguró esta modalidad de hospitalización, con Cameron en Montreal y Bierer en Londres. (21)

Desde la década del '60 en adelante, las reformas psiquiátricas de los países industrializados profundizaron en la creación de establecimientos intermedios, alternativos a la hospitalización completa en los hospitales psiquiátricos, donde los hospitales diurnos se volvieron una pieza clave. (20)

A lo largo de los años, este recurso ganó en reconocimiento y experiencia, demostrando ser eficaz en aspectos como la necesidad de menor cantidad de recursos humanos y materiales, y la posibilidad de no solo acceder a los tratamientos por parte de los pacientes sino también favorecer su resocialización.

Experiencias más recientes en otros países.

Hacia la implementación de un hospital de día en Psiquiatría Pediátrica

En España la reforma de la asistencia psiquiátrica iniciada en las Diputaciones Provinciales en 1981 se generalizó y recibió un impulso definitivo con la aprobación de la Ley General de Sanidad de 1986, que entre otros avances significó la integración de la asistencia psiquiátrica y de la salud mental en el Sistema Nacional de Salud, y desplazó la cultura organizacional psiquiátrica desde los hospitales psiquiátricos a la comunidad.(17)

El desarrollo asistencial del nuevo modelo de atención a la salud mental determinó la creación de servicios psiquiátricos integrados en el sistema sanitario general, próximos a la población y atendidos por equipos multiprofesionales que trabajan en red, de forma coordinada con otros servicios de atención especializada, los servicios de atención primaria y los servicios sociales.

La Ley General de Sanidad establece que la atención a los trastornos mentales se haga en el ámbito comunitario y para ello se potencien entre otros los servicios ambulatorios y la hospitalización parcial.(17)

De acuerdo al Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría de Chile, en el contexto de la reforma de salud, la Unidad de Hospitalización Diurna, es uno de los componentes del modelo de atención para el tratamiento de los problemas mentales severos. (16)

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

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

Para el cumplimiento de estas metas se impulsa el desarrollo de Redes Territoriales de Servicios en Salud Mental y Psiquiatría, constituidas entre otros componentes por el desarrollo de HD.(16)

Teniendo en cuenta nuestra formación como residentes en el hospital pediátrico, nuestra actual labor en las policlínicas periféricas como técnicos en salud mental y en conocimiento sobre el funcionamiento de la hospitalización parcial en psiquiatría de niños y adolescentes en otros países, es que detectamos, que el dispositivo de hospital de día en psiquiatría pediátrica aún faltante en nuestra red de asistencia, aportaría un eslabón asistencial intermedio más flexible, oportuno, de menor complejidad y costo, que la hospitalización a tiempo completo. Representa un complemento a los servicios ambulatorios ya existentes y los de hospitalización completa convencional.

Investigación

Recolección y análisis de opiniones de informantes calificados, sobre la creación de un Hospital de Día para niños/as y adolescentes portadores de trastornos mentales graves.

Objetivo general

Conocer la opinión de expertos, usuarios y profesionales de la salud acerca de la creación de un dispositivo de HD de Psiquiatría Pediátrica y esbozar líneas para su implementación.

Objetivos específicos

- Revisar la bibliografía nacional e internacional existente en el tema
- Consultar a informantes calificados sobre la necesidad de un HD para niños/as y adolescentes en nuestro país.
- Identificar facilitadores y barreras para su implementación.
- Recabar datos de frecuencia de las internaciones en el CHPR
- Estimar costos de las distintas modalidades de hospitalización.
- Definir las características del dispositivo y proponer vías de implementación.
- Definir formas de evaluación del funcionamiento del dispositivo una vez que se implemente.

Materiales y métodos

Discusión sobre la elección de la metodología para este estudio.

La Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud (Asociación Internacional organizada por la OMS, que promueve la Investigación de Políticas y Sistemas de Salud), apoya el uso de la investigación cualitativa en la toma de decisiones. (22)

La investigación de políticas y sistemas de salud busca comprender y mejorar la forma en que las sociedades se organizan para lograr objetivos de salud colectivos y cómo los diferentes actores interactúan en la política y los procesos de implementación para contribuir a los resultados de las políticas. Es un campo interdisciplinario, que abarca distintas disciplinas (la economía, sociología, antropología, ciencia política, salud pública y epidemiología). (23)

Según dicha asociación, “la evidencia cualitativa es muy importante para mejorar la comprensión sobre cómo y si las personas perciben que las intervenciones de salud son efectivas y aceptables, o más fundamentalmente, si funcionan. La evidencia cualitativa también es fundamental para comprender los factores que influyen en la implementación de las políticas e intervenciones de salud”. (19)

Al proporcionar a los responsables de la toma de decisiones una idea del impacto de las intervenciones en las personas, la evidencia cualitativa es muy útil para evaluar si las intervenciones son aceptables y / o factibles y, por lo tanto, son invaluable para los responsables de tomar decisiones sobre consideraciones relacionadas con la implementación.(24)

En vistas a determinar si es factible implementar un dispositivo de HD de Psiquiatría Pediátrica en nuestro país, es que seleccionamos la metodología cualitativa para realizar nuestro estudio.

Metodología cualitativa

El enfoque cualitativo, utiliza la recolección de datos, sin medición numérica, para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación. Se fundamenta más en un proceso inductivo (explorar y describir), y luego generar perspectivas teóricas. (25)

En este enfoque, no se prueban hipótesis. Éstas se generan durante el proceso y van refinándose conforme se recaban más datos o son un resultado del estudio.

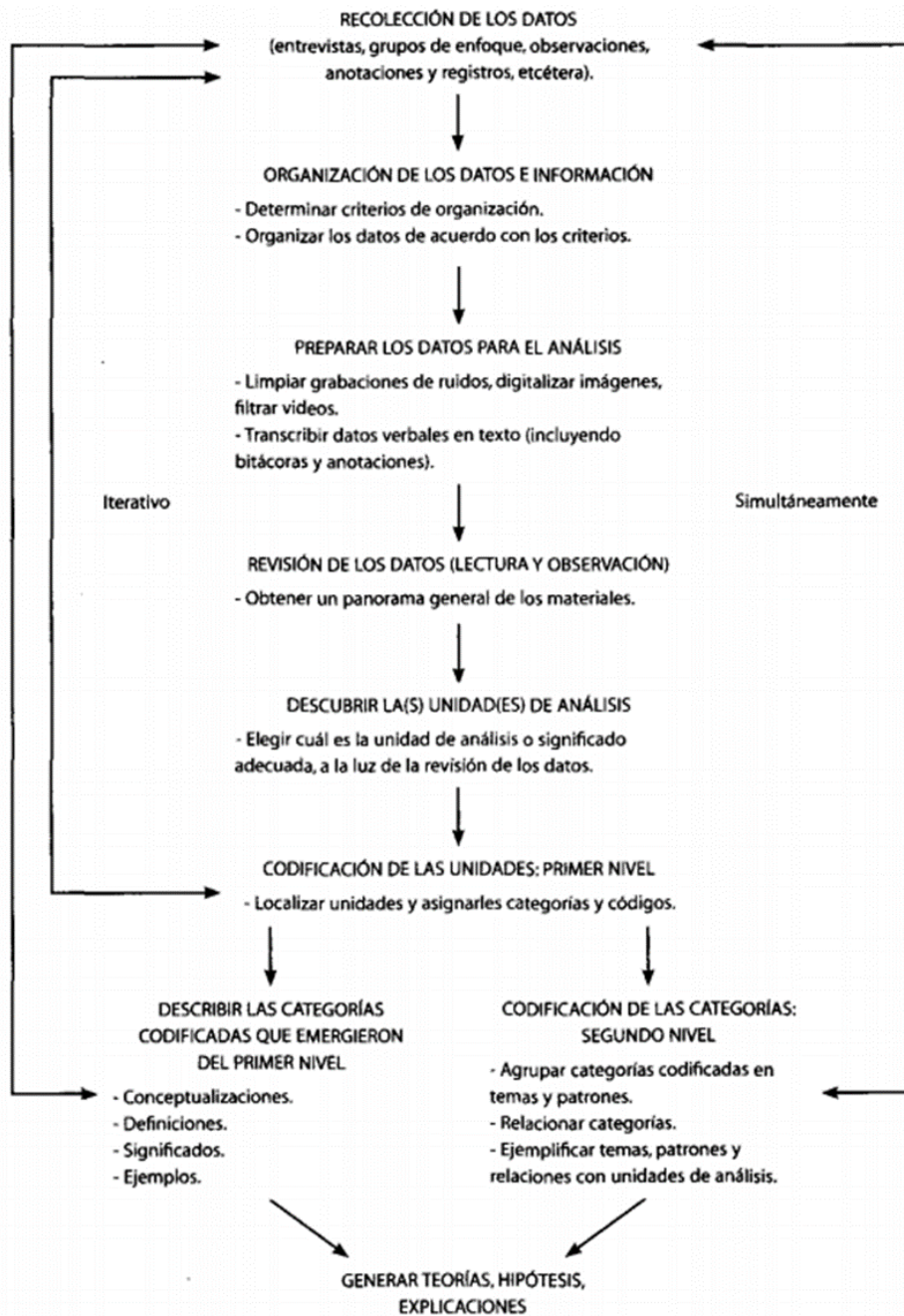
Se basa en métodos de recolección de datos no estandarizados. La recolección de los datos consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes (sus emociones, experiencias, significados y otros aspectos subjetivos). (26)

El investigador pregunta cuestiones generales y abiertas, recaba datos expresados a través del lenguaje escrito, verbal y no verbal, así como visual, los cuales describe y analiza y los convierte en temas . Debido a ello, la preocupación directa del investigador se concentra en las vivencias de los participantes tal como fueron (o son) sentidas y experimentadas. (27)

El investigador cualitativo utiliza técnicas para recolectar datos como la observación no estructurada, entrevistas abiertas, revisión de documentos, discusión en grupo, evaluación de experiencias personales, registro de historias de vida, entre otros.

El proceso de indagación es flexible y se mueve entre los eventos y su interpretación, entre las respuestas y el desarrollo de la teoría. (23)

El investigador se introduce en las experiencias individuales de los participantes y construye el conocimiento, siempre consciente de que es parte del fenómeno estudiado. En el centro de la investigación está situada la diversidad de ideologías y cualidades únicas de los individuos. (25)



Extraído (25)

Hacia la implementación de un hospital de día en Psiquiatría Pediátrica

Muestra en investigación cualitativa.

La muestra se define durante la inmersión inicial o después de esta. El tamaño de la misma no es importante desde una perspectiva probabilística, pues el interés del investigador no es generalizar los resultados de su estudio a una población más amplia. (25)

Tres son los factores que intervienen para “determinar” o sugerir el número de casos que compondrán una muestra: capacidad operativa de recolección y análisis; el entendimiento del fenómeno o saturación de categorías y la naturaleza del fenómeno bajo análisis.

La muestra puede contener cierto tipo definido de unidades iniciales, pero conforme avanza el estudio se pueden ir agregando otros tipos de unidades. La investigación cualitativa requiere de muestras más flexibles que la investigación cuantitativa.

Las muestras dirigidas (o no probabilísticas) son de varias clases: muestras de sujetos voluntarios, muestra de expertos, muestra de casos tipo, muestreo por cuotas y muestras de orientación hacia la investigación cualitativa.

Metodología del presente estudio

En nuestro estudio, seleccionamos muestras de expertos (ya que es necesaria la opinión de individuos expertos en un tema, en vistas a generar hipótesis más precisas) y muestra variada de usuarios del sistema de salud (son utilizadas cuando se busca mostrar distintas perspectivas y representar la complejidad del fenómeno estudiado). (25)

Para la formulación del proyecto, partimos de supuestos y preguntas guía.

Supuestos:

- Existe una demanda para ciertos pacientes en edad pediátrica con problemas en salud mental, de un tipo de internación psiquiátrica distinta a las que se ofrecen actualmente en el Sistema Nacional Integrado de Salud.
- El disminuir la estancia de hospitalizaciones a tiempo completo de determinados pacientes contribuiría a mejorar la integración de los pacientes en su entorno social y familiar, disminuyendo así su estigmatización.
- Este dispositivo de menor complejidad que la hospitalización a tiempo completo, podría ser más rentable para el sistema de salud.

Preguntas guía:

- ¿Es necesario un Hospital de Día de Psiquiatría Pediátrica en Montevideo y en el país?
- ¿Por qué no se ha implementado aún?
- ¿Cuáles son los actores clave en esta temática?
- ¿Cuál sería la población objetivo (a qué niños estaría dirigido y cuántos serían)?
- ¿Con qué recursos debería contar?

- ¿Cuántos recursos se gastan en internaciones en clínicas de agudos para derivación de pacientes que no logran sostener intervenciones prolongadas en el hospital pediátrico pero que no cumplen necesariamente desde el inicio de la internación los criterios para su internación en clínica de agudos?
- ¿Es viable económicamente la implementación de un hospital de día público?
- ¿Dónde se implementaría?
- ¿Cómo se financiaría y cómo se gestionarían los recursos?
- ¿Cómo se podría evaluar el impacto del dispositivo?

Se realizó una búsqueda bibliográfica acerca de los distintos dispositivos que componen la Red de Atención en Salud Mental Infanto Juvenil, experiencias previas en proyectos de Hospitales de Día psiquiátricos, tanto en nuestro país como en el exterior.

Se seleccionó la metodología cualitativa (como ya fue analizado), dado que se considera la más adecuada en relación a la temática de la investigación.

Se optó por la realización de entrevistas semiestructuradas. Las mismas se construyeron a partir de las preguntas guía ya mencionadas. Se adjuntan en el anexo 1 los tres modelos de entrevista elaborados de acuerdo a la categoría del entrevistado.

Los informantes calificados, a quienes realizamos las entrevistas, fueron seleccionados tomando en cuenta los siguientes criterios:

- que contaran con experiencia en gestión de salud
- usuarios del sistema
- personas con cargos de jerarquía en distintos centros de salud
- personas con experiencia en el funcionamiento de HD
- técnicos de distintas disciplinas que integran el sistema de salud, con experiencia tanto en la comunidad como a nivel hospitalario

Entrevista	Entrevistado
1	Personal de enfermería CHPR
2	Docente de Alto Cargo del Servicio de Pediatría CHPR
3	Docente de Alto Cargo del Servicio de Psiquiatría Pediátrica CHPR
4	Ex. Residente del Servicio de Psiquiatría Pediátrica CHPR
5	Director de un Centro Diurno Privado
6	Director de un Centro Diurno Estatal
7	Administradores de Salud
8	Referente del HD Oncológico en Uruguay
9	Equipo HD Psiquiatría Pediátrica en Francia
10	Docente de Alto Cargo de Clínica Psiquiatría Pediátrica
11	Docente de Alto Cargo de Clínica de Psiquiatría de Adultos
12	Referente de la Federación Autismo Uruguay
13	Psicóloga del Equipo de ASSE CHPR
14	Director Centro Diurno para Adicciones
15	Asesora en Adolescencia de la Dirección de Gestión del Riesgo y Calidad de ASSE
16	Psiquiatra Pediátrica en ASSE

Se coordinó con los distintos actores, una fecha para realizar la entrevista. Previo a comenzar la misma, se les plantearon las características del proyecto.

Las entrevistas fueron transcritas, utilizando el procesador Word y luego, para importar la transcripción de cada entrevista, se utilizó el programa informático ATLAS Ti.

El ATLAS.ti se originó en la Universidad Tecnológica de Berlín, entre 1989 y 1992. El nombre es un acrónimo de Archiv für Technik, Lebenswelt und lltagssprache, que en alemán quiere decir "Archivo para la Tecnología, el Mundo de la Vida y el Lenguaje Cotidiano". La extensión ".ti" significa interpretación de textos. La fundamentación teórica del programa se basa en la Teoría Fundamentada (Grounded Theory) de Glaser y Strauss (1967). (28)(29)

Es un programa de análisis cualitativo asistido por computadora que permite al investigador: (a) asociar códigos o etiquetas con fragmentos de texto, sonidos, imágenes, dibujos, videos y otros formatos digitales que no pueden ser analizados significativamente con enfoques formales y estadísticos; (b) buscar códigos de patrones; y (c) clasificarlos. (30)

Para empezar, es necesario tener toda la información digitalizada. Luego se procede a crear una "Unidad Hermenéutica" (UH), – también conocida como proyecto o base de datos

Hacia la implementación de un hospital de día en Psiquiatría Pediátrica

– que incluye documentos primarios como citas, códigos y memos. Dentro de estas UH se recogen y organizan los documentos asociados a un proyecto, investigación o tema en particular que puede comprender documentos textuales (en nuestro caso, las entrevistas). (29)

La información se codificó y categorizó identificando uno o más pasajes de texto con un tema y relacionándolo con un código. Se les asignó nombres a todos los códigos lo más cercano posible al concepto que están describiendo.

Durante la codificación axial, nos centramos en establecer interconexiones entre categorías y subcategorías. Este proceso usa el razonamiento inductivo, por el cual las categorías y códigos emergen de los datos a través de continuas y meticulosas revisiones, y de su constante comparación que nos permitió identificar las principales categorías. La capacidad de navegar por una multitud de documentos primarios que ofrece este programa, fue crucial para determinar las conexiones entre las categorías, sub-categorías y códigos a medida que iban surgiendo.

Una de las herramientas más útiles de este programa es el Administrador de Códigos-Vínculos que nos permitió vincular códigos con otros códigos permitiendo así la construcción de redes que nos facilitó la construcción de relaciones o vínculos entre conceptos o temas. La creación de redes nos permitió visualizar de manera gráfica la estructuración de los datos y de temas.

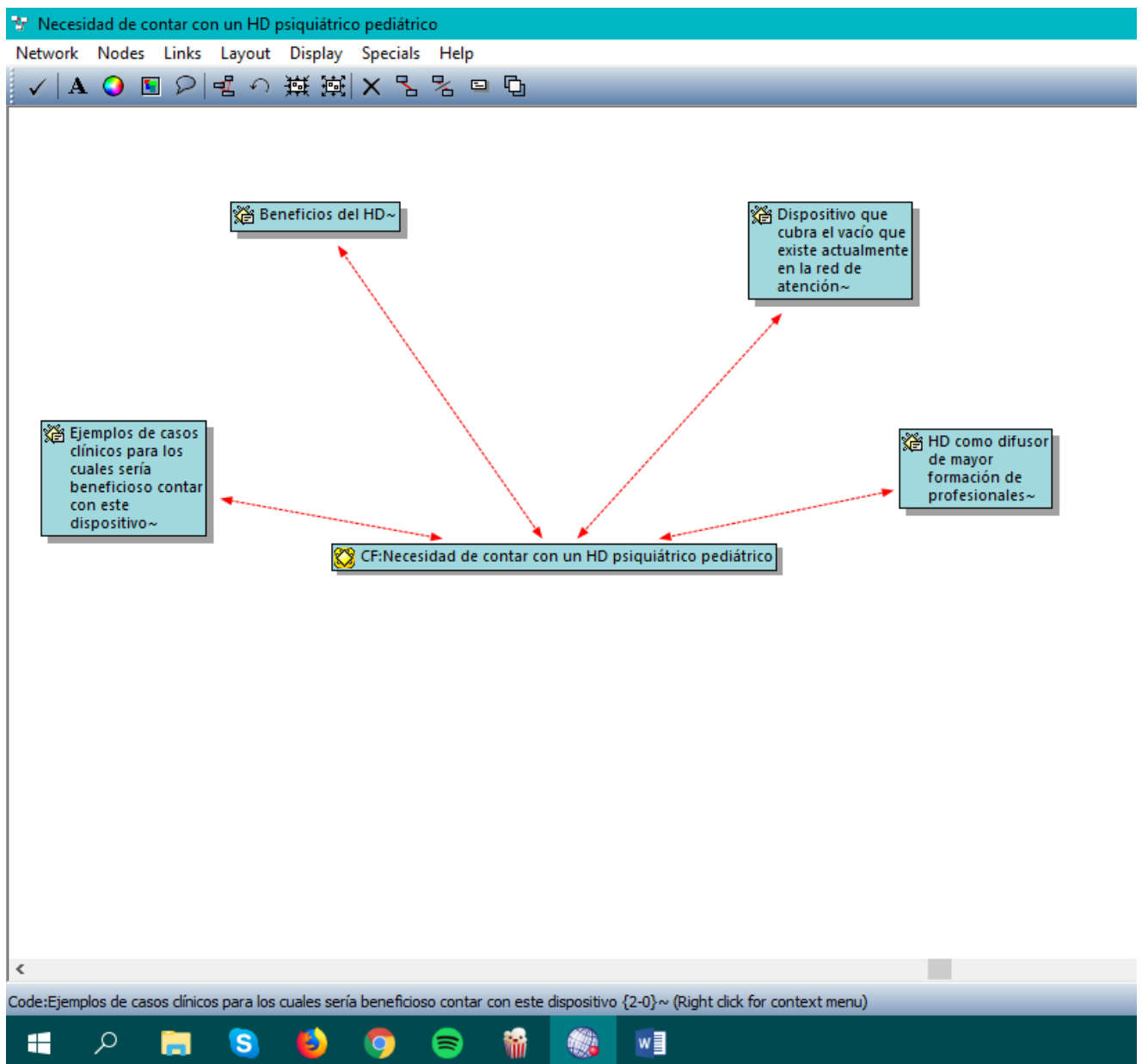
Posteriormente, la codificación selectiva nos permitió realizar una codificación más sistemática con respecto a los conceptos básicos. Este proceso implicó la lectura sucesiva, codificación, revisión y re-codificación de los datos en categorías o “familias” (familia: término utilizado en ATLAS.ti para referirse a categorías temáticas). (31)

Resultados

Análisis de las entrevistas.

El análisis de las entrevistas fue realizado en base a la metodología ya analizada (utilizando el programa ATLAS ti.), lo que nos permitió agrupar toda la información surgida en 7 categorías. Se adjuntan los mapas conceptuales obtenidos desde el programa, que resumen esta información.

1. Necesidad de contar con un HD de Psiquiatría Pediátrica.



Hacia la implementación de un hospital de día en Psiquiatría Pediátrica

De todas las entrevistas realizadas, surge que es necesario contar con un dispositivo de HD que cubra el vacío que existe actualmente en los dispositivos de atención, buscando un recurso intermedio entre el primer y tercer nivel de asistencia.

Se plantea que el mismo podría ser de utilidad para la atención de pacientes que actualmente no logran ser sostenidos en otros servicios de atención, requiriendo, en algunas oportunidades hospitalización a tiempo completo prolongadas, el ingreso a Clínicas de Agudo o a Centros Medio Camino sin presentar un criterio real para estos, vulnerando de esa forma los derechos de los niños y adolescentes.

Este dispositivo, en algunas oportunidades, evitaría las internaciones prolongadas y por lo tanto sus complicaciones como son: las inasistencias académicas, las alteraciones comportamentales en sala, la posibilidad de contraer infecciones intrahospitalarias, entre otras.

Plantean también que el ingreso a un centro de tercer nivel, CHPR, no es el lugar adecuado para el manejo de patologías crónicas.

Uno de los entrevistados describe que este tipo de recurso mejoraría la calidad de atención del sistema de salud.

2. Características del HD

Este ítem está incluido en el mapa conceptual organización y funcionamiento del HD. Se analiza como una categoría por separado dado lo vasto de la información recogida.

Consideran al HD, como una herramienta para trabajar con las familias, fortaleciendo a las mismas en el manejo de la psicopatología del paciente.

Uno de los consultados plantea que el tema de diversificar las modalidades de hospitalización es clave en todo lo que es el proceso de rehabilitación y de re inclusión social.

Esto estaría inserto en el marco de la nueva ley de salud mental, que plantea la necesidad de contar con este dispositivo en vistas a lograr la integración social del paciente con patología psiquiátrica.

Enfatizan que es necesario para lograr la adherencia al tratamiento, que las familias observen una evolución positiva del paciente.

En una de las entrevistas se plantea que un factor que podría estimular la concurrencia y adherencia al centro, es que el mismo contemple el horario laboral de los padres o cuidadores.

Si bien el proyecto piloto esta pensado para su implementación en el Sistema de Salud Pública, algunos mencionan que el mismo sería útil también en el Sistema de Salud Privada.

Surge la necesidad de contar en el HD con un equipo interdisciplinario. Existen discrepancias en cuanto a los abordajes terapéuticos que se deberían ofrecer. Por ejemplo en cuanto a las corrientes psicoterapéuticas, mencionan la terapia cognitivo conductual, psicodrama, familiar sistémica entre otras.

Para algunos es importante brindar capacitación y formación laboral en los talleres. Otros sugieren contar con psicomotricista, psicopedagogo, fonoaudiólogo, neuropediatra, asistente social, terapeuta ocupacional, maestra, talleristas, profesor de educación física, entre otros.

En cuanto a las modalidades de trabajo, algunos plantean priorizar el trabajo individual mientras que otros insisten en la importancia del trabajo grupal y la formación de grupos multifamiliares.

Uno de los consultados enfatiza la necesidad de ofrecer espacios recreativos y con enfoque lúdico, que resulten atractivos para los pacientes y favorezcan la concurrencia y adherencia al tratamiento. Surge también la necesidad de contar con una maestra, que permita la continuidad o la reinserción escolar, dependiendo de cada situación.

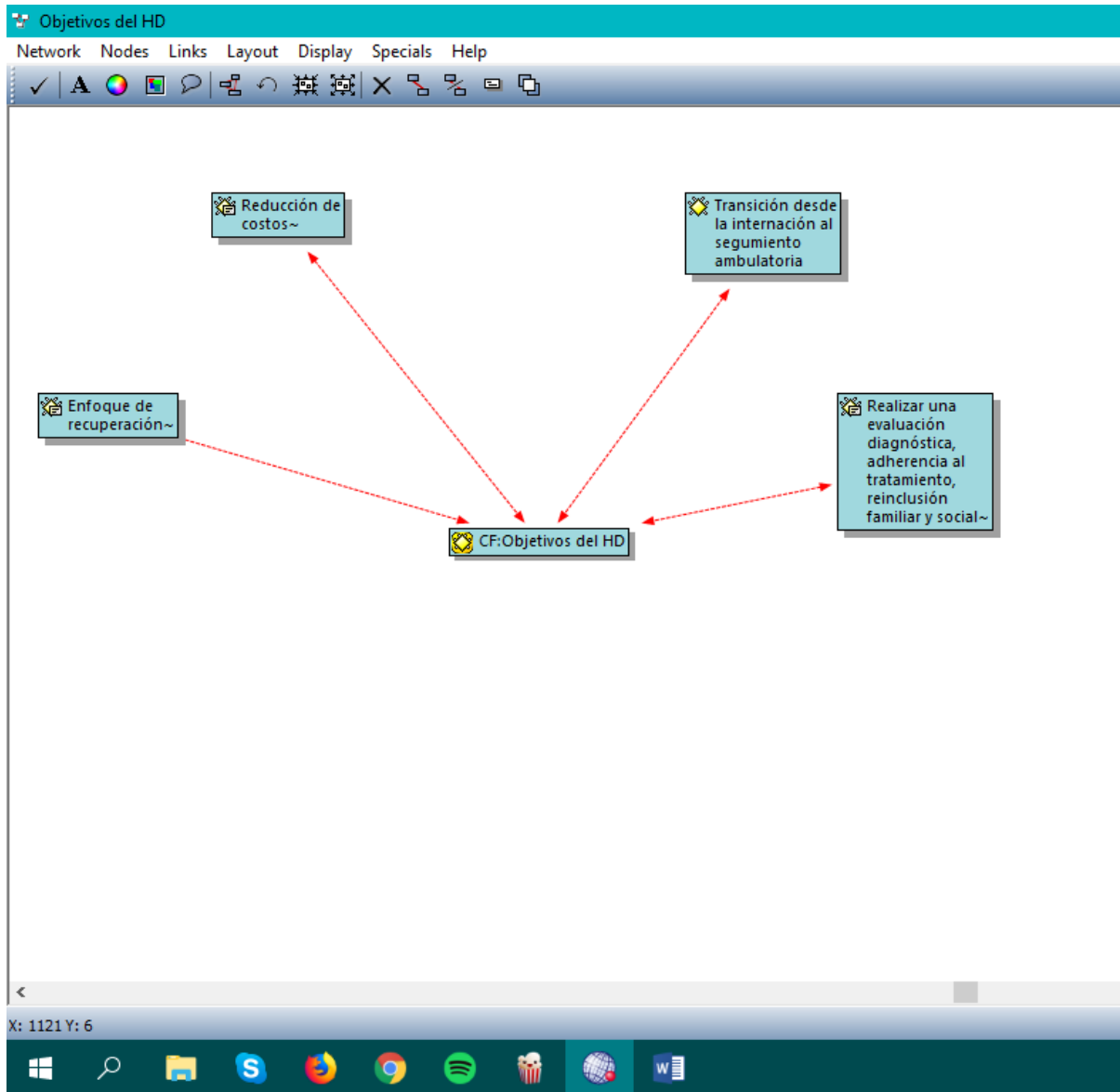
En vistas a obtener recursos humanos para integrar estos equipos y obtener recursos materiales, se plantea la posibilidad de realizar convenios o acuerdos con distintas instituciones (Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, Facultad de Medicina, Facultad de Ciencias Sociales, entre otras). El HD puede configurar un centro de formación para estudiantes de distintas disciplinas, en el manejo de la patología psiquiátrica.

Se plantea que el HD podría mejorar la calidad de atención al estar inserto en la red del sistema de salud, logrando contener y trabajar la transición entre la internación hospitalaria y el seguimiento ambulatorio.

Muchos de los entrevistados hacen referencia al beneficio económico para el sistema de salud, al disminuir los ingresos hospitalarios, las internaciones en clínicas de agudos y acortar los tiempos de hospitalización a tiempo completo.

Como otro beneficio de este dispositivo, se plantea la posibilidad de realizar intervenciones grupales, compartiendo espacios y actividades con otros pacientes y contar con rutinas y normas de funcionamiento.

3. Objetivos del HD



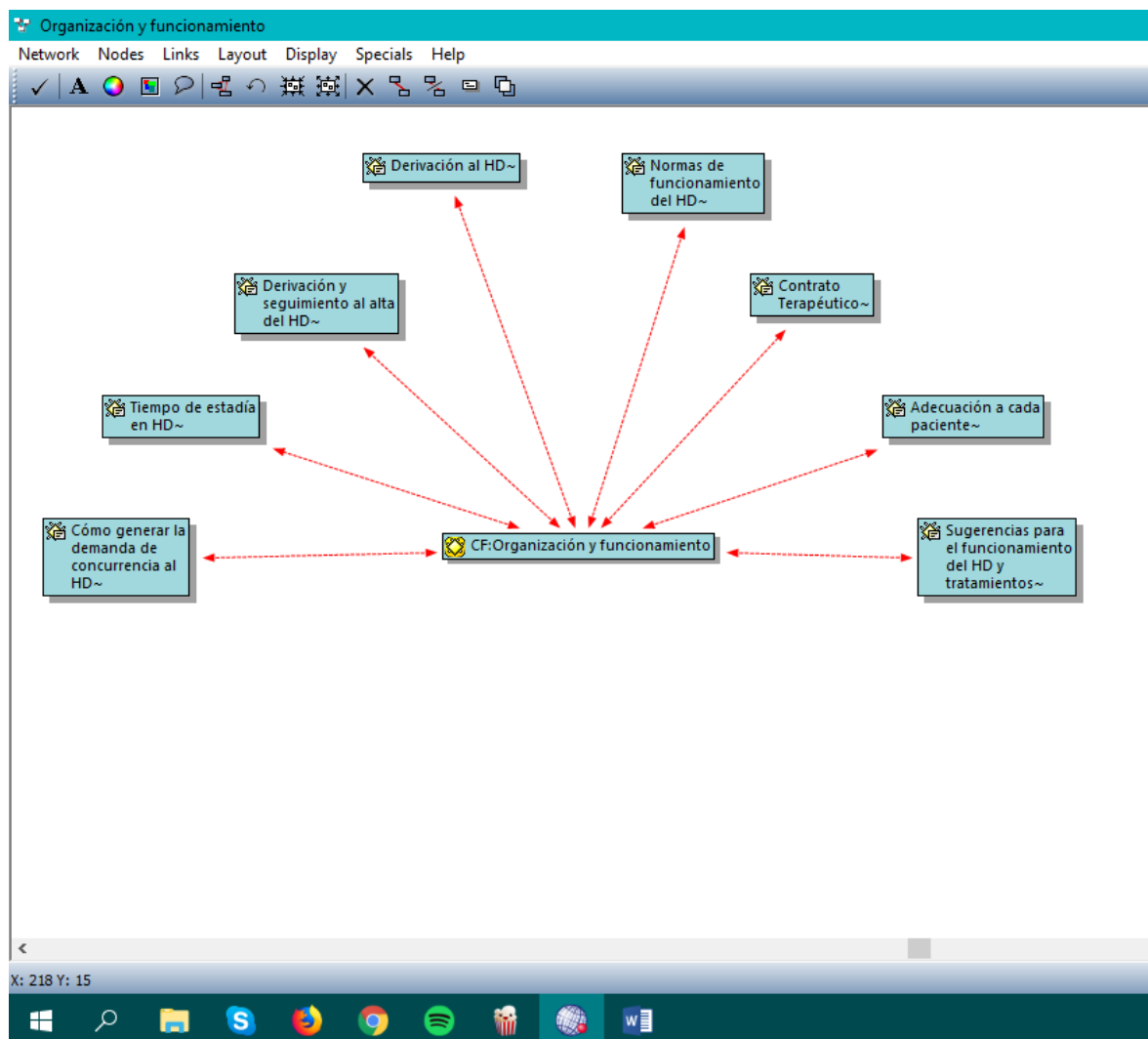
De las distintas entrevistas surgen los siguientes objetivos:

- Poder realizar una evaluación diagnóstica
- Estimular la adherencia al tratamiento, monitorizar su cumplimiento y reevaluar el mismo.
- Lograr la reinclusión social y familiar.
- Ayudar en la transición desde la internación hospitalaria al seguimiento ambulatorio.

Hacia la implementación de un hospital de día en Psiquiatría Pediátrica

En cuanto a las oportunidades de implementar un HD hacen referencia a la ley actual de salud mental, las políticas en economía de salud, el respeto de los derechos del paciente y el contar, actualmente, con el apoyo de ASSE que tiene como una prioridad en sus objetivos el Hospital Pediátrico. Constituye además la patología psiquiátrica en la infancia y adolescencia, un problema grave de salud.

4. Organización y funcionamiento



Parte de los profesionales consultados proponen que la derivación al HD pueda realizarse desde el primer o tercer nivel de atención, contando el dispositivo con un Comité de Recepción que evalúe cada situación particular.

De las distintas entrevistas surge la importancia de contar con normas y pautas de funcionamiento preestablecidas.

Establecer un contrato terapéutico, con el paciente y su familia, para garantizar el encuadre.

Hacia la implementación de un hospital de día en Psiquiatría Pediátrica

De múltiples entrevistas surge la importancia de trabajar con las familias estimulando la adherencia al tratamiento y la asistencia regular al centro.

Como forma de estimular la concurrencia plantean que la mejoría clínica sería un aspecto relevante. Destacan el rol de brindarles la alimentación como un incentivo para concurrir y/o adherir al tratamiento.

Un aspecto que dificultaría la asistencia serían las características propias de la etapa adolescente (impulsividad, conductas oposicionistas) y la dificultad en implementar un proyecto atractivo para esta edad.

Mientras que de algunas entrevistas se desprende que es necesario contar con una propuesta preestablecida, cumpliendo con determinados objetivos; otros plantean que debería ser una propuesta abierta y flexible, adaptándose a las necesidades de cada situación.

En otros casos refieren que es importante individualizar los abordajes terapéuticos (objetivos, tiempo de estadía, recursos) y lograr la adaptación del paciente a la institución y a su forma de trabajo.

Con respecto a los recursos con los que debería contar el HD proponen: actividades que desarrollen las habilidades verbales, psicodrama y terapia familiar. Contar con una estructura de contención para el manejo de las crisis de excitación, evitando así el traslado a otros dispositivos.

Uno de los entrevistados plantea que sería útil crear un equipo interdisciplinario para trabajar con los equipos de territorio, en vistas elaborar planes terapéuticos, estrategias de seguimiento, facilitando que la familia sostenga el tratamiento en el primer nivel de atención a largo plazo. Otro de los entrevistados sugiere que se informe a la familia de los recursos que hay en la zona y que estos logren vincularse y utilizarlos adecuadamente.

Se plantea que deben delimitarse claramente los criterios de inclusión y exclusión para garantizar el funcionamiento del centro, acotando la franja etaria, ya que las patologías varían de acuerdo a las etapas del desarrollo.

Uno de los consultados destaca que dos aspectos importantes a tener en cuenta al momento de la admisión de los pacientes en el HD es que no tengan grandes desórdenes del comportamiento y que exista una familia continente, que apoye el proceso terapéutico.

Otro plantea que se debería trabajar con cuadros clínicos que se encuentran en una etapa de estabilidad.

Surge distintas opiniones acerca de cuales serían las psicopatologías que se beneficiarían del HD: trastornos disruptivos y del comportamiento, trastornos del humor, trastorno por consumo de sustancias, trastornos de ansiedad, trastornos traumáticos del desarrollo, trastornos del desarrollo, trastornos psicóticos.

De la mayoría de las entrevistas surge como prioridad la atención de pacientes escolares y adolescentes, debido a la alta demanda en la consulta. Hay dos entrevistados que plantean como prioridad la atención de preescolares como forma de prevención y detección

temprana de la psicopatología, brindando el HD un espacio de contención, influencia positiva, previniendo también situaciones de maltrato.

En caso de que el rango etario de la población objetivo del HD sean pacientes mayores de 15 años, uno de los entrevistados plantea la posibilidad de trabajar en conjunto con psiquiatras de adultos para abordar la sintomatología de los mismos.

En algunas entrevistas surge que es importante, cuando el paciente está inserto en el sistema educativo, que se trabaje con sus referentes académicos.

Se propone como estrategia de trabajo realizar reuniones de equipo en forma periódica para coordinar los planes de intervención.

Uno de los entrevistados plantea que puede ser útil, cuando ingresa el paciente, evaluar su perfil, utilizando el instrumento de evaluación Child Behavior Checklist (CBCL).

En cuanto al funcionamiento e implementación del HD plantean que sería importante basarse en los antecedentes y experiencias de otros HD, tanto a nivel nacional como internacional.

Dos de los entrevistados proponen hacer un plan piloto, para valorar la cantidad de días necesarios de tratamiento, teniendo en cuenta la psicopatología del paciente, utilizando indicadores cuali o cuantitativos.

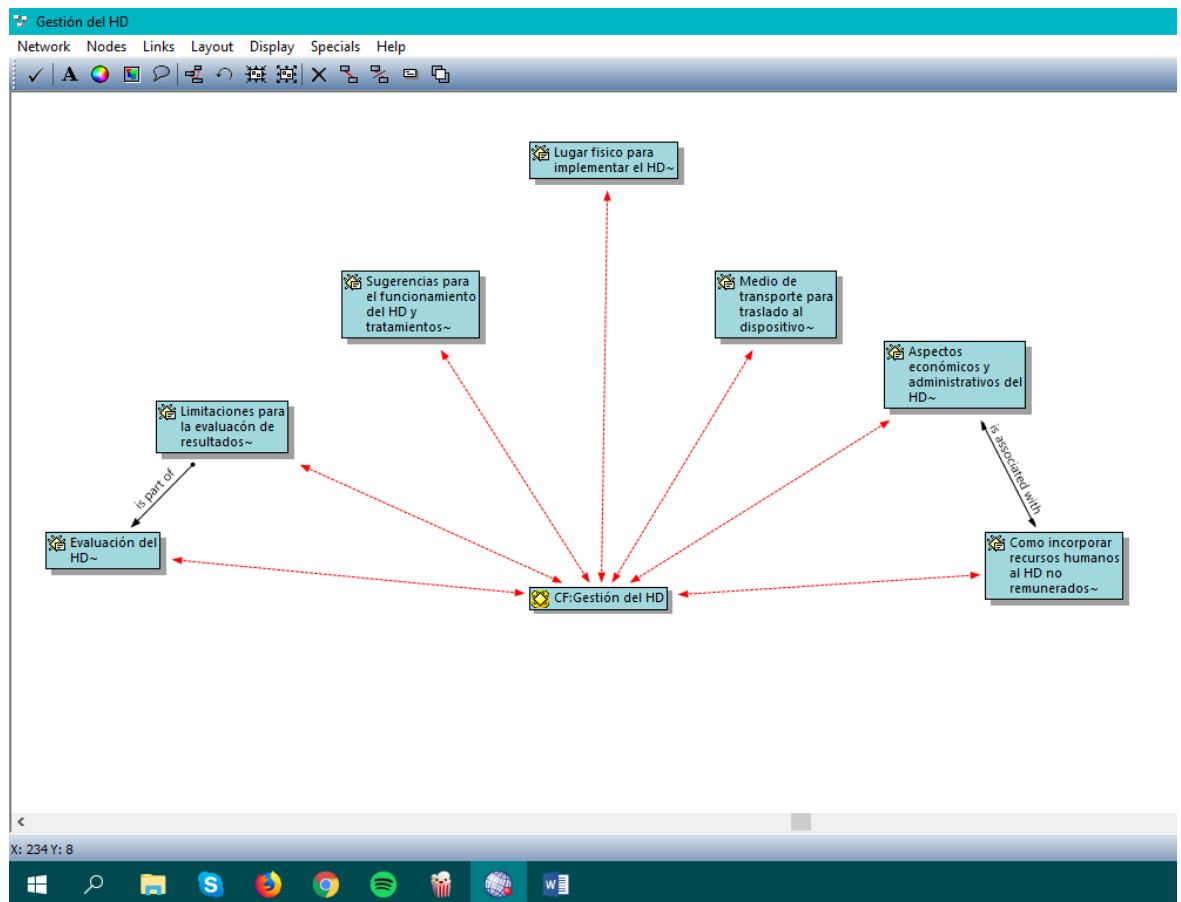
Se propone que, en vistas a optimizar el recurso del HD, se establezca desde el inicio del tratamiento el tiempo de permanencia en este dispositivo, evitando estancias prolongadas.

Algunos de los entrevistados plantean mantener la internación en el HD durante un período aproximado de 3 meses, planificando durante el mismo, los abordajes al alta.

En cuanto al sistema de ingreso al HD, surge la importancia de establecer criterios claros de ingreso para evitar la saturación de dispositivo.

Una vez otorgada el alta desde el HD, destacan la importancia de trabajar con el centro al que se va a derivar para asegurar la continuidad del tratamiento.

5. Gestión del HD



Dentro de esta categoría, se describen experiencias en otros dispositivos de HD tanto de nuestro país como del exterior; así como también sugerencias para el funcionamiento de nuestro proyecto. Dado lo vasto de la información surgida, consideramos necesario subdividir en los siguientes componentes.

Evaluación de gestión

En cuanto a las evaluaciones de gestión del HD, algunos entrevistados plantean la necesidad de realizarlas en forma continua, ajustándose y verificando el cumplimiento de los protocolos de funcionamiento.

Como ejemplo de evaluación de gestión, el HD oncológico pediátrico que funciona en nuestro país en el CHPR, cuenta con dos tipos de auditorías, una interna que se realiza cada 2 años, y una externa (en la cual participan referentes de otros países), que se realiza cada 5 años.

De una entrevista surge que, como forma de evaluar la eficacia del dispositivo, podría realizarse un seguimiento de los pacientes a largo plazo, así como de aquellos que no recibieron el tratamiento dentro del dispositivo, para comparar los resultados del mismo.

Para evaluar los resultados de la intervención realizada en el HD, proponen que deberíamos medir la cantidad de pacientes que logran reinsertarse en la sociedad, luego del alta.

Hacia la implementación de un hospital de día en Psiquiatría Pediátrica

Transporte

En cuanto al traslado de los pacientes al Centro todos los entrevistados plantean la necesidad de facilitar el transporte. Sin embargo, existen diferencias en cuanto a cuáles serían las formas más efectivas de proporcionar el mismo.

Muchos de los entrevistados creen que se debería contar con un medio de transporte del HD, que recoja a los pacientes de sus domicilios, mientras que otros plantean que la mejor forma es brindarles los boletos, considerando que es contraproducente que se los recoja ya que de esa forma no se logra una participación activa de la familia. De una de las entrevistas se desprende que sería importante realizar convenios interinstitucionales, como por ejemplo con Banco Previsión Social (BPS), Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) que podría cubrir la locomoción.

Lugar físico del HD

La mayoría de los entrevistados plantean que sería importante que el Dispositivo esté ubicado en el CHPR, constituyendo este un lugar de referencia, así como un centro donde, en caso de que lo requiera, se pueda realizar una evaluación completa desde el punto de vista médico.

Otros refieren que sería beneficioso, ubicarlo en otro predio, lograr una separación y diferenciación de este dispositivo, mostrándolo de esta manera más accesible y menos estigmatizante.

Uno de los entrevistados menciona que podría instalarse en el espacio actual de Ortopedia por su disposición dentro del Hospital y acceso de forma independiente.

Recursos humanos

En cuanto a la forma de incorporar recursos humanos surge de varias entrevistas generar convenios con distintas instituciones (ej.: Facultad de Psicología, Escuelas de Tecnología Médica, Facultad de Enfermería, entre otros), configurando el dispositivo un centro de formación y práctica para el manejo de pacientes con patología psiquiátrica. Esto, además conlleva el beneficio de disminuir los costos del funcionamiento.

En algunas entrevistas se propone reutilizar los recursos humanos con que cuenta el CHPR, reduciendo así costos, mientras que en otra entrevista se propone formar un equipo nuevo de trabajo, de manera que los profesionales no estén influenciados por el funcionamiento actual del hospital.

Uno de los consultados plantea que si bien puede ser beneficioso contar con pasantes de distintas disciplinas, es necesario que exista un equipo de trabajo estable, que de continuidad al proyecto institucional.

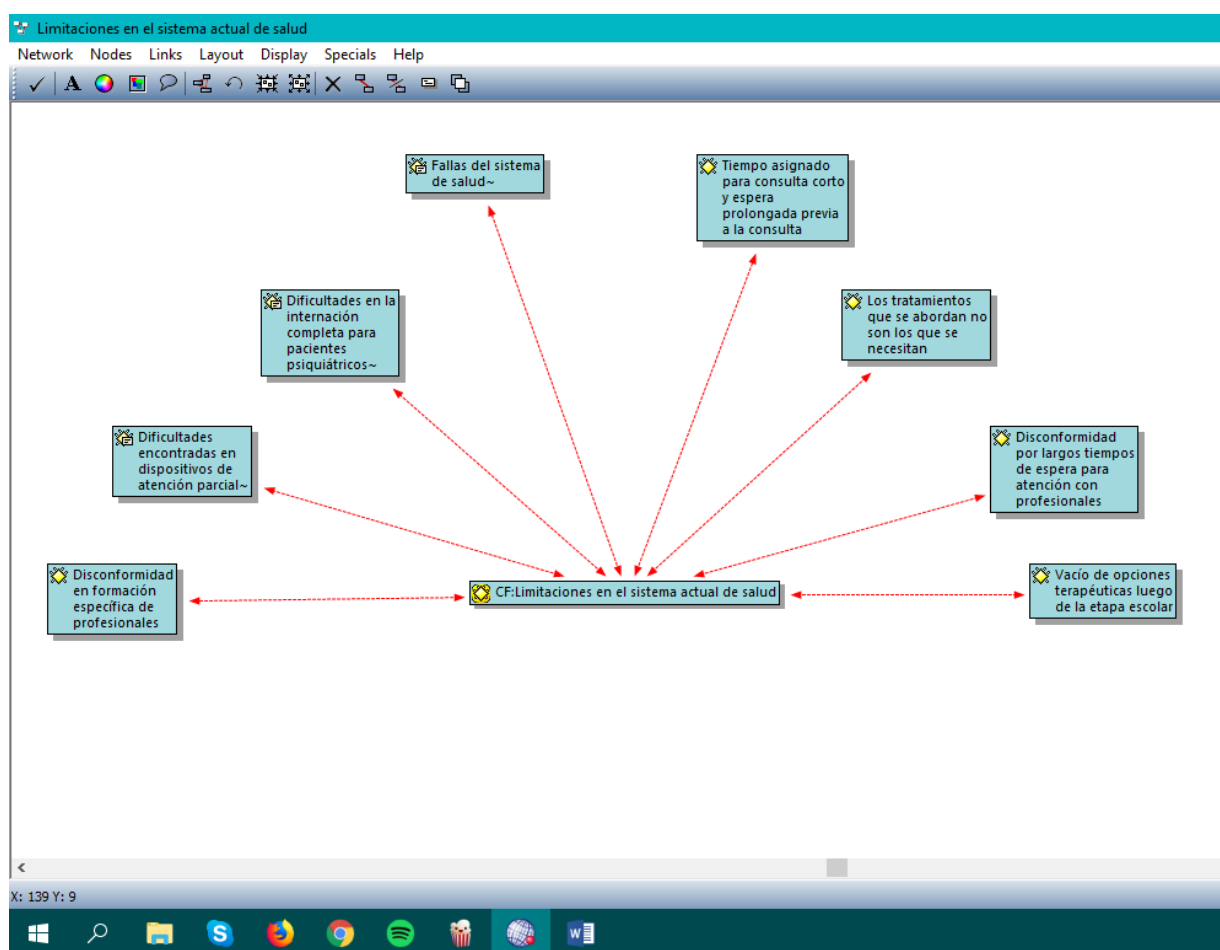
Aspectos económicos

Todos los entrevistados refieren que sería un dispositivo eficaz desde el punto de vista económico ya que disminuiría el número de ingresos a hospitalización a tiempo completo, el número de camas ocupadas, y de derivaciones a clínicas de agudos, tomando en cuenta que el buen uso del recurso cama hospitalario es vital para el sistema, para la red pública y privada.

Desde el punto de vista económico es un dispositivo eficaz, disminuyendo los gastos en salud, en comparación con otros tipos de servicios como las internaciones psiquiátricas en hospital general o clínicas de agudos; o entre el paciente internado y el ambulatorio. Destacan que, si bien el HD es una estructura cara, de alta complejidad, resultaría igualmente más económica que la hospitalización a tiempo completo.

Este tipo de dispositivo mejoraría la calidad de atención de los pacientes, dado que no interrumpe la inserción familiar, escolar y social, respetando así los derechos de los mismos.

6. Limitaciones en el sistema actual de salud



Surgen de las distintas entrevistas que existen múltiples limitaciones y fallas del sistema actual de salud.

Existen pacientes que, por su psicopatología o situación familiar, quedan por fuera de los dispositivos de atención actuales (de centros educativos, club de niños).

Hacia la implementación de un hospital de día en Psiquiatría Pediátrica

Debido a la gran demanda de atención psiquiátrica, existen largos tiempo de espera para coordinar la atención de los pacientes en policlínica y los tiempos de consulta son breves.

Surge que existen fallas en la conexión entre el Hospital y los actuales dispositivos de atención ambulatoria para derivación y seguimiento de los pacientes.

Existe además un desconocimiento, por parte de los profesionales que trabajan en el Hospital general, de los recursos o dispositivos que existen en la comunidad y que podrían ser beneficiosos para continuar con la atención del paciente.

Además, en algunas oportunidades, existe una desconfianza, por parte del equipo hospitalario, hacia la capacidad de dar respuesta del equipo de atención primaria. Esto conlleva al mal uso de los recursos, centralizándose los tratamientos en el tercer nivel de atención.

De una de las entrevistas surge que existiría, en el CHPR, una falla en la atención (demora en la atención o ausencia de respuesta) por parte de los psiquiatras de guardia de ASSE a la hora de resolver situaciones de urgencia que ocurren tanto en emergencia como en la internación.

Algunos técnicos que trabajan en el CHPR plantean que existen, actualmente, falencias en las condiciones edilicias (por ejemplo: escasas condiciones de seguridad, ausencia de áreas recreativas y de interacción entre paciente) de la institución para el manejo de pacientes con patología psiquiátrica.

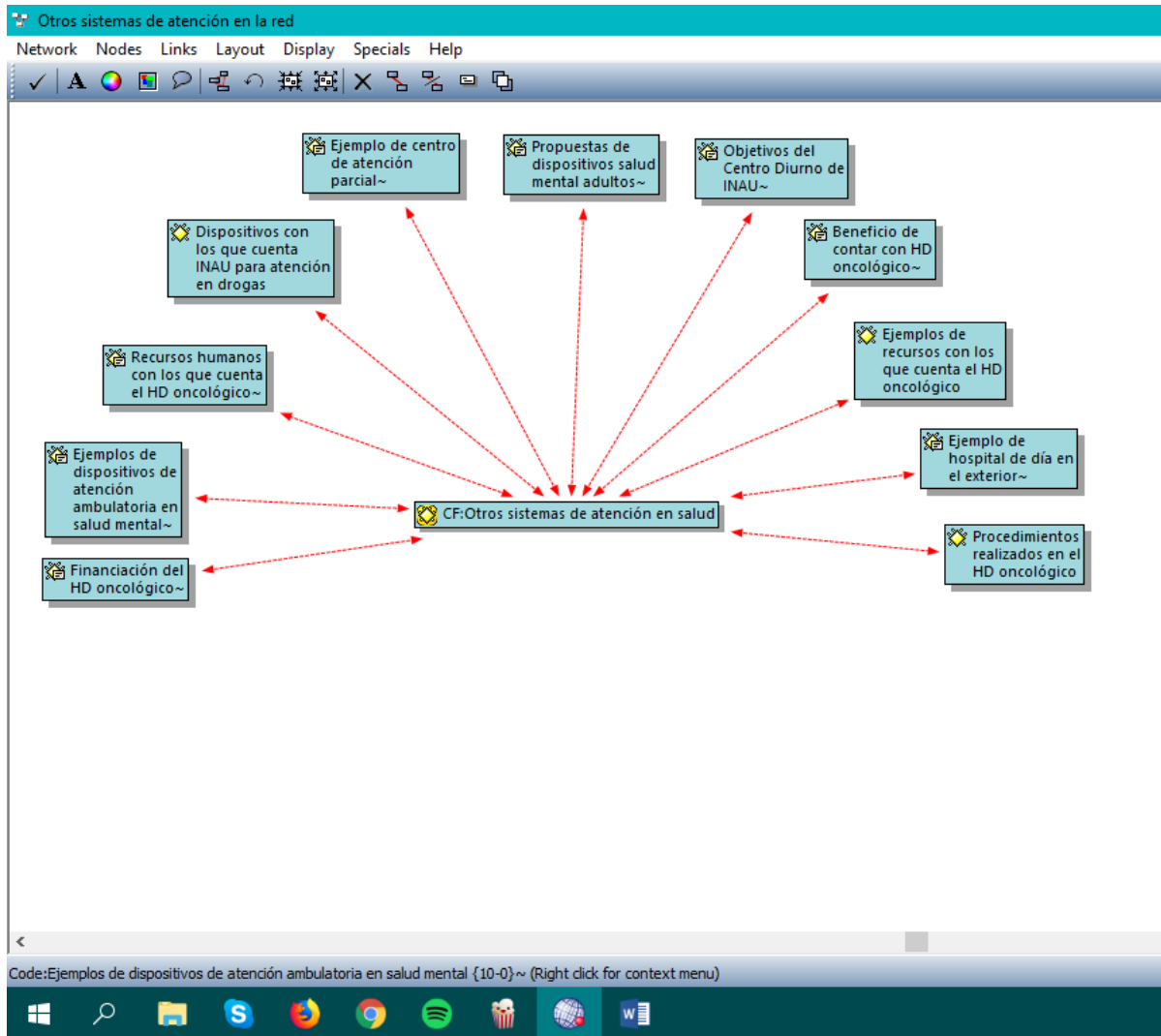
Tanto de las entrevistas realizadas a usuarios del sistema de salud como a personal técnico, se desprende que existe un déficit en la capacitación específica para el manejo de pacientes con patología psiquiátrica, en gran parte de los técnicos que lo asisten durante la hospitalización a tiempo completo.

Algo que surge como una limitante y que dificulta la atención de los pacientes es la ausencia referente familiares, que acompañen el proceso terapéutico.

Con respecto a experiencias en otros centros de atención parcial presentes en nuestro país, surgen las siguientes dificultades: escasa adherencia al tratamiento por parte del paciente y/o su familia, dificultades en sostener el tratamiento a largo plazo debido a las distancias a los centros de atención, el no contar con medio de transporte y que no se satisface las demandas de las familias.

Se plantea que existe una falla en el sistema en cuanto a la evaluación de su gestión, falta de datos que den cuenta de la evolución de los pacientes a mediano y largo plazo luego de egresar de los distintos servicios.

7. Experiencias a nivel nacional e internacional de distintos dispositivos para la atención de salud como alternativas a la hospitalización a tiempo completo.



Proyecto de HD en Psiquiatría Pediátrica en Uruguay

En la década del 90, existió un proyecto de HD, para el tratamiento de preescolares con trastornos del desarrollo. Se había establecido que funcionara de Lunes a Viernes, 8 horas diarias.

Este proyecto fracasó debido a que no se contó con el apoyo institucional necesario para su implementación.

Dispositivos de salud mental para adultos en Uruguay

Hacia la implementación de un hospital de día en Psiquiatría Pediátrica

En cuanto a los dispositivos de salud mental en adultos, actualmente existe un proyecto de HD para salud mental de adultos, a implementarse en el Hospital Vilardebó.

Dispositivos ambulatorios de salud mental para niños y adolescentes en nuestro país

En las entrevistas realizadas a diferentes técnicos que trabajan en dispositivos ambulatorios de salud mental se describen las actividades que realizan, las normas de funcionamiento, los horarios de atención, los recursos humanos y materiales con los que cuentan, así como también las dificultades que han surgido durante su implementación y funcionamiento diario.

Por ejemplo, el Centro Diurno Maroñas surgió como dispositivo intermedio entre el centro medio camino y la internación en clínica psiquiátrica de agudos, cuando las demandas de los pacientes no eran incluidas en los mismos.

Cuenta con un equipo multidisciplinario. Al momento del ingreso al centro, se plantean objetivos generales y específicos de tratamiento, priorizando la autonomía de los pacientes.

Con respecto a las propuestas brindadas por el centro, mencionan que se incluyen talleres, propuestas recreativas, apoyo escolar; y cuentan con la instancia de comedor, donde se les brinda desayuno, almuerzo y merienda, según el horario de concurrencia. Estas condiciones favorecen la adherencia al tratamiento.

En relación al medio de transporte que utilizan para concurrir al centro, hacen referencia que procuran fomentar la autonomía de los pacientes y su familia, facilitando económicamente el acceso al transporte público.

Realizan intervenciones familiares a cargo de un equipo especializado.

La propuesta del Centro Diurno de INAU, surge frente a la necesidad de contar con un espacio para el tratamiento de pacientes con dificultades en la adaptación en otros centros o instituciones, con el objetivo de lograr la reinserción en los mismos.

HD oncológico pediátrico en el CHPR

En la entrevista se describió el funcionamiento y las normas del centro.

Plantearon que el Centro Hemato Oncológico cuenta con dos fundaciones que colaboran con su financiamiento. En el caso del HD su financiación proviene de ASSE y de una Fundación Propia que realiza distintos eventos benéficos.

Los recursos humanos con los que cuenta el HD oncológico son: nurse supervisora, técnicos médicos y no médicos, así como con un equipo administrativo y de voluntarios.

En cuanto a los beneficios del mismo surge que al disminuir los días de internación hospitalaria, resulta más cómodo para la familia y mejora la calidad de atención de los pacientes.

HD de Psiquiatría Pediátrica en Francia

Plantearon que en dicho centro se realizan evaluaciones en policlínicas especializadas previo al ingreso, para establecer los criterios de trabajo.

En cuanto a su ubicación, el HD funciona en un edificio que se encuentra ubicado en una zona distinta al Hospital Pediátrico General.

La población objetivo es seleccionada en base a la formación del equipo técnico del centro, siendo en este caso, especializados en Trastorno del Espectro Autista, excluyendo a aquellos que no presentan lenguaje oral.

Las derivaciones de los pacientes son realizadas desde las policlínicas y desde centros con carácter de institucionalización.

El tiempo de tratamiento recibido en el centro está comprendido entre los 18 a 24 meses.

Con respecto a los recursos humanos, refieren que cuentan con un equipo multidisciplinario, un administrativo encargado del funcionamiento propio del dispositivo, jefe de salud, una nurse coordinadora que articula las derivaciones a diferentes instituciones o entre los técnicos dentro del propio HD.

Cuentan con talleres individuales y grupales, espacio de jardinería, psicodrama, plástica, entre otros.

El transporte utilizado por los pacientes es financiado por una institución similar al BPS de nuestro país.

Destacan la importancia de trabajar con la familia de los pacientes durante el período de tratamiento en el HD. Realizan visitas a domicilio y mantienen un contacto directo con los centros educativos a los que asisten los niños.

Mantienen reuniones entre los adolescentes, la cual es coordinada por un psicólogo frente a un comportamiento disruptivo, como método de regulación social, fortaleciendo las estrategias vinculares.

Una vez otorgada el alta, realizan un cierre gradual de proceso terapéutico, con coordinaciones al alta entre los diferentes servicios de derivación. A su vez, destacan la importancia de mantener una buena articulación entre los diferentes dispositivos de la red de atención, logrando derivaciones de forma más ágil.

Con respecto a las evaluaciones del HD, cuentan con auditorías por parte del Ministerio para evaluar el funcionamiento del centro. Por otro lado, también se evalúa el grado de satisfacción de la atención por medio de encuestas a las familias.

Conclusiones

La salud mental es parte integral de la salud y el bienestar desde una perspectiva integral.

La prevalencia de los trastornos mentales a nivel general, y en particular en la infancia y la adolescencia, va en aumento. Los sistemas de salud a nivel mundial aun no han podido dar respuesta adecuada a la demanda que generan los mismos.

Desde hace varias décadas se observa una tendencia a fortalecer el primer nivel de atención a nivel mundial. En nuestro país, desde el año 1986, también se plantea trabajar en esta misma línea.

Sin embargo, continúa existiendo un vacío asistencial en relación a dispositivos que articulen la atención en comunidad y en la hospitalización a tiempo completo.

El dispositivo de HD contribuiría a resolver en forma oportuna, integral y ambulatoria los problemas de salud mental, participando a dicho nivel.

Tomando en cuenta las entrevistas realizadas:

- La totalidad de los entrevistados opina que existe un vacío asistencial actual en la red de salud de nuestro País, para niños/niñas y adolescentes con enfermedad mental grave-moderada, y que el HD podría aportar una mejor calidad de atención, tanto en el ámbito público como privado, disminuyendo la internación o acortando la misma en otros servicios, en los casos en que no existen criterios reales para la internación en los mismos. La bibliografía nacional e internacional encontrada concuerda con esta afirmación.
- Del mismo modo, todos los consultados plantean que es económicamente favorable para el sistema la creación de un dispositivo de estas características. Esto también concuerda con lo establecido en la bibliografía y datos nacionales de costos de internación en clínicas especializadas, en la cual se describe que el HD reduce los costos con respecto a la hospitalización a tiempo completo y mejora la relación costo- efectividad del tratamiento integral.
- Otro beneficio del HD que surge de todas las entrevistas y coincide con el material analizado, es que, este dispositivo favorecería la reinserción social y disminuiría la estigmatización de los pacientes con patología psiquiátrica; lo que estaría en sintonía con las sugerencias que plantea la Ley de Salud Mental, que debería ser tomado en cuenta en el armado del Plan de Salud Mental.
- También se plantea como una herramienta importante para lograr el trabajo con las familias, por medio de la psicoeducación, con respecto a la comprensión y el manejo de la psicopatología de los pacientes. Plantean como un aspecto prioritario, realizar acciones que estimulen a las familias a la adherencia al tratamiento, considerando las necesidades particulares de las mismas.
- Surgen diversas opiniones en aspectos vinculados al funcionamiento, gestión y organización del HD. Por ejemplo, con respecto a la propuesta de tratamiento, algunos sostienen que la misma sea pre establecida (refiriéndose a horas semanales fijas de terapia individual, grupal, familiar y espacios recreativos), mientras que otros sostienen que se ajuste a las características de cada paciente, resaltando la flexibilidad. En cuanto a los recursos y tipos de abordajes, todos plantean la necesidad de contar con un equipo multidisciplinario; pero existen discrepancias a la hora de plantear tipos de disciplinas y corrientes. Mientras en

algunos casos se aconseja un abordaje individual (de tipo cognitivo conductual), en otros se sugiere priorizar lo grupal relegando el seguimiento individual para el equipo comunitario (lo que a su vez fortalece el vínculo con éste). En relación a los técnicos, algunos comentan experiencias beneficiosas con profesores de educación física y talleres relacionados con la expresión artística como forma de estimular la concurrencia, otros destacan la importancia de ofrecer formación con enfoque laboral, y otros se centran en aspectos terapéuticos de la internación (priorizando el aporte de psicomotricista, fonoaudiólogo, maestros especializados, asistente social y así como psiquiatra y psicólogo). En otras entrevistas se plantea favorecer los tratamientos que estimulen los recursos verbales de los pacientes y el psicodrama. Otros en cambio, resaltan los espacios de trabajo con la familia y la formación en orientación sistémica de los técnicos que guían los talleres. También surgen discrepancias en cuanto al trabajo con los equipos comunitarios, comentando algunos la necesidad de educar a las familias en el manejo de los recursos de cada zona, contando con un equipo que concorra a la misma, en lugar de la mera coordinación de una entrevista inicial una vez se da el alta. En todos los casos, así como en la bibliografía, surge como un punto prioritario el fortalecer la coordinación con el primer nivel de atención para lograr un adecuado funcionamiento del HD.

- En varias entrevistas se destaca la importancia de contar con evaluaciones periódicas del cumplimiento de los objetivos y auditorias de gestión. Será necesario profundizar en el método de evaluación de los resultados del proyecto piloto, para implementar cambios de ser necesario y tener insumos que justifiquen la ampliación del Centro.
- Con respecto a la población objetivo, en la mayoría de las entrevistas se propone la atención de pacientes adolescentes, debido a la alta demanda y gravedad de las consultas. De la información recabada a nivel internacional, se establece que si bien existen distintos cuadros psicopatológicos que podrían beneficiarse de este dispositivo, es importante establecer en forma precisa criterios de ingreso (rango etario y psicopatología), basándose en la prevalencia local.
- En cuanto a la localización del HD, si bien varios entrevistados señalan la importancia de la accesibilidad, surgen algunas discrepancias. Mientras unos sostienen la importancia de que el mismo se encuentre inserto dentro del Hospital de referencia (CHPR), otros plantean que el mismo debe ubicarse en otro predio, diferenciándose del hospital general. Es un punto importante que tomaremos en la discusión de la elaboración de nuestro proyecto piloto.
- En cuanto al transporte, existe un acuerdo general que deberá facilitarse el mismo, pero se ven diferencias en cuanto a cuáles serían las formas más efectivas de proporcionarlo. Algunos entrevistados ponen énfasis en evitar promover la dependencia del servicio por parte de la familia y otros insisten en que el brindar un transporte sería un requerimiento imprescindible para la adherencia al tratamiento. Tomando en cuenta estas opiniones, consideramos que, si bien es fundamental asegurarle a los pacientes el transporte, el mecanismo de asignarlo debe ser definido de manera individualizada, considerando en cada caso la situación clínica y socio económica.

- En relación a otros aspectos que surgieron en las entrevistas, debemos aclarar que existen demandas a las que el HD no podrá dar respuesta, no encontrándose dentro de los objetivos de éste. Nos referimos a la necesidad de implementar otro tipo de dispositivos, ya sea dentro del hospital general (formación en oficios, actividades de día, recreativas, para pacientes que se encuentran en una hospitalización a tiempo completo), o fuera del mismo (instituciones especializadas para el cuidado de pacientes con Trastorno del Espectro Autista en la adultez, formación de personal que asiste a pacientes psiquiátricos tanto en el hospital como en clínicas de agudos, problemática social de pacientes asistidos en CHPR).
- Como último punto, debemos destacar que como proyecto piloto, será limitada la capacidad de respuesta a las demandas de la población y de otros niveles de atención, entendiendo la necesidad de contar en un futuro con HD en distintos puntos de la capital y el país, así como a nivel privado/ mutual.

Aspectos complementarios relevantes para la fundamentación del proyecto.

HD de Psiquiatría Pediátrica – Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona -España.

Esta información es aportada en base a nuestra experiencia como residentes luego de realizar una pasantía por este Servicio.

El HD se encuentra ubicado en el predio del Hospital Sant Joan de Déu, (Hospital Universitario, materno infantil de referencia), en el área de Salud Mental, ITAKA. Esta área ocupa un edificio anexo al Hospital y cuenta con 4 plantas. En la primera planta se encuentran las unidades de especialización clínica, consultas externas. En la segunda planta se ubica el HD, mientras que en la tercera planta se ubican las salas de internación y enfermería. La cuarta planta constituye un área de espacio común para los pacientes en internación 24 horas.

Las actividades que realizan en este centro complementan la asistencia que ofrecen los recursos de la red de salud mental comunitaria. Del área de salud mental de este Hospital dependen distintos centros de salud mental infantil y juvenil y HD. Atienden a una población de 0 a 18 años en áreas asignadas de Cataluña.

El HD de este Centro funciona de lunes a viernes en el horario de 8:30 a 16:00. Cuenta con dos unidades: Unidad de Crisis (intentos de autoeliminación, trastornos psicóticos, trastornos de conducta, trastornos del desarrollo) y Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Los pacientes son derivados tanto desde las policlínicas comunitarias como desde la internación en ITAKA.

Al ingreso del paciente se completa un consentimiento informado y se aplican distintas escalas (SDQ, cuestionario de capacidades y dificultades; ECF - Escala autoaplicada de carga familiar, Emotion Regulation Checklist, entre otros) para evaluar el perfil del paciente y su familia, en vistas a planificar el tratamiento.

Realizan un abordaje multidisciplinario ofreciendo tratamiento psiquiátrico, psicológico, atención por parte de personal de enfermería, trabajo social, educador social y docentes.

Se realizan tratamientos en forma individual, grupal y familiar y multifamiliar, dando especial énfasis a los abordajes grupales (grupos de gestión emocional, grupos de habilidades sociales). Trabajan aspectos de conductas de autonomía, hábitos de higiene y conducta alimentaria.

Los tratamientos psicoterapéuticos se enmarcan en una orientación que incorpora conceptos de distintas corrientes: cognitivo conductual, sistémica, terapia basada en el vínculo, entre otras.

Cuentan también con talleres de música, teatro y plástica.

El espacio físico está conformado por tres consultorios, un sector de enfermería, un aula y dos espacios en los cuales se realizan distintas actividades.

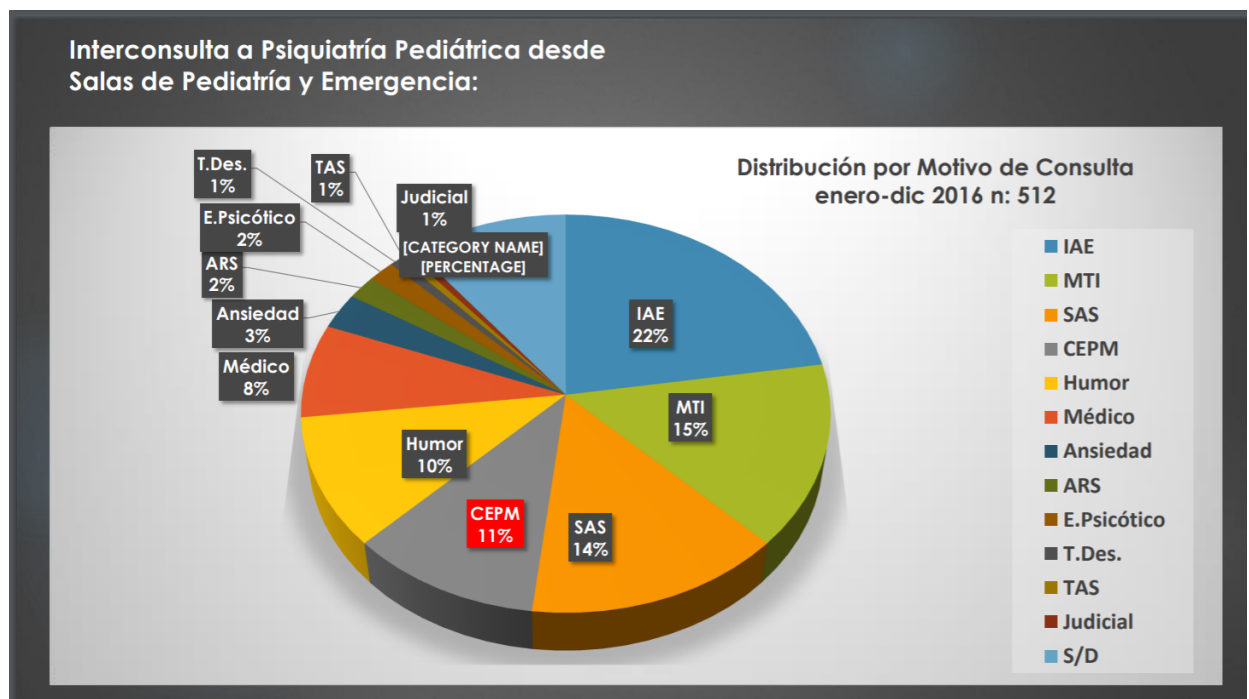
Destacamos que existe una muy buena coordinación entre este HD y los centros de salud mental comunitaria, facilitando la continuidad del tratamiento del paciente una vez otorgada el alta desde este dispositivo. Esto se logra por medio de derivaciones coordinadas previamente con los servicios correspondientes.

A continuación, presentamos algunos datos que consideramos relevantes en vistas a dar respuesta a los objetivos planteados y a planificar nuestro Proyecto Piloto.

Relevamiento de los motivos de interconsulta al Servicio de Psiquiatría Pediátrica del CHPR

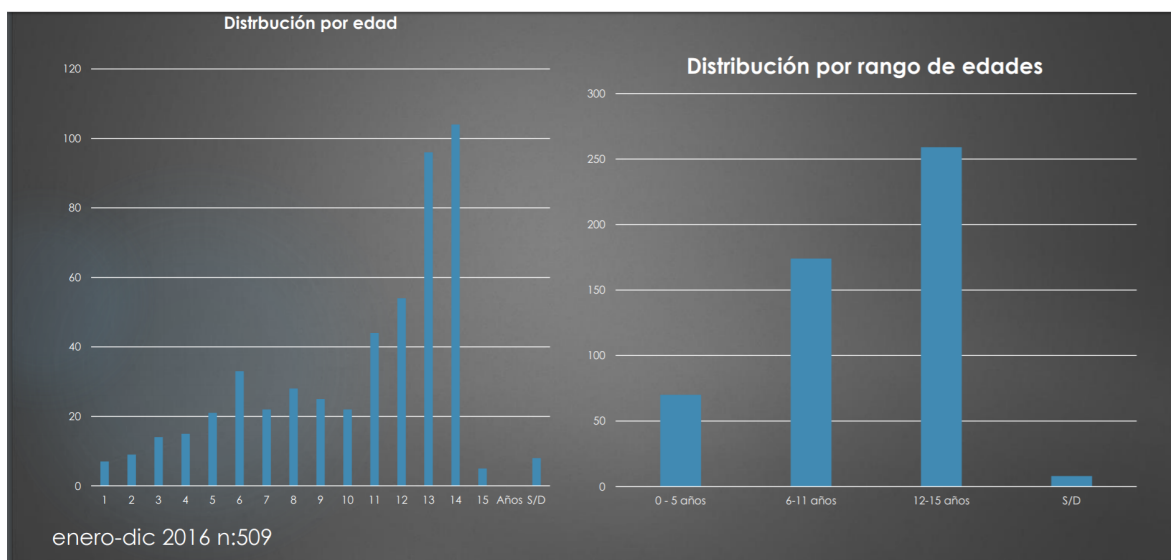
Se realizó un relevamiento de los motivos de interconsulta al Servicio de Psiquiatría Pediátrica del CHPR, desde sala y el Departamento de Emergencia Pediátrica en el periodo comprendido entre Enero y Diciembre del año 2016 (n:512).

Del mismo surge que el 22 % de las consultas fue por Intento de Autoeliminación, 15% Maltrato Infantil, 14% Sospecha de Abuso Sexual Infantil, 11% Crisis de Excitación Psicomotriz, 10% Sintomatología del Humor, 8% Patología Medica, 3% Sintomatología Ansiosa, 2% Alto Riesgo Social, 2% Episodio Psicótico, 1% Trastorno del Desarrollo, 1% Trastorno por Abuso de Sustancias y 1 % por Motivo Judicial. (32)



Extraído de Garrido, G."Informe brindado a la Dirección Pediátrica del CHPR para ser incluido en la página web del Hospital, 2017. Bases de datos anonimizados a partir de los registros de la Clínica de Psiquiatría Pediátrica". Reproducido con autorización del autor.(33)

Tomando en cuenta esta población, por rango etario, surge que 259 pacientes tenían entre 12 y 15 años, 174 pacientes entre 6 y 11 años, 70 pacientes entre 0 y 5 años y 8 pacientes que no se contó con este dato.(32)



Internación en Clínicas Psiquiátricas de Agudos

En forma anual ASSE realiza licitaciones para contratar el Servicio de Internación Psiquiátrica para pacientes de hasta 15 años de edad, portadores de patología psiquiátrica crónicas descompensada o eventos que determinan descompensación aguda, desde el CHPR.

La licitación realizada en el año 2012 resultó en la contratación de 30 cupos anuales, con un costo día de internación de \$4.840. Anual: \$1.996.500. (34)

La licitación realizada en el años 2018 resultó en la contratación de 60 cupos anuales, costo día de internación \$ 5280. Anual : \$ 9.636.000 (35)

Si bien estos datos se refieren a la demanda estimada del Servicio y no a lo efectivamente utilizado a lo largo del año, demuestra un incremento de la misma, y la necesidad de contar con otros dispositivos para dar respuesta a situaciones que ingresan en CHPR, lo que redundaría en mayor gasto para el Servicio.

Hacia la implementación de un hospital de día en Psiquiatría Pediátrica

Proyecto piloto.

En vistas a lo analizado previamente, concluimos que es necesario contar con el dispositivo de Hospital de Día en Psiquiatría Pediátrica, y a continuación se proponen líneas generales, para la organización de un proyecto piloto.

Objetivo General del Hospital de Día

Implementar un dispositivo que brinde asistencia a niños y adolescentes con patología psiquiátrica, en un marco de tratamiento ambulatorio, intensivo y de tiempo limitado, ofreciendo servicios clínicos, individualizados y coordinados, promoviendo su inserción en el medio familiar y social.

Objetivos Específicos del Hospital de Día

- Atender en forma ambulatoria a pacientes con patología psiquiátrica, siendo este dispositivo, una alternativa a la hospitalización a tiempo completo.
- Actuar sobre el cuadro clínico que motiva el ingreso del paciente, buscando la mejoría clínica. Esta acción se encuadra dentro de la prevención secundaria de la enfermedad.
- Brindar un tratamiento integral, con un abordaje psiquiátrico, farmacológico, psicológico, educativo y social.
- Instalar abordajes psicoterapéuticos centrados en la persona, utilizando distintos recursos.
- Continuar con el proceso de estabilización clínica, ofreciendo un tratamiento más intensivo del que es posible brindar en la atención ambulatoria especializada (policlínicas ambulatorias de salud mental).
- Evaluar el funcionamiento social y discapacidad que permita ofrecer un plan integral de rehabilitación psicosocial.
- Minimizar el estigma social, favoreciendo su reinserción.
- Reducir la separación del paciente de su entorno social.
- Mejorar la adherencia al tratamiento.
- Actuar sobre circunstancias sociales que afectan el curso de la enfermedad, detectando factores de riesgo y protección

- Actuar sobre las secuelas de la patología, sean transitorias o estables. Esto constituye acciones de prevención terciaria de la enfermedad.
- Dar soporte social a familiares y cuidadores (empoderar a la familia en el tratamiento y la rehabilitación de los pacientes a través de la psicoeducación, reuniones multifamiliares, promover y mejorar la actitud del entorno inmediato del paciente, brindar información sobre los recursos con los que cuentan en la zona).
- Servir como nexo entre el usuario y el sistema general de salud para asegurar su atención integral (otras especialidades médicas, otros profesionales y técnicos de la salud).
- Permitir la observación continua y sistemática de la persona durante un corto período con el fin de aclarar dudas diagnósticas.
- En definitiva persigue un aumento de la calidad de vida y la satisfacción (disminución del sufrimiento) de los pacientes con trastornos graves de salud mental y de su entorno próximo (familia), mediante la:(17)
 - o disminución y/o afrontamiento de la sintomatología psiquiátrica,
 - o la prevención y reducción de recaídas,
 - o la prevención del deterioro,
 - o el mejor ajuste y funcionamiento familiar y social de los pacientes.

Objetivos de gestión del Hospital de Día

- Disminuir el número de ingresos y reingresos, así como el tiempo de estadía en la hospitalización a tiempo completo
- Disminuir las consultas en el servicio de emergencia
- Reducir costos respecto a la hospitalización a tiempo completo
- Mejorar la costo- efectividad del tratamiento integral
- Mejorar el rendimiento de los recursos, mediante la utilización de técnicas grupales
- Favorecer el inicio del proceso de rehabilitación.

Usuarios que se benefician del Hospital de Día

Es importante tener en cuenta el perfil de pacientes que se beneficiarían con el tratamiento en el HD.

Los mismos serán niños y adolescentes portadores de patología psiquiátrica severa, que cursa un período de agudización, que requiere tratamiento clínico intensivo, con abordaje integral, tanto por la composición del equipo tratante como por la consideración en profundidad de los factores familiares y contextuales.(16)

Hacia la implementación de un hospital de día en Psiquiatría Pediátrica

El carácter ambulatorio del Hospital de Día exige que los usuarios y sus familias, estén en condiciones de concurrir a éste diariamente o en días definidos, por un período establecido.

Perfil de pacientes:

- Pacientes con sintomatología activa o descompensación de patología crónica, con ausencia de conductas graves que pongan en peligro la integridad del paciente, pares o técnicos.
- Sin riesgo de suicidio que requiera ingreso a la hospitalización a tiempo completo.
- Pacientes y familias que estén comprometidos con el tratamiento, logrando una asistencia regular.

Si bien, de acuerdo a la bibliografía consultada, existen distintas patologías que podrían beneficiarse del dispositivo de HD, se plantea el siguiente perfil de pacientes para nuestro plan piloto, teniendo en cuenta la población consultante en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) ya analizada.

En cuanto al rango etario se propone distribuir la población en dos grupos: escolares entre 6 y 11 años y adolescentes entre 12 y 15 años.

Con respecto a la psicopatología objetivo se plantea:

- Trastornos de conducta.
- Trastornos del humor.
- Rasgos desadaptativos de personalidad.
- Trastornos del desarrollo.
- Trastorno psicóticos.
- Para evaluación diagnóstica.

Flujo de referencias hacia y desde el Hospital de Día

La ubicación geográfica debe facilitar la accesibilidad. De acuerdo a la bibliografía consultada se sugiere que el HD se encuentre fuera del recinto hospitalario, pero cerca de este.(16)

Se propone que su ubicación sea en el CHPR, siendo éste, un lugar de referencia para los usuarios y sus familias, ubicado en una zona céntrica de Montevideo, con buena locomoción. Dentro del recinto del CHPR, su ubicación sería en el edificio del actual Servicio de Psiquiatría Pediátrica, contando actualmente con un espacio físico disponible para tal fin, lo que permite disminuir tiempos y costos a la hora de su implementación.

En cuanto al transporte, éste siempre será facilitado por el HD, pero se tomará en cuenta la forma en que se brindara dicho servicio, basándose en las necesidades personales y

socioeconómicas de cada paciente. Por ejemplo se facilitarán los boletos para transporte público o se coordinará una camioneta del servicio que se encargue del traslado.

Debe existir una adecuada articulación entre el dispositivo del HD y la red de atención, en vistas a realizar las referencias y contrarreferencias, siendo este aspecto clave en el funcionamiento que además se destaca en varias entrevistas.

Las derivaciones podrán realizarse desde las policlínicas de salud mental, o desde la atención hospitalaria.

Se contará con un comité de recepción integrado por psiquiatra, psicólogo y trabajador social, quienes, tomando en cuenta el perfil del paciente, evaluarán el criterio de ingreso.

Programación terapéutica

Se realizará una programación terapéutica centrada en la persona, planteando objetivos individuales, técnicas terapéuticas, estimando un plazo para la consecución de los mismos.

Se determinarán las modalidades de intervención y recursos necesarios.

Durante el tratamiento se reevaluarán la consecución de los objetivos planteados inicialmente.

Previo al alta se coordinará el seguimiento con equipo de salud referente en la zona.

Estructura de gestión

Deberá disponer de un manual de organización y funcionamiento, contando con:

- Un organigrama de la unidad.
- La disposición física de la unidad y los recursos estructurales y el equipamiento de que dispone.
- Procedimientos estandarizados y normas de funcionamiento

Organización y funcionamiento

El HD funcionará de lunes a viernes en el horario de 8:30 a 16:30, contemplando de esta forma el horario laboral de los padres.

Una característica fundamental del HD es el trabajo en equipo, siendo esto clave para el éxito terapéutico.

Inicialmente se realizará entrevista y evaluación por comité de recepción en vistas a valorar criterio de ingreso al HD.

Luego del ingreso se solicita firmar el consentimiento informado por parte de adultos referentes del paciente. Se explican y entregan normas de funcionamiento del Centro.

Se procede a abrir la historia clínica.

Se realiza el plan de intervención personalizado, estableciendo objetivos y tiempo estimado de tratamiento. Este se planifica por el equipo interdisciplinario del HD.

Se propone realizar un abordaje farmacológico, psicológico, educativo y social.

Dentro del abordaje farmacológico se verificará la toma efectiva de la medicación prescrita, efectos terapéuticos y secundarios.

Con respecto a las intervenciones psicológicas se proponen intervenciones individuales, grupales y/o familiares. Se privilegiarán las intervenciones psicológicas grupales dadas las condiciones especialmente favorables para efectuarlas que brinda el HD y su valor terapéutico en el perfil de pacientes que atiende. (15)

Tomando en cuenta los recursos actuales en nuestro país y las experiencias internacionales se contará con distintas técnicas psicoterapéuticas como: terapia cognitivo conductual, psicoanalítica, sistémica, psicodrama y estrategias EMDR.

Se realizarán actividades psicoeducativas para el paciente y su familia, destinadas a la generación de conocimientos, habilidades y destrezas para manejar la condición de la enfermedad psiquiátrica (manifestaciones clínicas, reconocimiento de complicaciones, importancia del tratamiento farmacológico, etc.) y mejorar la calidad de vida. (15)

Se contará con espacio educativo, utilizando el aula hospitalaria u otros recursos del sistema educativo.

Se pueden realizar visitas domiciliarias, en vistas a evaluar condiciones físicas y sociales, evaluar recursos comunitarios y tender redes de sostén en vistas al alta.

Se trabajará en vistas a comenzar con el proceso de rehabilitación psicosocial. Se propone trabajar habilidades sociales en el contexto de abordaje grupal, conductas de autocuidado y conductas de autonomía.(15)

Recursos humanos

Se sugiere que el equipo cuente con personal administrativo, personal de enfermería, psiquiatra, psicólogo, recursos de trabajo social, maestra, terapeuta ocupacional, tallerista de arte y música.

A continuación, se presenta una propuesta sobre la disponibilidad horaria de técnicos en el HD para 10 plazas por 20 días al mes. Se propone en este proyecto piloto comenzar con 10 plazas y evaluar su funcionamiento, con la posibilidad de ampliar su capacidad.

Profesional/Técnico	Horas semanales
Médico Psiquiatra	20
Personal de enfermería	40
Terapia Ocupacional	12
Psicólogo	20
Maestra	20
Tallerista	20
Trabajador Social	15
Personal Administrativo	40

□ Serán recursos coordinados con el sistema educativo e integrando recursos de aulas hospitalarias u otras modalidades que consideren pertinentes.

Los recursos humanos planteados con los que debería contar el HD son sugerencias basadas en la literatura internacional y la realidad de nuestro país y debe ser considerado en forma dinámica.

Funciones del Personal del HD (15)

Funciones del Médico Psiquiatra:

- Participar en el comité de recepción.
- Efectuar evaluación y diagnóstico psiquiátrico.
- Participar en la formulación del plan terapéutico.
- Organizar y participar en los talleres familiares, de psicoeducación.
- Evaluar cumplimiento de objetivos en vistas a otorgar el alta.
- Mantener comunicación, en caso de que cuente, con equipo de zona tratante.

Funciones del Personal de Enfermería:

- Coordinar y organizar el plan terapéutico individual del paciente.
- Recibir al paciente, realizar los controles en salud.
- Administrar el tratamiento farmacológico.
- Atención de crisis de excitación psicomotriz.
- Participación en talleres de psicoeducación.
- Mantener contacto con la familia.
- Mantener orden de la historia clínica.
- Participar en la elaboración de procedimientos operativos estandarizados.

Hacia la implementación de un hospital de día en Psiquiatría Pediátrica

- Participar en las evaluaciones de calidad de atención

Funciones del /la Terapeuta Ocupacional:

- Efectuar evaluación funcional en las distintas áreas.
- Efectuar evaluación ambiental, física y social del apoyo al proceso de rehabilitación.
- Establecer diagnóstico de rehabilitación y programa de evaluación periódica.
- Elaborar e implementar plan individual de rehabilitación dentro del Plan de Tratamiento.
- Promover en la familia apoyo para el proceso de rehabilitación.
- Entrenar y supervisar práctica de habilidades funcionales en situaciones reales de la vida.

Funciones del Psicólogo/a:

- Participar en el comité de recepción.
- Realizar evaluación psicológica y psicosocial de factores que gravitan sobre el curso, pronóstico y el proceso de rehabilitación.
- Definir objetivos y medios de la intervención psicológica en el marco del plan de tratamiento.
- Efectuar intervenciones terapéuticas según modelo teórico específico y diseño definido.
- Coordinar programa centrado en la persona
- Coordinar los espacios psicoterapéuticos específicos
- Realizar talleres, reuniones multifamiliares.
- Entrenar en habilidades psicosociales, resolución de conflictos, afrontamiento, etc. a pacientes y familiares.

Funciones de Trabajo Social:

- Efectuar evaluación social del usuario y su grupo familiar.
- Participar en la aplicación del plan individual de tratamiento y rehabilitación.
- Promover la participación activa de usuarios y familiares en el proceso de rehabilitación.
- Derivar a los distintos dispositivos de la red, según corresponda.
- Coordinación con el primer nivel de atención.
- Integrar el comité recepción.

Funciones de Talleristas:

- Participar en la aplicación del plan individual de tratamiento.
- Realizar los talleres correspondientes (arte, música, robótica, informática).
- Favorecer y estimular la adaptación, integración y participación de los pacientes.

Funciones de la maestra:

- Participar en la aplicación del plan individual de tratamiento.
- Elaborar un plan educativo individualizado, acorde a la etapa de desarrollo y diagnóstico del paciente.
- Mantener comunicación, en caso de que cuente, con referentes de centro educativo en la zona.
- Favorecer y estimular la adaptación e integración en el centro.
- Colaborar en la integración y permanencia del paciente a su centro educativo, luego del alta.

Funciones de Personal Administrativo:

- Realizar las tareas administrativas correspondientes.
- Control de archivo de material.
- Organización de archivo de historias clínicas.
- Colaborar en la recepción del paciente.
- Manejo de la agenda del centro.
- Mantener contacto con las familias
- Completar consentimiento informado

Se realizará una capacitación anual para todo el personal del HD, fomentando la actualización y educación continua.

Se realiza una estimación de los costos en recursos humanos del HD, basándonos en aranceles establecidos por ASSE y Sindicato Médico del Uruguay.

Profesional/Técnico	Número horas semanales	Valor hora (\$)*	Honorario semanal
Médico Psiquiatra	20	779	15580

Hacia la implementación de un hospital de día en Psiquiatría Pediátrica

Personal de Enfermería	40	334	13360
Psicólogo	20	317	6340
Trabajo Social	15	317	4755

* Datos extraídos del documento Matriz Funcional ASSE, Valores 2018.
Laudo Médico enero 2018, Sindicato Médico Uruguay.

Las actividades diarias se organizarán de modo diverso buscando cumplir en general los objetivos definidos para este tipo de dispositivos.

A continuación se plantea una propuesta de organización semanal, con distintas actividades, para los usuarios que utilicen el HD en horario completo. Es importante tener en cuenta que el Servicio deberá tener flexibilidad, adaptándose a las posibilidades de horario de cada paciente.

El siguiente cronograma está dirigido a un paciente que concurriría en un horario completo los 5 días de la semana, teniendo en cuenta que la cantidad de horas semanales que cumplirá cada paciente, estará supeditada a su plan terapéutico individual.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
8:30 – 9:00	Recepción	Recepción	Recepción	Recepción	Recepción
9:00 – 9:30	Desayuno y administración de medicación	Desayuno y administración de medicación	Desayuno y administración de medicación	Desayuno y administración de medicación	Desayuno y administración de medicación
9:30 – 11:30	Actividad académica con maestra Talleres psicoeducativos	Psicoterapia grupal	Actividad académica con maestra Talleres psicoeducativos	Psicoterapia grupal	Actividad académica con maestra Talleres psicoeducativos
11:30 – 12:30	Actividad física recreativa Psicomotricidad	Recreación	Actividad física recreativa	Recreación	Actividad física recreativa Psicomotricidad
12:30	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo
13:30 – 14:30	Taller arte	Taller habilidades sociales	Taller arte	Taller habilidades sociales	Musicoterapia
14:30 – 15:30	Recreación	Terapia ocupacional	Recreación	Terapia ocupacional	Talleres psicoeducativos y trabajo con familias

Hacia la implementación de un hospital de día en Psiquiatría Pediátrica

15:30 16:30	–	Merienda y administración de medicación	Merienda y administración de medicación	Merienda y administración de medicación	Merienda y administración de medicación	Merienda y administración de medicación
------------------------------	---	---	---	---	---	---

Se realizarán, además: entrevistas individuales y con las familias por profesionales: psiquiatra, psicólogo y trabajo social.

Quincenalmente se organizarán reuniones multifamiliares.

Recursos materiales

En cuanto a los recursos edilicios se plantea contar con:

- Dos consultorios.
- Espacio para reunión de equipo y para talleres grupales.
- Área de recepción del paciente y administración
- Área de enfermería
- Área de contención
- Sala común para los pacientes, polivalente (sala de estar, juegos de mesa, comedor, etc.).
- Baños y sector para guardar los objetos personales (casilleros).

Evaluación del proyecto

Indicadores de Impacto y Calidad de Atención para el HD

Debe considerarse junto con la implementación del proyecto, un sistema de evaluación que permita conocer en qué grado los objetivos de gestión y atención se cumplen. Esto puede llevarse a cabo de forma continuada por el personal, utilizando distintos indicadores.

Es importante evaluar también en forma continua el perfil de pacientes que se asiste en el HD, ya que existe el riesgo que se priorice la atención de paciente que requieren más atención social, que atención clínica sistemática y también evaluar el grado de satisfacción de las familias.

Basándonos en la experiencia de HD en Chile se plantea el uso de los siguientes indicadores y forma de medición (15):

A. INDICADORES DE PROCESO:

a. **Índice Ocupacional** (sobre 80%):

b. $\frac{\text{Promedio de usuarios por día} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de plazas}}$

c. **Promedio de días de estada:**

$\frac{\text{sumatoria N}^\circ \text{ de días de estada del total de personas ingresadas}}{\text{N}^\circ \text{ total de personas ingresadas en el período}}^{18}$

d. **Número de Ingresos en el período:**

Nº de personas aceptadas para ingresar al HD en el período

e. **Nº de Egresos en el período:**

d.1. **Nº de abandonos en el período**

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

d. 2. **Nº de Altas en el período**

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

f. **Cumplimiento del Plan de Tratamiento:**

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

g. Cumplimiento de Actividades de Psicoeducación:

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

B. INDICADORES DE IMPACTO:

a. Nº de hospitalizaciones completas evitadas:

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

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

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

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

c. Reingresos en el periodo:

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

- i. reagudización del cuadro clínico
- ii. eventos relacionados con patología de base, p. Ej. Intento suicida
- iii. reacciones adversas o efectos secundarios de medicamentos) x 100
Nº total de altas en el periodo

C. INDICADORES DE CALIDAD:

C.1. Generales:

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

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

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

Bibliografía

1. World Health Organization. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 [Internet]. Ginebra; 2013. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=B4A0D1F4673B5C49BDB1F88DC39A340D?sequence=1
2. Garrido G. Equipos Comunitarios de Salud Mental. Un modelo en movimiento. Montevideo, Uruguay: Imprenta Editorial; 2004.
3. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Interna; 2011.
4. Vásquez J. La Declaración de Caracas: un instrumento esencial para la promoción y protección de los Derechos Humanos de las personas con discapacidades mentales; 2004.
5. World Health Organization. Atlas Recursos de Salud Mental en el Mundo [Internet]. Ginebra; 2001. Available from: file:///C:/Users/Ana Ines/Downloads/OMS 2001 - Atlas SM-.pdf
6. World Health Organization. Mental Health Atlas [Internet]. Geneva; 2017. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1>
7. Cherro M. Breve reseña sobre las vicisitudes de la internación psiquiátrica en Latinoamérica. La Quinta del Reloj. Cuaderno de SUPIA Año II N° 2. 2012;71.
8. Ministerio de Salud Pública. Plan Nacional de Salud Mental [Internet]. Montevideo; 1986. Available from: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Plan Nacional de Salud Mental 1986_0.pdf
9. Ministerio de Salud Pública. Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud [Internet]. Montevideo, Uruguay; 2011. Available from: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Plan de Prestaciones en Salud Mental.pdf>
10. Villar H, Ferreira C. Descentralización en Salud. Sistemas Departamentales de Atención. Montevideo, Uruguay; 2005.
11. Ministerio de Salud Pública. Transformar el Futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados para el Sistema Nacional Integrado de Salud [Internet]. Montevideo,

Uruguay; Available from:

http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/MSP_libro_reforma.pdf

12. Ministerio de Sanidad y Política Social. Hospital de Día, Estandares y Recomendaciones [Internet]. Madrid; 2009. Available from: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UnidadHospitalDia.pdf>
13. Mas Hesse, J et al. Grupo de trabajo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría sobre Hospitales de Día. Cuadernos Técnicos [Internet]. 2009; Available from: <https://docplayer.es/83792485-Aen-asociacion-espanola-de-neuropsiquiatria-grupo-de-trabajo-de-la-asociacion-espanola-de-neuropsiquiatria-sobre-hospitales-de-dia.html>
14. Consejería de Salud. Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007 [Internet]. Andalucía; 2003. Available from: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestioncalidad/S Mental2003_2007.pdf
15. Ahumada, L;Aguirre R et al. Orientaciones Técnicas para el Funcionamiento de Hospitales de Día en Psiquiatría. Chile; 2002.
16. Ministerio de Salud Chile. Orientaciones Técnicas para el Funcionamiento de Hospitales de Día en Psiquiatría. Santiago de Chile; 2001.
17. De Luis Beorlegi, M; Mas Hessel J et al. Guía de Gestión de Hospital de Día Psiquiátrico [Internet]. Madrid; Available from: <http://www.ingesa.mscbs.gob.es/en/estadEstudios/documPublica/psiquiatrico.htm>
18. Díaz-Sibaja MA, Trujillo A, Peris-Mencheta L. Hospital de Día infanto - juvenil: Programas de tratamiento. Rev Psiquiatr y Psicol del niño y del Adolesc. 2007;7(1):80–99.
19. Marshall M, Crowther R, Sledge WH, Rathbone J, Soares-Weiser K. Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. Cochrane database Syst Rev [Internet]. 2011 Dec 7;(12):CD004026-CD004026. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22161384>
20. Olivos P. Historia de los Hospitales Diurnos. Revista de Psiquiatría II. 1985;23–7.
21. Naranjo Vila C. Hospital de Día en Psiquiatría. Evolución de la Experiencia Mundial y Estado de la Situación en Chile. 2001; Available from: [file:///C:/Users/AnaInes/Downloads/Hospital_de_Dia_en_psiquiatria._Evolucio\(1\).pdf](file:///C:/Users/AnaInes/Downloads/Hospital_de_Dia_en_psiquiatria._Evolucio(1).pdf)

22. Peters D, Tran NT, Adam T. Investigación sobre la implementación de políticas de salud: Guía práctica. [Internet]. Ginebra; 2013. Available from: file:///C:/Users/Ana Ines/Desktop/Hospital de Día/Implementation_Research_SP.pdf
23. World Health Organization. Using evidence from qualitative research to develop WHO guidelines [Internet]. 2014. Available from: https://www.who.int/publications/guidelines/Chp15_May2016.pdf?ua=1
24. Lewin S, Glenton C, Munthe-Kaas H, Carlsen B, Colvin CJ, Gülmezoglu M, et al. Using qualitative evidence in decision making for health and social interventions: an approach to assess confidence in findings from qualitative evidence syntheses (GRADE-CERQual). *PLoS Med.* 2015;12(10):e1001895.
25. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C. Metodología de la Investigación. Cuarta edi. Editorial: Hill MG, editor. México DF; 2006.
26. Martell M., Fescina R., Martínez G et al. Introducción a la Metodología de la Investigación Científica. Tercera Ed. Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR; 2011.
27. Salgado Lévano AC. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit.* 2007;13(13):71–8.
28. Muñoz Justicia J, Sahagún Padilla M. Hacer análisis cualitativo con Atlas ti. 7, Manual de Uso [Internet]. 2017. Available from: <http://manualatlas.psicologiasocial.eu/atlasti7.pdf>
29. Varguillas C. El uso de ATLAS. ti y la creatividad del investigador en el análisis cualitativo de contenido UPEL. Instituto Pedagógico Rural El Mácaro. *Laurus.* 2006;12(Ext).
30. ATLAS. ti Qualitative Data Analysis [Internet]. Available from: <https://atlasti.com/product/what-is-atlas-ti/>
31. Gallardo Echenique E. Utilización del programa de análisis cualitativo ATLAS.ti para gestionar y analizar datos [Internet]. 2014. Available from: <https://atlasti.com/2014/06/12/utilizacion-del-programa-de-analisis-cualitativo-atlas-ti-para-gestionar-y-analizar-datos/>
32. Garrido G. Primer Taller para el Manejo de Crisis de Excitación Psicomotriz en Centro Hospitalario Pereira Rossell. In Montevideo; 2017.
33. Garrido G. Informe brindado a la Dirección Pediátrica del CHPR para ser incluido

en la página web del Hospital. Bases de datos anonimizados a partir de los registros de la Clínica de Psiquiatría Pediátrica. Montevideo; 2017.

34. CHPR- ASSE. Licitación- Servicio Internación Psiquiátrica. Montevideo, Uruguay; 2012.
35. CHPR- ASSE. Licitación - Servicio de Internación Psiquiátrica [Internet]. 2017. Available from:
<https://www.comprasestatales.gub.uy/consultas/detalle/id/608416/mostrar-llamado/1>

Anexo: Modelos de entrevistas utilizadas

Entrevista n° 1: Experiencias previas en HD Psiquiátrico

Datos generales del ENTREVISTADO:

Profesión:	País:	
Vinculación con Dispositivos de Hospital de Día o afines:	SI	NO
Rol que desempeña:		
Desde cuándo:/...../..... (aprox)		

Experiencias previas en HD Psiquiátrico.

1. ¿Qué condiciones en el sistema de salud y/o necesidades en el área de salud mental del país cree Ud. que motivaron la implementación de un hospital de día?
2. ¿Qué sector (dentro o fuera de la salud) tuvo la iniciativa?
3. Luego de implementado, ¿se realizan periódicamente evaluaciones de la herramienta? ¿En qué consisten? ¿Qué elementos toman en cuenta?
4. En función de estas evaluaciones, ¿se concluye que fueron alcanzados los objetivos principales? (Tanto a nivel asistencial como de gestión).
5. Si la respuesta es negativa, ¿a qué factores se lo atribuiría?
6. En relación a la asistencia, ¿qué perfil de pacientes concurre al HD? (edad, psicopatología, procedencia). ¿Son los mismos pacientes para los que fue pensado inicialmente? En caso de no ser así ¿qué factores motivaron la modificación?
7. ¿De qué sector de la red de atención sanitaria provienen los pacientes con mayor frecuencia?
8. Dentro de los cuadros psicopatológicos mencionados, ¿cuáles son los motivos de ingreso más frecuentes?
9. En relación al ingreso/egreso, ¿qué criterios utilizan para ingresar pacientes a los programas? ¿Cuáles son los criterios de egreso y a qué dependencias son derivados los pacientes?
10. ¿Qué modalidades de tratamiento se ofrecen? (a nivel individual, grupal, y en este caso organizados por patología, por edades).
11. ¿Cuál es el tiempo de estancia media?
12. ¿Qué disciplinas integran el equipo?
13. ¿Cuentan con alguna evaluación de resultados?

14. ¿Tienen alguna forma de incluir en ella el grado de satisfacción de los pacientes y familiares?
15. ¿Cuentan con recursos económicos para el traslado de los pacientes al centro?, ¿cómo se gestiona?

Entrevista n°2: Experiencias de HD en distintos servicios de Salud en general

Datos generales del ENTREVISTADO:

Profesión:	País:	
Vinculación con Dispositivos de Hospital de Día o afines:	SI	NO
Rol que desempeña:		
Desde cuándo:/...../..... (aprox)		

Experiencias de HD en distintos servicios de Salud en general.

1. ¿Cómo surgió la iniciativa de crear un servicio como el que Ud. integra?
2. ¿Cómo está organizado?
3. ¿Con qué equipo cuenta?
4. ¿Qué financiamiento tiene?
5. ¿Qué perfil de pacientes concurre al HD?
6. En relación al ingreso/egreso,
 - a. ¿qué criterios utilizan para ingresar pacientes a los programas?
 - b. ¿Cuáles son los criterios de egreso y a que dependencias son derivados los pacientes?

Entrevista n°3: Entrevista Gestión de Salud

Datos generales del ENTREVISTADO:

Profesión:	País:	
Vinculación con Dispositivos de Hospital de Día o afines:	SI	NO
Rol que desempeña:		
Desde cuándo:/...../..... (aprox)		

Entrevista Gestión de Salud.

1. ¿Qué actores participaron (directa o indirectamente) en el armado del proyecto de HD?
2. ¿Qué organigrama tiene el HD?
3. ¿Cómo se fundamentó la necesidad de implementar el HD?
4. ¿Cómo se financia el HD?
5. ¿De qué manera estimaron el presupuesto necesario para implementar el proyecto?
6. ¿Cómo se consiguió el área física necesaria?
7. ¿Quién se encarga de la administración del HD?
8. ¿Considera que desde el punto de vista de la gestión, es un recurso valioso, que cumple con los objetivos inicialmente propuestos? ¿Se han realizado evaluaciones en este sentido? ¿En qué consisten las mismas?
9. Tanto si el resultado de la implementación fue positivo como negativo, ¿a qué considera que se debió esto?
10. ¿Existen reglamentaciones a nivel del Ministerio de Salud con respecto a la implementación y gestión de los HD?

PÁGINA DE APROBACIÓN

Debe contener, nombre de el/la profesor/a guía, tribunal, fecha, calificación, autores/as.

El/la estudiante deberá incorporar esta hoja a cada ejemplar y será completada, por el Tribunal correspondiente.

FACULTAD DE MEDICINA

El tribunal docente integrado por los abajo firmantes aprueba la Monografía:

Título HACIA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN
HOSPITAL DE DÍA DE PSICHIATRÍA

Autor/a o Autores/as PEDIÁTRICA
Barreto, L.
Campodónico, I.
Paulter, A.T.

Tutor/a o Director/a Prof. Dra. GABRIELA GARRIDO.

Carrera Medicina - Psiquiatría Pediátrica.

Puntaje Esta monografía merece ser publicada
en colaboración.

Tribunal
Profesora [Firma] Prof. Dra. GABRIELA GARRIDO
Profesora [Firma] ESPECIALISTA PSICHIATRÍA PEDIÁTRICA
Profesora [Firma] C.J.P. 51636 (Nombre y firma).

Fecha [Firma] (Nombre y firma).