



Documento para Apoyo en la Elaboración de Pautas y Protocolos de los Procesos de Atención y Funcionamiento de los Dispositivos de la Red de Atención en Salud Mental en Uruguay

Informe final

Consultor: Lic. Ps. Ignacio Porras

Montevideo, diciembre de 2022.

Índice

Introducción	pág. 3
Marco legal	pág. 7
Consideraciones preliminares	pág. 10
Unidad de Corta Estadía (UCE)	pág. 12
Casa de Medio Camino (CMC)	pág. 24
Centro Diurno de Rehabilitación Psicosocial (CDRPS)	pág. 30
Limitaciones de la presente consultoría	pág. 36
Consideraciones finales	pág. 36
Bibliografía citada	pág. 38

Introducción

Esta consultoría ha tenido por objetivo, apoyar al Ministerio de Salud Pública generando insumos para la construcción de pautas y protocolos de atención y funcionamiento de tres dispositivos de la red de atención en salud mental:

Unidad de Corta Estadía

Casa de Medio Camino

Centro Diurno de Rehabilitación Psicosocial

La elaboración del presente documento es el resultado de un proceso que comenzó a mediados del año 2021 y que implicó distintas etapas. En primer término, se realizó una amplia recopilación de información y un profundo análisis de la misma. Se consultó material escrito (documentos gubernamentales, artículos científicos y otros), se realizaron visitas a distintos dispositivos existentes en nuestro país y entrevistas a expertos nacionales, así como extranjeros. Se ha contado, asimismo, con la colaboración desde OPS del Dr Wilson Benia y del asesor en temas de salud mental, Dr. Matías Irarrazabal.

La búsqueda de información documental se llevó a cabo a través de internet, fundamentalmente de las bases de datos más reconocidos en la temática de salud mental (Scielo, Ebsco Host-Psycodoc, Dialnet, Amelica, Google académico, BVS) así como consulta a través del Sistema Integrado de Bibliotecas de la Universidad de la República (UDELAR). También se logró el acceso a diversos documentos y materiales, algunos de ellos inéditos, a partir de la generosa colaboración de los distintos expertos entrevistados.

Para la selección de expertos y realización de las entrevistas, se articuló con la consultora Dra. Sandra Romano, responsable de la “Consultoría para elaboración de Documento de Referencia sobre modelo y requisitos mínimos de dispositivos de la Red de Atención en Salud Mental” de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las entrevistas fueron realizadas en forma conjunta en la mayoría de los casos, quedando la realización de estas, a cargo de uno solo de los dos consultores, solo en algunas situaciones excepcionales. Los expertos entrevistados, fueron seleccionados en base a su amplia experiencia en el trabajo en salud mental, como también su participación en los dispositivos objeto de la presente consultoría y/o en dispositivos de formato similar. Se buscó, asimismo, la opinión de expertos en las distintas disciplinas involucradas en el trabajo interdisciplinario requerido para estos dispositivos.

Es importante enfatizar, que se visitaron dispositivos tanto públicos como privados que se valoraron de estructura y funcionamiento, lo más similar posible a los

dispositivos objeto de esta consultoría. A este respecto, se debe expresar que la nomenclatura de dispositivos de atención en salud mental presenta diferencias en los distintos países y en el nuestro. Consideramos que ese es uno de los temas centrales a resolver de cara a una implementación eficaz y eficiente de una red de dispositivos en salud mental, que permitan una continuidad de cuidados. Para este objetivo, la presente consultoría brinda aportes que facilitan la definición de los diferentes dispositivos, lo cual esperamos tenga impacto en el futuro, llegando a tener dispositivos cuyas denominaciones y características respondan a un orden general claro.

A continuación, detallamos las visitas a dispositivos realizadas y las entrevistas a expertos:

Dispositivos visitados:

- Sala de Salud Mental del Hospital Maciel
- Casa de Medio Camino Buceo
- Sala de Salud Mental del Hospital de Paysandú
- “El Taller”, Paysandú
- Unidad de Salud Mental de Médica Uruguaya
- Unidad de Salud Mental del Hospital de San Carlos
- Sanatorio Asistencial de San Carlos
- Casa de Medio Camino de San Carlos

Entrevistas individuales:

- Prof. Agda. Dra. Soledad Brescia - Psiquiatra Sala Hospital Maciel
- Dr. Ricardo Castelli Psiquiatra Artigas - Presidente API
- Dra. Natalia Díaz - Psiquiatra Sala Hospital Maciel
- Lic. Enf. Gastón Gularte - Sala Hospital Maciel
- Lic. Rosana Pelоче - Psicóloga Hospital Maciel
- Mag. Lic. Rossina Machiñena – Directora Centro Alberto Martínez Visca
- Mag. Lic. Gabriela Novoa - Equipo Salud Mental Hospital Maciel
- Mag. Lic. Mónica Rossi – Psicóloga Centro Diurno Hospital Vilardebó
- Mag. Lic. Geraldina Pezzanni - Psicóloga en Hospital Vilardebó.

Entrevistas a equipos técnicos:

- Equipo de Casa de Medio Camino Buceo:
 - Lic. Enf. Natalia Alamón (Coordinadora)
 - Aux. de Enf. Ana María García
 - Lic.en T. Social, María Pallares
 - A.T. Valentina Cluzet
 - Cocinero, Juan Pablo Cravea
 - Auxiliar de limpieza, Alicia Machín
 - Usuario: Richard Díaz

- Equipo de Salud Mental del Hospital de Paysandú:
 - Prof. Adj. Dr Sergio Oneto,
 - Residente Dr. Enzo Giordano
 - Postgrado Dra. Victoria Leoni.

- Equipo de “El Taller” de Paysandú:
 - Lic. Sandra Kanovich,
 - Lic. Trabajo Social Alessandra Laenen,
 - Dr. Enzo Giordano (Residente Psiquiatría)

- Salud Mental Médica Uruguay
 - Dra. Psiq. Carmen Mautone
 - Dr. Psiq. Freddy Pagnussat
 - Lic. Ps. Adriana López

- Equipo de Sala de Salud Mental del Hospital de San Carlos:
 - Lic. Mariangeles Díaz (Lic. Enfermería)
 - Lic. Antonio Barrios (Psicología)
 - Dr. Derek Mc Clew (Psiquiatría)
 - Lic. Gabriela Soba (Trabajo Social)

- Equipo de Casa de Medio Camino de San Carlos:
 - Lic. Elena Cesar (Enfermería)
 - Lic. Gabriela Soba (Trabajo Social)
 - Lic. Nastassja Orrego (Psicología)

- Equipo Centro Psicosocial Sur Palermo:
 - Lic. Reneé del Castillo (Psicología - Enfermería especializada SM)
 - Dr. Vicente Pardo (Psiquiatría)

Entrevistas a expertos internacionales:

Dr. Domingo Díaz del Peral (Almería, Andalucía, España)

Dr. Mauricio Gómez (Chile) – Consultor OPS para proceso de desinstitucionalización.

Durante los primeros meses del año 2022 se elaboró un documento borrador, que es la base del presente documento final. El mismo, se dio a conocer a una amplia gama de actores claves del tema para su validación, acompañado de una pauta construida conjuntamente con el Área Programática para la Atención en Salud Mental del Ministerio de Salud Pública. A partir de esta consulta, se recibieron aportes de representantes de diversas instituciones: Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, Hospital Maciel, Clínica Psiquiátrica de Facultad de Medicina UdelaR, Secretaría Nacional de Drogas, Facultad de Ciencias Sociales UdelaR, Facultad de Psicología UdelaR, INAU - Programa Intervenciones Especializadas, Federación CAMINANTES, Grupo de la Esperanza - Colectivo por Salud Mental Integral y Proyecto comunicacional participativo Vilardevoz. A su vez, se mantuvieron intercambios sobre el documento con distintos expertos que brindaron aportes en la primera etapa.

En su amplia mayoría, los aportes acompañan las líneas generales del presente documento, el cual incorporó a partir de los mismos algunas precisiones y modificaciones. Todos los aportes, han sido de gran valor para llegar a este documento final.

Marco legal

El presente documento se ha elaborado a instancias de la Organización Panamericana de la Salud, en colaboración con el Área Programática de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública del Uruguay, como forma de apoyo a la implementación cabal de la Ley No 19.529 de Salud Mental (Poder Legislativo, 2017). El documento tiene por objetivo, generar insumos que permitan colaborar en la construcción de pautas y protocolos técnicos de atención en Salud Mental en tres dispositivos de la red de salud mental.

Esta ley establece un cambio en el modelo de atención en salud mental y establece en su Art. 38 el fin del modelo asilar, de tipo cautelar con un plazo no mayor al año 2025, planteando el cierre definitivo de las instituciones y estructuras monovalentes¹, dedicadas a la atención en salud mental. Por otro lado, la ley marca fundamentalmente en su Art. 3, una prevalencia del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental con base en la interdisciplinariedad, el trabajo en redes, con el usuario y sus familias, focalizando en el respeto a los Derechos Humanos (DDHH) y la inclusión de las personas con padecimientos mentales.

Con este cambio a nivel legislativo, se da fin desde el punto de vista legal, a una coexistencia de diferentes y contrapuestos modelos de atención en salud mental. El presente documento, tiene por objeto, tomando como referencia este nuevo marco legal, brindar pautas que permitan protocolizar la atención y funcionamiento de distintos dispositivos. En ese sentido, el Cap. V de la mencionada ley, desarrolla en unos breves artículos los conceptos generales sobre la atención, dando un lugar importante a la interdisciplinariedad, la rehabilitación y enfatizando también el tema residencial con apoyo.

En cumplimiento del artículo 8 de la Ley No19.529 de Salud mental, el MSP generó, en amplia consulta a diferentes organizaciones, el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027 (2020). Este, establece los objetivos para el período, entre lo que especifica la implementación de “un sistema de atención basado en el modelo comunitario para personas con problemas de salud mental prevalentes y trastornos mentales severos” (p.46), así como establece con claridad “la desactivación progresiva de servicios basados en un modelo asilar y monovalente” (p.49).

Es claro en ese sentido, que no se puede lograr lo segundo, sin que se desarrolle primeramente establecer con claridad los diferentes dispositivos que compondrán, las estructuras que dan sustento al sistema basado en un modelo comunitario.

1

De acuerdo a la Ordenanza 1488/019 “se entiende como **establecimiento monovalente** aquel donde predomina una especialidad, y aun contando con otras disciplinas, cada una de ellas funciona en forma independiente, y la atención que se brinda está desarticulada del resto de los servicios de salud, funcionando dentro de una lógica proteccionista, no participativa de la persona y de sus referentes socio familiares, reforzando el estigma y la discriminación del usuario/a del servicio de salud.”

Modelo éste, que está desarrollado en sus líneas principales en el Marco Conceptual del plan anteriormente mencionado (p.21).

Es importante tener presente que el éxito relativo que pueda lograrse a partir de un cambio en el modelo de atención en salud mental, se deberá en gran parte a la generación de una red de dispositivos que aseguren una continuidad de la asistencia, de alta calidad para el usuario y que cubra diferentes necesidades a lo largo de todo el proceso de recuperación. Una red de dispositivos incompleta, que no asegure esta continuidad de cuidados, no solo falla por la ausencia de nodos de atención, sino también por llevar en breve tiempo a los dispositivos si existentes, a cubrir situaciones que no pertenecen a su especificidad asistencial. Esto provoca en definitiva, una alteración del mejor funcionamiento de los dispositivos y por ende una degradación de la calidad de la atención.

En cumplimiento del Art. 16, de la Ley 19529 de Salud Mental, el M.S.P., elabora y promulga la Ordenanza No 1488/019 (2019), en la cual se establecen los diversos dispositivos que conformaran la red de servicios que hacen posible la aplicación de la referida ley. La ordenanza organiza en tres categorías los dispositivos asistenciales para adultos:

- Unidades en territorio
- Hospitalización
- Dispositivos de inclusión social

Esta primera categorización, permite comenzar a diferenciar el lugar de los dispositivos en la red y sus objetivos. Esto es importante, ya que las nominaciones de estos tipos de dispositivos varían en el contexto internacional, lo cual se ve reflejado tanto en los textos académicos, como también en documentos de organizaciones públicas y privadas dedicadas a la atención en salud mental.

En esta ordenanza, quedan establecidos junto a los otros dispositivos de la red de asistencia en salud mental:

- Unidad de Corta Estadía (UCE) (Hospitalización)
- Casa de Medio Camino (CMC) (Unidad en territorio)
- Centro Diurno de Rehabilitación Psicosocial (CDRPS) (Unidad en territorio)

La ordenanza, trae una breve descripción de estos y los demás dispositivos, su lugar en la red, su equipo y objetivos. Una profundización de las características de funcionamiento que los mismos deben tener, es objeto central de esta consultoría. Aportar, como primer movimiento, a partir de aportes para la construcción de pautas y protocolos de funcionamiento, una sentido técnico específico a cada dispositivo.

Otras normativas a tener presente.

- Decreto No 226/018 (Poder Ejecutivo, 2018)

Este decreto constituye una reglamentación parcial de la ley 19.529. El mismo se enfoca en el Órgano de Contralor, creado por la ley 19.529 de Salud Mental y en lo referente a la Notificación de Hospitalizaciones.

- Decreto 331/019 (Poder Ejecutivo, 2019)

Establece que la coordinación entre distintos organismos del Estado se realizará en el espacio del Gabinete Social, creado por Decreto N° 236/005 de 25 de julio de 2005.

Se crea la Comisión Intersectorial en Salud Mental dentro del Consejo Nacional de Políticas Sociales, con la participación de diversos ministerios y con el cometido de articular de acuerdo con el Art. 11 de la ley de Salud Mental.

Se crea la Comisión Asesora en Salud Mental, con representación de usuarios, familiares y ONGs entre otros, con el cometido de asesorar, apoyar y efectuar recomendaciones, asegurando la participación de los actores claves.

- Ley 18.651 de Protección Integral de Personas con Discapacidad (Poder Legislativo, 2010)

La ley 18.651 que apunta a una rehabilitación integral y a una verdadera inclusión de la persona con discapacidad, tiene un eje en la protección de los derechos de las personas y en promover el acceso genuino a igualdad de oportunidades, a partir de ajustes razonables, promoción, equidad en el acceso y promoción desde el Estado.

- Ley 18.211 Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. (Poder Legislativo, 2007)

Por su parte, la ley 18.211 es importante de cara a pensar en la complementariedad público-privada en referencia a la atención en Salud Mental. Es claro que tanto por un tema demográfico, como también por la carencia de suficiente personal calificado para integrar los equipos interdisciplinarios a lo largo y ancho del país, los recursos deberán ser compartidos, así como las

responsabilidades de la atención en salud mental. Pensando siempre en la generación de dispositivos asistenciales, que cumplan con los criterios de calidad asistencial.

- **Decreto 305/011 (Poder Ejecutivo, 2011) Anexo Plan de Implementación de Prestación de Salud Mental en el S.N.I.S.**

Este decreto, en su anexo establece los Modos de las prestaciones, criterios de inclusión, objetivos y duración de las prestaciones. Es importante, fundamentalmente de cara a pensar en los CDRPS, que no debería haber superposición de recursos. También preguntarnos si algunas herramientas como los grupos terapéuticos para pacientes que han experimentado un único episodio psicótico, en lo que podríamos entender como una forma de intervención temprana, deben ser llevados adelante como un Modo de prestación o dentro de los programas de los CDRPS.

Consideraciones preliminares

La atención en Salud Mental, en su expresión más actual, busca encontrar en cada situación particular, las mejores formas de abordaje que integren por un lado la resolución de los cuadros clínico-patológicos, pero que a la vez den respaldo y apuntalamiento al usuario, en su construcción de sentido y proyecto de vida.

En esta línea, debemos buscar asegurar una red de dispositivos, lo suficientemente sólida técnicamente para asegurar una continuidad de atención y cuidados de alta calidad. Es importante, por tanto, generar pautas y protocolos de atención en Salud Mental, así como de gestión de dispositivos, que establezcan las bases de calidad mínimas necesarias para la implementación y funcionamiento de estos.

Es preciso entender que, en el campo de la atención en salud mental, diferentes personas responden distinto a mismas propuestas terapéuticas. En ese sentido, estas pautas y protocolos no deben operar como una uniformización rígida de las propuestas, dejando sin espacio para la creatividad de los distintos técnicos intervinientes o del propio usuario, como activo constructor de su vida. Por el contrario, las pautas y protocolos deben amparar la creatividad que pueda dar soluciones diferenciadas a necesidades diferentes, asegurando así una calidad asistencial que no pierda de vista la singularidad.

Podemos afirmar que, en la atención en salud mental, la calidad se asegura cuanto más “a medida” es la propuesta terapéutica y cuanto más en consideración se tienen las diferentes dimensiones de lo humano. Lo cultural, lo histórico, la composición de la red de vínculos, así como los deseos, temores y expectativas de los usuarios, son elementos centrales a la hora de planificar y abordar los tratamientos en los diferentes dispositivos previstos.

Esta red de dispositivos se construye y consolida en base a un modelo comunitario de atención en salud mental, que justamente trata de recuperar una lógica de respeto y consideración por lo humano singular, integrado socialmente y con ejercicio de sus derechos. La OPS (2014) expresa:

“Un modelo comunitario de salud mental se basa en principios básicos adoptados y adaptados por cada país para organizar la prestación de servicios. Entre sus ejes fundamentales están la descentralización, la inserción del componente de salud mental en la atención primaria de salud y en los hospitales generales, la existencia de una red de servicios, la participación social, la coordinación intersectorial, y el abordaje de derechos humanos. También supone la prestación de servicios de una manera apropiada culturalmente, así como la equidad y no discriminación por razones de género, raza o etnia, orientación sexual, clase social u otras condiciones” (p.8)

A su vez, es importante tener presente, un modelo comunitario se asienta sobre el concepto de recuperación, el cual implica centrar la atención en el usuario y apoyar a este a tomar un rol central en su mejoría e inclusión social. La Organización Mundial para la Salud (OMS) define en su Plan de Acción sobre Salud Mental 2013 -2020 (2013), la recuperación como:

“la aparición o reaparición de la esperanza, la aceptación de las capacidades y discapacidades propias, el despliegue de una vida activa, la autonomía personal, la identidad social, la asignación de un significado y una finalidad a la vida, y un sentido positivo de sí mismo. Recuperación no es sinónimo de curación. Aquella está vinculada con situaciones internas de las personas que se consideran en recuperación —esperanza, mejoría, autonomía y vinculación— y situaciones externas que la facilitan: el respeto de los derechos humanos, la existencia de una cultura que propicia la mejoría y los servicios de apoyo a la recuperación” (P.43)

En atención a estas consideraciones, los diferentes dispositivos que constituyen la red de nodos de atención en salud mental, deben ser pensados técnicamente para adecuarse a un modelo con una fuerte carga de atención primaria y con una dirección en la promoción de la salud de los usuarios que trasciende lo meramente psicopatológico. Esto necesariamente, debe acompañarse de una readecuación cultural en todos los actores intervinientes. Así como también, de una mayor sensibilización sobre los temas de salud mental en la sociedad en general.

Unidad de Corta Estadía

Consideraciones generales

La UCE es una unidad más dentro del hospital o sanatorio general. La misma debe ofrecer una atención integral de alta intensidad, calidad y especialización, al tiempo de estar fluidamente articulada al resto de las unidades y servicios del hospital. La mismas deben atender los episodios agudos graves, con hospitalizaciones que no excedan los 60 días (Salvo & Gallardo, 2020), si bien el promedio de días de internación en base a diferentes consultas realizadas, menor algo menor a un mes.

En la línea de una adecuada integración de la UCE al hospital o sanatorio general, se espera que los directores técnicos de los centros hospitalarios y sanatorios mantengan un conocimiento de primera mano del funcionamiento de las UCE. Por lo tanto, es esperable que los directores técnicos, realicen visitas regulares a las UCE a lo largo del año, manteniendo un diálogo fluido con los equipos técnicos, así como también que mantengan una disposición a dialogar con los pacientes internados y sus familias, para así poder recoger las impresiones de los mismos, sobre el funcionamiento de la unidad.

También se considera muy relevante, que la totalidad del personal, no solo el sanitario, sino también el personal auxiliar, tisanería, limpieza, administrativo, de seguridad, etc., tengan un conocimiento adecuado de las características y objetivos de la UCE. De esta manera, se reduce la desinformación sobre la misma, que pudiere ser base de pensamientos estigmatizantes y/o conductas discriminatorias, sobre la población que allí se atiende, sus familiares y el equipo técnico tratante.

Es muy importante, el funcionamiento articulado de la UCE dentro del hospital, ya que un funcionamiento con una tendencia aislacionista de la misma puede producir como resultado un dispositivo con características monovalentes. Debe quedar claro, que la presencia material de la UCE dentro del hospital general o sanatorio, es condición necesaria pero no suficiente, para superar el modelo asilar. Por si sola, no asegura una calidad de atención acorde a un modelo de perfil comunitario, centrado en el paciente y su recuperación.

En suma, las UCE, deben estar integradas al funcionamiento del hospital o sanatorio, siendo esto expresión no solamente de un factor de infraestructura material, sino principalmente de un factor de cultura sanitaria y organizacional. Las organizaciones, por tanto, deben generar las prácticas y acciones eficaces, para lograr afianzar este cambio cultural.

Objetivos de la UCE

- Evaluación, diagnóstico y tratamiento
- Soporte psicosocial a familiares
- Plan de egreso individualizado
- Coordinación con dispositivos de atención ambulatoria.

La Unidad de Corta Estadía (UCE), es definida en la ordenanza 1488/019 del MSP, de la siguiente manera:

“Dispositivo sanitario hospitalario especializado en salud mental para la atención intensiva durante períodos de agudeza que no pueden ser resueltos en la red de servicios de salud mental ambulatorios. Ubicada en hospital o sanatorio general.”

Es una unidad de hospitalización, cuyo objetivo es el diagnóstico y tratamiento de cuadros agudos de padecimiento mental. La atención en ese sentido debe ser integral, de alta intensidad, calidad y especializada.

Con cuidados clínicos y de enfermería, la UCE, se debe asimismo desplegar en una atención del usuario que contemple su particular momento y sus posibilidades de un rápido retorno a su ambiente natural, junto a familia o allegados. Para esto, se buscará no solo la atención del usuario, sino generar el encuentro con las familias u otros allegados referentes, para que haya una mejor comprensión de la situación que vive el usuario y se promuevan comportamientos que faciliten la estabilidad emocional de éste a futuro. Asimismo, debe procurarse que tanto el usuario como sus familiares u otros allegados referentes, cuenten con apoyo de parte de los distintos equipos técnicos de las instituciones, para informarse sobre el marco legal de cada situación y los diferentes recursos a nivel comunitario que pueden ser importantes en el camino de recuperación.

Criterio de inclusión:

- Toda persona adulta que esté cursando un padecimiento mental en fase aguda, que comprometa su capacidad de autonomía en ese momento y que se evalúe que el beneficio de la internación en la UCE, no se puede lograr en la misma medida, a través de otros dispositivos de atención ambulatoria o mediante internación domiciliaria.
- Personas adultas con uso problemático de sustancias que estén cursando una situación de intoxicación aguda por uso de sustancias, con padecimiento mental y/o compromiso de sus facultades psíquicas y de autonomía. Se debe evaluar que el beneficio de la internación en la UCE,

no se puede lograr en la misma medida, a través de otros dispositivos de atención ambulatoria o mediante internación domiciliaria.

Observaciones: Se sugiere que los adolescentes (edades entre 15 y 19 años), con padecimientos mentales agudos, o con cuadros de intoxicación aguda en contexto de consumo problemático de sustancias, en caso de ser necesaria su internación, la misma se realice en unidades específicas (exclusivas) para adolescentes.

En circunstancias donde no existan estas unidades específicas para adolescentes o las existentes estén muy distantes² del lugar de residencia del adolescente, estos podrán ser internados en UCE, acompañados de un familiar o tutor responsable, mayor de edad. A estos efectos, es muy importante que se disponga dentro de la UCE, de un ala diferenciada o de una subunidad específica, que permita separar a los adolescentes internados de la población adulta internada, sin que esto signifique, en ningún caso, una pérdida en la calidad de atención. También se deberán proveer los medios materiales adecuados para el acompañamiento del familiar o tutor responsable.

Criterio de exclusión:

- Niños y adolescentes hasta 14 años de edad inclusive.
- Personas con severos trastornos conductuales³, que hagan inviable su adaptación a las normas de funcionamiento de la UCE
- Personas privadas de libertad cuya presencia implique la necesidad de establecer medidas de seguridad de tipo carcelaria.

2

El concepto “muy distante”, no puede ser valorado únicamente a partir de la distancia física con respecto al dispositivo. Se deben valorar, los factores culturales del usuario y su familia, los factores económicos, laborales, la presencia de otros familiares o allegados que pudieren colaborar, la posibilidad de trasladarse o no de los familiares, etc. Para esta valoración, se considera muy importante la participación multidisciplinar.

3

Esto debe ser debidamente fundamentado por el equipo técnico. Deberán ser valorados los trastornos en el control de los impulsos, la auto y heteroagresividad recurrente y otras circunstancias (como por ej. tendencias piromaníacas o clásticas), considerando la recurrencia e intensidad de las mismas. En ningún caso, se deben tomar episodios puntuales como fundamento único. Es esperable asimismo, que la red cuente entre sus UCE, con alguna subunidad que esté preparada técnicamente para estas situaciones, de forma que en ningún caso el usuario quede sin una adecuada atención.

Observaciones:

- En ningún caso puede ser criterio de exclusión, la gravedad del cuadro psicopatológico.
- Los niños y adolescentes hasta 14 años de edad inclusive, cursando padecimientos mentales en estado agudo, en caso de ser estrictamente necesario su internación, las mismas deben realizarse en unidades pediátricas.
- Las personas que no puedan ser internados en UCE por motivos de imposibilidad de adaptación, a partir de sus severos trastornos conductuales, es necesario sean internadas en unidades específicas especialmente preparadas o UCE que tenga una subunidad específica que garantice la seguridad y calidad de asistencia de todos los pacientes. La decisión de la no internación por motivos de profundos trastornos conductuales debe estar claramente fundamentada.
- Las personas privadas de libertad, cuya internación, no pueda darse sin medidas de seguridad de tipo carcelaria, deberán ser internadas en Unidad de Salud Mental de hospital penitenciario. En caso de que la persona, requiera únicamente el acompañamiento de un oficial de policía por motivos legales, podrá ser internado en la UCE, siempre y cuando el acompañamiento por parte del oficial se haga con vestimenta de particular y sin porte de arma.

Ingreso a la UCE:

El ingreso a la UCE es un momento muy importante para el paciente, donde debe quedar lo más claro posible que se trata de un lugar donde se realizará un tratamiento de su padecimiento y el paciente será un actor central del mismo.

Debe primar en la UCE un ambiente terapéutico, que sea acogedor y de seguridad al paciente y que propicie que este se enfoque a pensar en función de su recuperación (Servicio Andaluz de Salud, 2010). En esta línea, se debe evitar en la medida de lo posible, el uso de eufemismos como; “tiempo para descansar”, “tiempo para estar tranquilo”, etc. para referirse al objetivo de la internación, Se debe ser claros con el paciente, en que se trata de un tiempo para realizar un tratamiento de recuperación, donde el paciente debe ser actor y no espectador. Estos aspectos deberán ser trabajados, desde el momento de ingreso, tomando en cuenta la capacidad mental del paciente de ir incorporando y entendiendo la función de la internación.

Es importante explorar las ideas previas que tiene el usuario sobre su salud mental y sobre los motivos de la internación. Esto se relaciona con la percepción de apoyo que pueda tener el usuario durante los primeros días de internación y el sentido que pueda adjudicar a las actividades. Conocer como el usuario percibe estas situaciones, puede facilitar adoptar mejoras en la intervención que faciliten el nivel

de implicación del usuario en su propio proceso de recuperación, su adherencia al tratamiento, así como su reinserción social luego del alta (Pastor, Márquez, López, y Asensio, 2019)

Algunas pautas específicas a tener presente:

En referencia al ingreso a la UCE

- El ingreso del paciente a la UCE, debe realizarse entre las 08:00 y 20:00, evitándose que el mismo ingrese a la UCE en horas nocturnas que puedan favorecer su desorientación y/o surgimiento de temores, que conlleven un aumento de ansiedad y por ende un sufrimiento innecesario.
- En los casos donde el paciente compartirá habitación con otra persona internada con anterioridad, esta última deberá ser notificada por lo menos con una hora de antelación.
- En la medida de lo posible y ajustado a la situación mental del paciente al ingresar, se le explicará el funcionamiento de la UCE y de qué forma (y en qué casos) recurrir al personal de enfermería.
- Los familiares o allegados que pudieren estar acompañando al paciente en ese momento, serán informados sobre el funcionamiento de la sala y se les entregará material escrito con número de contacto. Este material escrito, debe ser una guía concreta y clara tanto de los horarios de la UCE como de la normativa básica interna de la misma. Asimismo, se tomarán los datos de contacto del familiar.
- Durante las primeras 72 horas de internación, es necesario que se le brinde pautas, orientación y apoyo, tanto al usuario como a sus familiares, sobre que se espera de ellos y como se va a desarrollar el proceso de internación.
- El personal de enfermería realizará diagnóstico del paciente al ingreso, a partir de lo cual establecerá los ajustes, acciones de cuidado, así como adecuación del espacio físico del dormitorio cuando esto sea necesario.
- En la medida de lo posible, a los pacientes se les debe permitir tener consigo algunos objetos personales (libros, cuadernos, fotografías), que disminuyan la sensación de ajenidad y desarraigo.
- Se establecerá contacto con equipo o técnico tratante, sea este parte o no de la red de dispositivos de atención en salud mental, cuando el usuario esté en tratamiento psicoterapéutico individual o esté vinculado a algún programa psicoterapéutico en una institución.

Evaluación y Diagnóstico:

- Los distintos integrantes del equipo interdisciplinario deben participar en la construcción de un diagnóstico amplio que no solo incluya lo psicopatológico estricto, sino lo psicológico, lo social familiar, lo funcional y el diagnóstico de enfermería. Se espera que el conocimiento del paciente y su circunstancia sea profundo, sin descuidar los aspectos de la historia y evolución de este y tomando nota de las particularidades culturales relevantes.
- En las primeras 24 horas, es importante se comience una evaluación de la condición general de salud del paciente, que no solo apunte a conocer si hay presencia o no de alguna enfermedad o condición biológica adversa (diabetes, hipertensión, hipotiroidismo, etc.) acompañando al cuadro psicopatológico, sino que se verifique asimismo aquellos aspectos que pudieran entorpecer la comunicación del paciente, por ejemplo: estado odontológico, oftalmológico, auditivo.
- Como parte de este diagnóstico amplio, se comenzará desde un principio a valorar los recursos con los que cuenta el paciente: económicos, familiares, sanitarios, personales, a fin de empezar a plantearse una estrategia terapéutica de continuidad de cuidados y promoción de salud, de cara al egreso.
- Un elemento que no puede ser descuidado, es lo referente a las ideas que trae el paciente y su familia, sobre lo que le pasa y como abordarlo. En este sentido, esta valoración, dejará más o menos claro, la necesidad o no, de trabajar psicoeducativamente en profundidad con el paciente y su familia.
- Alineado a lo anterior, es importante tomar referencia de la conciencia mórbida del paciente o su ausencia. También la disposición a participar y colaborar en su tratamiento. Teniendo presente, que mayor conciencia mórbida, no se alinea automáticamente con mayor disposición a participar del tratamiento, aunque en general lo favorezca.

Terapéutica

- Un aspecto principal de la terapéutica será el establecimiento, restablecimiento, ajuste o cambio de la terapéutica psicofarmacológica. Esto conlleva una supervisión del paciente y un registro observacional tanto de los fenómenos que indiquen una evolución positiva del cuadro clínico, con remisión de síntomas de agudeza, así como especial atención a la aparición de efectos secundarios.

- Los pacientes deben ser informados lo más claramente posible, tomando en cuenta su estado mental en cada momento, sobre las características y objetivos de la medicación que se le está administrando. En esta línea, se debe intentar, que durante el tiempo de internación, el paciente logre entender el propósito de las distintas medicaciones que se le administran, así como la importancia de la adherencia al tratamiento psicofarmacológico. Esto es importante, de replicar con las familias, fundamentalmente en los casos donde el paciente presenta serias dificultades para comprender la importancia y características de la medicación.
- En caso de ser necesaria la aplicación de sesiones de Electro Convulso Terapia y existir el consentimiento por parte del paciente y/o familiar responsable, éstas deben ser realizadas en block quirúrgico del hospital, con toda la supervisión requerida. Los traslados a otras instituciones asistenciales por carencias en los recursos humanos necesarios, no son una práctica adecuada a los estándares de calidad básicos de la atención del paciente.
- Desde el punto de vista psicológico, la internación de un paciente implica la posibilidad de trabajar psicoterapéuticamente en forma diaria con éste, en la medida que la profundidad de su cuadro psicopatológico no lo imposibilite. Esto permite una intensidad terapéutica a partir de una regularidad de encuentros, donde se pueden promover cambios positivos en el paciente, en corto tiempo. Por tanto, es esperable que la circunstancia de internación, se aproveche activamente en este sentido.
- La Psicoeducación debe ser un aspecto del trabajo terapéutico, tanto con el paciente como con su familia. No necesariamente debe recaer sobre un técnico en particular, pero es deseable que la transmisión de información relevante no se vuelva ambigua por falta de interlocutores claros desde el equipo tratante. La información debe ser clara, pertinente y comunicada en forma comprensible para quién la recibe, tomando en cuenta los sesgos culturales y educativos que pudieren existir.
- En la UCE, se debe aprovechar el tiempo de la internación para trabajar con la familia, fundamentalmente en lo que tiene que ver con las formas comunicacionales, para que se tienda a regular la emoción expresada y a minimizar las comunicaciones de doble vínculo.
- El paciente, debe trabajar terapéuticamente en la ocupación de su tiempo. El paciente no está en la UCE para meramente “descansar”, aunque esto pueda ser parte importante de su recuperación. Se debe evitar que el paciente viva la internación como un tiempo perdido o tiempo “muerto”. Esta vivencia, puede resultar ansiógena y aleja al paciente de la posibilidad de ocupar un rol activo en su recuperación.
- El tiempo terapéutico debe canalizarse en espacios que habiliten la reflexión sobre la propia situación y el futuro, así como la elaboración del duelo por la pérdida transitoria de la salud y autonomía.

- Espacio terapéutico grupal, donde se trabaje a partir de la palabra, focalizado en la situación de internación (sentido, convivencia, relacionamiento), duelo por la salud pérdida, futuro, comunicación, etc.
- Espacios de expresión (plástica, escrita, etc.) que permitan manifestar el sufrimiento que no puede ser verbalizado y dar lugar a la expresión de la angustia por la situación de pérdida de salud e internación.
- Espacios que apunten a la regulación emocional y disminución de la ansiedad (Tai Chi, Chi Kun, musicoterapia, cuarto de relajación⁴, espacio de arte, etc.)
- Espacios de trabajo corporal, que permitan al paciente la reconexión con su corporalidad, el manejo de rigidez producto de la medicación y el manejo expresivo del cuerpo. (Psicomotricidad, Pilates, Yoga, Gimnasia, etc.)

Estos espacios terapéuticos, deben estar en la programación básica de la UCE y no deben ser una opción extraordinaria, fruto de la espontaneidad de algún técnico o de la colaboración generosa de personas (estudiantes universitarios, familiares u otros). Deben estar claramente reguladas y articuladas en el funcionamiento de la propuesta terapéutica de la UCE. Se sugiere, más allá de talleres o espacios terapéuticos específicos, que se trabaje en el campo expresivo, la regulación emocional, la corporalidad y lo comunicacional.

Algunas consideraciones sobre funcionamiento:

- El trato hacia el usuario y su familia y/o allegados, debe ser cordial en todos los casos, teniendo especial cuidado de no generar mensajes contradictorios o de doble sentido que hagan ruido en la comunicación.
- Debe recordarse en este sentido, que la comunicación entre las personas es fundamentalmente no verbal, por lo cual debe tenerse presente que gestos con las manos, expresiones faciales o el contacto corporal pueden ser fuente de ansiedad para pacientes cuyo estado mental, no les permite una adecuada decodificación de los mensajes.
- El diálogo genuino (no estereotipado), debe ser privilegiado por sobre actitudes imperativas. Es importante, que el paciente entienda la normativa y se adapte al funcionamiento, más que el paciente, meramente acate

4

El “cuarto de relajación” es un espacio físico, no abierto a todos, sino de uso bajo indicación terapéutica, que está preparado específicamente para que el usuario puede pasar un tiempo en este y ayudarlo a regular su ansiedad y emociones. El mismo, está preparado con una cromaticidad particular, mobiliario cómodo, música, y otros elementos que favorecen el descenso de la ansiedad.

indicaciones. Se busca que el paciente, sea en la medida de lo posible en cada momento, activo participante de su proceso internación y recuperación.

- El uso de celulares debe ser regulado en su tiempo y alcance, de acuerdo con la indicación del equipo técnico, siendo central que los mismos permanezcan bajo custodia de enfermería. Se procurará, que la comunicación con los vínculos del exterior se mantenga, en la medida que esto no sea excesivamente ansiógeno, se valore contraproducente para el paciente o eventualmente se considere contraproducente para el vínculo que el paciente tiene con su familiar o allegado. En este último caso, se debe considerar la importancia que tienen y tendrán los vínculos del paciente en su recuperación.
- El ingreso de cualquier alimento u objeto, con destino al paciente debe ser supervisado por enfermería.
- El consumo de cigarrillos, no debe estar permitido durante el tiempo de la internación, como tampoco OH o cualquier otra sustancias psicoactiva, legal o no, que altere el estado de conciencia del paciente y/o el normal funcionamiento del tratamiento psicofarmacológico del paciente.
- Aquellos pacientes, ingresados por propia voluntad, no están restringidos en su movimiento al espacio físico de la UCE, sino que se debe considerar que pueden, dando aviso al equipo técnico y en horario diurno (siempre que no tenga una actividad fijada como el almuerzo, espacio terapéutico, entrevista, etc.), salir del espacio específico de la UCE para visitar otro patio del hospital, la cafetería, etc., sin salir del hospital o sanatorio general. Esto será siempre, salvo, expresa indicación del equipo técnico, fundada en riesgo para el paciente, desorientación de este u otra circunstancia. En estos casos, de existir un firme desacuerdo con el paciente, se deberá plantear si el mismo, se encuentra efectivamente por voluntad propia o la internación se ha convertido en involuntaria.

Conductas disruptivas

Las conductas disruptivas, inclusive violentas pueden surgir en la internación de un paciente, pero no debe considerarse como algo inevitable, ni como algo regular. La naturalización de éstas lleva irremediablemente a no tomar las medidas eficaces para en tiempo y forma, prevenir su ocurrencia.

La internación puede ser ansiógena, fundamentalmente en la medida que el usuario va recuperando su nivel autónomo. Esto es particularmente notorio en los pacientes ingresados por consumo de sustancias, quienes tienden a sentir una mayor inquietud luego de unos primeros días de internación más tranquilos.

También el ocio forzado, puede favorecer la sensación de ansiedad en aumento y de cierto hastío, lo cual puede derivar en conductas disruptivas o transgresoras.

En atención a lo anterior, es importante considerar lo siguiente:

- Los pacientes deben poder circular de la forma más libre posible por los espacios comunes de la UCE. Esto permite al paciente lograr cierta distensión.
- Facilitar el acceso a luz natural y espacios verdes, lo cual es importante para disminuir la tensión.
- Construir un ambiente terapéutico, donde el diálogo, el acompañamiento, sean sentidos por el paciente. Disminuyendo de esta manera sensaciones de aislamiento.
- Una ocupación del tiempo, en forma ordenada y con sentido, facilita al paciente la valoración de la internación y no que la misma sea vivida como “una pérdida de tiempo” o “un encierro”, lo cual ambienta la generación de conductas disruptivas.
- En casos en que algún paciente muestre cierta irritabilidad, enojo, hostilidad y la posibilidad de que la situación degenera en una expresión de violencia por parte del mismo, se debe proceder a intervenciones de desescalada, donde el diálogo calmo del personal calificado es central para evitar un pasaje a actos auto y/o heteroagresivos.
- En caso de ser necesarias medidas de contención física, las mismas deben ser realizadas por personal entrenado, con materiales adecuados y por el mínimo tiempo necesario. Siempre en un marco de respeto a los derechos y dignidad del paciente.
- En caso de aplicación de medidas de contención física y/o farmacológica, la supervisión del estado del paciente debe ser frecuente. Estas medidas, como medidas terapéuticas que son, implican un seguimiento más cercano del paciente, en forma regular. Es importante que el paciente, esté visible a la supervisión de enfermería.

Alta del paciente:

- Para el alta, debe valorarse centralmente la disminución de los síntomas clínico-patológicos o su remisión total en los casos que sea necesario.
- Debe asimismo, haber un acuerdo en el equipo técnico de la UCE sobre la misma. De no existir acuerdo, e igual darse el alta. El desacuerdo debe explicitarse en la historia clínica del paciente, haciendo constar los motivos del mismo.

- El paciente debe contar con un plan de atención, delineado y con las coordinaciones con los dispositivos de atención ambulatoria que seguirán trabajando con éste. En caso de existir una unidad de egreso y enlace del hospital o sanatorio general, la misma debe supervisar y/o coordinar el egreso.
- El paciente debe tener asignada una hora de seguimiento con algún referente del equipo interdisciplinario de la UCE dentro de los primeros 15 días. La misma cumple con el objetivo de asegurar que se está manteniendo el tratamiento farmacológico indicado, que las coordinaciones con los dispositivos ambulatorios han sido efectivizadas por el usuario, así como hacer la valoración clínica del paciente.
- Debe haber una comunicación eficaz entre el equipo de la UCE y el equipo o técnico que seguirá trabajando con el paciente, que permita asegurar en toda circunstancia la continuidad de la atención del usuario.

Evaluación

Resulta desafiante encontrar y/o diseñar instrumentos que puedan evaluar los resultados de un dispositivo que funciona dentro de una cadena organizada de dispositivos, que reflejen con exactitud el aporte específico del mismo y de sus diferentes herramientas terapéuticas a la evolución del paciente. No obstante, si se pueden valorar los resultados singulares mediante la observación clínica del paciente en el periodo de internación y encontrar algunos indicadores muy claros: por ejemplo, la remisión de síntomas productivos en pacientes que presentan una psicosis delirante aguda. Otros elementos, como la elaboración de la situación de internación, conciencia de enfermedad o disposición a continuar con los tratamientos indicados a posteriori de la internación, resultan más esquivos a poder ser objetivables en indicadores.

En cuanto a los resultados, es un dato más que relevante, los días de internación necesarios para revertir los cuadros agudos, lo cual se sostiene fundamentalmente en una remisión sintomática productiva u otros cambios sintomáticos significativos de acuerdo a la patología que se presenta. Para esto, asimismo pueden ser beneficiosas la aplicación de escalas que den cuenta de las evoluciones singulares a lo largo de la internación. Por otra parte, valorar si el usuario ha llegado a mejorar su nivel de conciencia de enfermedad, o a elaborar el sufrimiento por la pérdida transitoria de la salud, o mejorar aspectos comunicacionales, puede resultar más difuso.

En conjunto con el intento de medir los resultados de la UCE, es importante conocer los parámetros de funcionamiento del dispositivo, las características de la población y plantearse la relación con estos resultados obtenidos.

Conocer los parámetros de funcionamiento de una unidad, implica una aproximación más descriptiva que llevará a conocer cuantos pacientes se

atienden anualmente, sus características, relación estadística entre las patologías atendidas, antecedentes psiquiátricos de la población, situación sociofamiliar y todos aquellos datos de relevancia, que pudieran aportar a valorar el perfil de usuario que se atiende en la UCE. También implica una valoración de los recursos humanos, la distribución de las horas técnicas empleadas, las reuniones de equipo a lo largo del año, así como también de los procedimientos mayormente usados (tipo de farmacología, micronarcosis, entrevistas individuales, entrevistas con familias, talleres, espacios terapéuticos grupales, psicoeducación, medidas de contención, etc.).

La confección de una ficha de registro precodificada puede facilitar conocer los datos biosociodemográficos de la población atendida en una UCE (Granmegna, Lora & Ahumada, 2005), lo cual facilite al propio equipo técnico, un insumo para repensar el funcionamiento de la UCE, su distribución de horas y recursos.

Asimismo, se sugiere que los usuarios y sus familias, previo a su alta puedan hacer una evaluación del tiempo de internación, de su percepción de cambio en ese período y una evaluación de la atención recibida en la UCE, que tenga elementos descriptivos (claridad de las consignas, disponibilidad del personal, comunicación, valoración de las actividades, normativa, hotelería, etc.). La perspectiva de los usuarios y sus familias debe ser tenida en cuenta, como un insumo valioso

Es esperable que al menos una vez al año, el equipo técnico de la UCE pueda a partir de la valoración de resultados, de parámetros de funcionamiento, de las características de la población atendida y de las valoraciones de los usuarios y familias, realizar una autoevaluación de funcionamiento y plantearse la necesidad o no de cambios y adecuaciones.

Casas de Medio Camino

La Casa de Medio Camino es definida por la Ordenanza No 1488/019 (2019) en los siguientes términos: “Dispositivo sanitario de rehabilitación de mediana estadía, con equipo técnico las 24 horas. Es un recurso asistencial para personas en el período de postcrisis o luego de hospitalizaciones prolongadas, que permite el desarrollo de procesos terapéuticos orientados a fortalecer a las personas para que puedan adquirir y/o recuperar hábitos perdidos de convivencia social y familiar, que pudieron haberse alterado por la hospitalización, la propia situación de crisis y/o la evolución del trastorno”.

El Uruguay cuenta con una serie de experiencias de residencias con apoyo en el ámbito público (López, Novoa, Pedetti, Porteiro, y Castejon, 2020) y privado, que sirven como base para pensar y reordenar los dispositivos que implican un marco residencial. Es necesario, diferenciar la CMC de las residencias con apoyo (Residencias asistidas), pero en ese proceso, esperable con que nos encontremos que algunos dispositivos ya existentes, tienen procesos internos, aplicables a lo que debe ser una CMC.

La CMC se enmarca en los dispositivos residenciales a nivel de la comunidad y su apertura es parte central de la estrategia para la acción, en la desinstitucionalización de la atención psiquiátrica y el empoderamiento de las personas con trastornos mentales (OPS, 2020)

La Casa de Medio Camino (CMC) es un dispositivo de tipo sanitario en un marco residencial. La misma constituye, un ámbito terapéutico donde la propia resolución de situaciones cotidianas, influye en la condición de salud de sus residentes. Se espera que los mismos, evolucionen progresiva y positivamente, logrando en un período de entre 6 meses y 2 años, estar en condiciones de poder egresar.

Estas condiciones de egreso implican, la capacidad para autónomamente gestionar no solo los quehaceres de una vivienda (pagar cuentas, limpieza, alimentación, mantenimiento, planificación de gastos y tareas, etc.), sino también, gestionar el propio tiempo. El usuario debe lograr, establecer un plan para sí mismo, una rutina de vida y la capacidad para afrontar las normales tensiones de la vida, siendo activo en su propia recuperación.

El tránsito por la CMC, le deben permitir al usuario, mejorar su integración social, realizar con autonomía las tareas domésticas, así como la planificación y ejecución de todo lo relativo al vivir de cada día. Esto genera en el usuario residente, un sentido de pertenencia, de autonomía y de estar socialmente incluido, que es básico para su recuperación y proyección a futuro.

La CMC, no es un espacio terapéutico para toda la vida, sino que es un espacio transitorio, donde el usuario residente tendrá un tiempo prudencial para lograr una mejoría de su nivel de actividad global y de armar un proyecto de egreso que incluya, no solo otro espacio de vivienda, sino las diferentes actividades que le den sostén en su salud mental y desarrollo de sus capacidades.

El trabajo de revinculación del paciente con el medio, con su familia y otros contactos, debe darse a la par de los esfuerzos por facilitar la adaptación del usuario a la CMC, sus compañeros, equipo técnico y a las dinámicas de la cotidianidad.

Sobre el funcionamiento de la CMC.

Al tratarse de un dispositivo sanitario, personal sanitario estará cumpliendo funciones en la misma, las 24 horas al día, durante toda la semana. Por las características del dispositivo, se espera que el personal, habilite y facilite la adaptación de los usuarios residentes a la CMC y que en ningún momento el trabajo del personal obstaculice el empoderamiento de los mismos y la promoción de su autonomía.

La CMC, como dispositivo debe asimismo plantearse un nivel de integración a las redes comunitarias, no solo sanitarias, sino educativas, culturales, facilitando los puentes para que los usuarios puedan participar en forma activa y con plena inclusión en la comunidad. En esta línea, es esperable que si bien la CMC establezca contactos institucionales a través de su equipo técnico, con las redes de recursos de la zona de influencia. Al mismo tiempo, es deseable que la CMC no esté identificada, con cartelería de ningún tipo o en sus formas comunicacionales, como una estructura sanitaria convencional. En otras palabras, la CMC debe funcionar de la forma más natural y fluida en lo comunitario, como una casa más, mientras que las comunicaciones y contactos se realizan a partir del equipo técnico de la CMC y no de la CMC en si misma. Son dos dimensiones diferentes.

No deben ser incluidos en el funcionamiento de la CMC, funciones de seguridad y/o vigilancia de ningún tipo, ya que ellas no se corresponden con la búsqueda de promoción de autonomía. Los usuarios residentes pueden entrar y salir de la CMC en todo momento, más allá de que se establezcan horarios acordados entre el grupo de usuarios y el equipo técnico para la realización de las distintas tareas.

Criterios de inclusión:

- Personas con patologías mentales severas, de muchos años de vida en situación asilar, que por tanto, hayan perdido / no adquirido capacidades para vivir en forma autónoma.
- Personas que habiendo pasado por una internación en UCE, o en Unidad de Mediana Estancia, la evolución de su cuadro mantiene síntomas leves de descompensación al alta y no están en condiciones de vivir autónomamente o retornar al ámbito familiar.
- Personas que hayan sido captadas por el sistema de salud, a través de los Centros de Acogida y se entienda por su adaptación y evolución, que

reúnen condiciones favorables para beneficiarse de participar del programa de CMC.

- En todos los casos, el equipo tratante debe hacer la solicitud de ingreso, en acuerdo con el usuario y en conocimiento de la familia de este, si la hubiere, la cual debe ser participada en la medida de su relación con el usuario.
- La inclusión en este dispositivo, estará sujeta en última instancia a la valoración del equipo técnico de la CMC.

Criterios de exclusión:

- Personas que estén cursando un cuadro agudo o una reagudización de un cuadro crónico.
- Personas que tienen un nivel de autonomía alto pero no tienen vivienda. La CMC no debe ser tomada como una solución habitacional.
- Personas con Uso Problemático de Drogas (UPD), sin patología mental concomitante, o donde existiendo un padecimiento mental, el mismo no configura la dificultad central. Estas situaciones, requieren otros dispositivos específicos.
- Personas cuyas características de personalidad o conductuales hagan inviable su adaptación a la convivencia en una CMC. Esto debe estar claramente fundamentado.

Observación: En los casos, que exista un desacuerdo entre el equipo técnico derivante y el equipo técnico de la CMC, prevalecerá la opinión técnica de este último.

Observaciones

La propia evolución de los usuarios residentes, puede llevar a que en algún momento sea necesario el ingreso a una UCE por descompensación o que en algún momento puedan generarse una alternancia entre estadía en la CMC y estadía en otro dispositivo de tipo residencial o con la familia. Esto último de cara a un egreso, como forma de preparación y adaptación.

Es fundamental, que estén en funcionamiento otros dispositivos, de foco residencial que faciliten el egreso de los usuarios residentes de la CMC. La carencia de estos, puede generar en forma no intencional, que se prorroguen las estadías en la CMC, sin que el usuario cumpla con los criterios de inclusión, lo cual deviene por un lado en una perversión de los objetivos y funcionamiento de la CMC, pero por otro en una institucionalización prolongada involuntaria del usuario residente.

Previo al ingreso:

- El equipo tratante debe elaborar un informe, junto a la solicitud donde se detalle la evolución del paciente, motivos de la solicitud y expectativas con respecto al posible ingreso.
- El equipo de la CMC, debe entrevistar al usuario. La misma tiene un objetivo diagnóstico tanto del estado de salud mental del paciente como de su situación psicosocial.
- Es importante que el usuario tenga claro, cuáles son sus derechos y responsabilidades al ingresar al dispositivo, así como el funcionamiento de la misma. También, que se trata de un período con un cometido terapéutico.
- Se sugiere que, en la entrevista previa al ingreso, participe en forma parcial, algún usuario residente de la misma, que pueda explicar el punto anterior y responder a las interrogantes del aspirante a ingresar.
- El equipo técnico trabajará con el grupo de usuarios, el ingreso de un futuro usuario residente y clarificará en que habitación se alojará. Se reunirá asimismo, con los usuarios residentes que también se alojen en la misma.

Al ingreso:

- El equipo técnico facilitará la inducción y adaptación del nuevo usuario, a través de los distintos espacios: seguimiento, asambleas u otros.
- Se le adjudicará función al usuario (por menor que sea), desde el ingreso a la misma.
- Se buscará progresivamente que conozca a los compañeros del dispositivo y que pueda realizar poco a poco, alguna tarea en equipo.
- En el primer mes, el equipo técnico debe realizar un perfil psicológico, situacional y funcional del nuevo residente. Para el perfil funcional, se sugiere la aplicación de escalas.

Terapéutica:

- La CMC, presentará características generales que acompañan el perfil de Comunidad Terapéutica, sin serlo. Ciertos principios como horizontalidad, democratización, permisividad, comunalismo, estarán presentes en el funcionamiento cotidiano. No obstante esto, un plan individual debe ser delineado y acordado entre el equipo técnico y el usuario residente.
- El equipo hará el seguimiento del cumplimiento de ese plan, al tiempo que tratará de elaborar las estrategias para favorecer este cumplimiento por parte del usuario residente.

- El equipo técnico trabajará con el grupo de usuario residentes, en forma tanto grupal como individual, a partir de las características y perfiles técnicos de los miembros del equipo.
- Se trabajará con los usuarios residentes en dos grandes campos, uno la adquisición de habilidades comunicacionales, relacionales y de convivencia, el otro campo: la reflexión sobre la propia situación, el desarrollo de un plan de futuro y la adquisición del funcionamiento necesario para el cumplimiento de este plan.
- La base del trabajo terapéutico apuntará al empoderamiento del usuario para que pueda tomar control de su situación de vida, de acuerdo a un modelo de recuperación, donde el usuario ocupa un lugar central en su mejoría e inclusión social.
- Se procurará la participación de la familia del usuario, acompañando el proceso del mismo. En ese sentido, es importante que desde el CMC se pueda apoyar a las familias o referentes del usuario, para lograr una participación efectiva.
- El equipo técnico trabajará con el usuario, en la búsqueda e integración educativa y laboral en la comunidad. Al tiempo que también se hará foco en el goce del tiempo libre y la integración a actividades expresivas y de socialización en la comunidad.

Al egreso:

- Se espera que el usuario haya logrado tomar control sobre su proceso personal, pudiendo por si mismo, cumplir con los tratamientos farmacológicos y terapéuticos, a la vez de gestionar su atención a nivel ambulatorio, tanto en lo concerniente a su padecimiento mental, como a otras circunstancias de salud concomitantes.
- En términos de continuidad, la CMC apunta en favorecer una evolución del usuario residente que le permita al egreso, vivir en forma más autónoma, sea en un retorno al ámbito familiar, en una residencia propia, o en un dispositivo residencial con apoyo. En todos los casos, se buscará contar con el acompañamiento familiar del proceso de egreso, apoyando a las mismas con base en la psicoeducación.
- No todos los usuarios residentes evolucionan logrando mejores niveles de autonomía y funcionamiento. En estos casos, el egreso podrá ser a un dispositivo residencial con mayor nivel de cuidados y asistencia.
- El equipo deberá estudiar, mediante entrevistas, observación directa y aplicación de escalas, el perfil de autonomía y funcionamiento del usuario residente, comparándolo con el análisis del perfil al ingreso.

- Se deberán establecer los contactos y coordinaciones con los dispositivos de atención ambulatoria con los que está vinculado el usuario residente para informar de los cambios proyectados.
- Se debe realizar un acompañamiento del usuario, durante los seis meses posteriores a su egreso, por parte del equipo de la CMC, a fin de valorar y apuntalar la adaptación a la nueva etapa. La regularidad de estos encuentros, se pautará de acuerdo a las particularidades de cada caso. En los casos, donde el usuario egrese retornando al ámbito familiar, es importante que se busque una estrategia de apoyo al grupo familiar, durante estos primeros seis meses.

Evaluación CMC.

- Es recomendable que los usuarios sean evaluados desde su ingreso y al menos semestralmente en su evolución, permitiendo esto generar ajustes en acuerdo con el usuario que permitan fortalecer la mejoría en las áreas de menores progresos.
- La aplicación de escalas de actividad, de satisfacción y otras escalas como el LSP (Life Skills Profiles) pueden ser importantes en muchos casos, para contar con alguna medida objetivable de los progresos y la satisfacción del usuario con su vida.
- Es muy importante, la autovaloración del usuario de su propia evolución y su grado de satisfacción con la misma. Esta autovaloración, debe ser siempre trabajada con el cuidado de no promover indirectamente una autoexigencia desmedida a las posibilidades del usuario en un determinado momento de su proceso terapéutico.
- La opinión de las familias y allegados es un insumo también muy importante al considerar la evaluación del proceso del usuario y puede ser una oportunidad para la reconfiguración de las expectativas y demandas que se puedan volcar sobre el mismo.
- La CMC, asimismo deberá poder generar su propia forma de valorar los progresos de acuerdo a las particularidades de inserción comunitaria de esta. El tiempo de tránsito de egreso de los pacientes es un indicador importante, pero debe matizarse de acuerdo al tipo y calidad de ese egreso.
- La evaluación del funcionamiento y logros del dispositivo en general, no es una sumatoria de las evaluaciones de los progresos individuales. Hay otras consideraciones que deben ser tenidas en cuenta para poder plantearse cuál es la eficacia y la eficiencia de la CMC

Centro Diurno de Rehabilitación Psicosocial

Los centros diurnos son un dispositivo centrado en la rehabilitación psicosocial de usuarios con trastornos mentales severos y persistentes, que presentan deterioro a nivel de funcionamiento cognitivo, social y marcada disminución en su capacidad de desear, seleccionar, planificar, iniciar y mantener actividades tanto de formación o laboral, como de ocio y relacionales.

En nuestro país, encontramos una cierta heterogeneidad en las propuestas de este tipo, con diferencias tanto materiales, como de recursos humanos, número de usuarios, así como también sin definiciones teórico-prácticas claramente explicitadas en las propuestas en el sector público (Novoa et al. 2013), como también en el ámbito privado donde la oferta es menor en número de dispositivos.

Los centros, deben tener cierta versatilidad y flexibilidad interna, pudiendo cambiar programas y talleres de acuerdo a las necesidades más marcadas en su población en un período de tiempo. Es importante que los mismos puedan recoger de su propia experiencia, ideas claras con respecto a que programas o talleres, han dado mejor resultado, teniendo presente que un taller, por ejemplo, no se debe valorar como exitoso por su “producción”, sino por lo que produce en los usuarios. Por ejemplo, un taller de Literatura no debe ser valorado como exitoso por la publicación de un libro, lo cual puede ser destacable sin dudas, sino por los cambios que el taller pueda ayudar a producir en los usuarios que participan del mismo.

Los objetivos son, facilitar al usuario a llegar al máximo nivel de autonomía posible, para vivir una vida plenamente integrada a la sociedad y poder ejercer efectivamente sus derechos y cumplir con sus obligaciones como ciudadano.

Perfil de ingreso.

- Personas con Trastornos Mentales Severos y Persistentes (TMSP), que lleven a un deterioro en sus capacidades cognitivas, relacionales y de autodeterminación.
- Psicopatológicamente, el perfil apunta fundamentalmente a personas que presentan esquizofrenia con claros síntomas negativos, personas con trastorno de la personalidad del tipo esquizotípico con deterioro, con trastorno bipolar de mala evolución, retrasos mentales leves con esquizofrenia. Pueden eventualmente participar personas con otros perfiles psicopatológicos como trastorno límite de la personalidad con bajo funcionamiento, con las consideraciones de cada caso en particular.

Observación:

- Dependiendo de la existencia en la propuesta terapéutica del CDRPS de espacios terapéuticos específicos para personas que hayan tenido un único episodio psicótico, las mismas entrarían en el perfil de ingreso.
- No hay un perfil de ingreso familiar. Ningún usuario puede ser excluido de la propuesta terapéutica por falta de apoyo familiar. Por el contrario, si se da el caso en que un usuario no tiene apoyos vinculares, el logro de esto será parte de los objetivos del tránsito por el CDRPS.

Criterios de exclusión:

- Personas que presenten UPD, siendo éste la dificultad central del mismo y no el TMSP. En estas situaciones deberá derivarse a dispositivos específicos para personas con UPD o para personas con patología dual.
- Personas que presenten marcadas conductas disruptivas con auto y heteroagresividad que hagan inviable su participación en espacios terapéuticos grupales e inviable su convivencia en el CDRPS.

Observación:

En ambos casos, el criterio de exclusión debe considerarse transitorio y reversible. Pudiendo volverse a valorar la pertinencia del ingreso al centro, en tanto se considere que ha habido cambios significativos en la situación.

Al ingreso

- El usuario y su familia deben ser informados a cabalidad de las características del dispositivo, sus objetivos y del tipo de participación que se espera de ellos, a lo largo del proceso.
- El equipo técnico, junto al usuario y en alianza terapéutica con éste y su familia, diseñará un Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR), que irá pautando de qué actividades y con qué frecuencia deberá participar el usuario. Lo mismo, en relación a la participación de la familia o allegados que oficien de referentes para el usuario. Se buscará que la integración no sea del usuario en forma aislada, sino su grupo de referencia también mantengan una participación activa en la propuesta del centro.
- Se hará un perfil del usuario, con el diagnóstico psicopatológico, situacional, familiar, funcional, cognitivo. Se tendrán en cuenta el nivel de autonomía y de actividad global. Como también, las expectativas del usuario con respecto a su participación en el CDRPS y su recuperación.
- En los primeros días, deben establecerse y/o aplicarse escalas (que deben aplicarse con periodicidad razonable), que permitan realizar comparaciones que den cuenta de la evolución del paciente, como así ser

insumo para el estudio de la efectividad del CDRPS y de sus propuestas. Es importante, que la percepción de mejoría en la evolución, tome en cuenta la opinión del propio usuario, de la familia y del equipo técnico, apoyado este último en elementos clínicos objetivables.

Terapéutica

- Se establecerá una terapéutica de convivencia, mediante la participación del usuario en grupos de diversa índole; en formato de talleres, asambleas, grupos terapéuticos, espacios libres, etc. Así como su participación en instancias individuales de seguimiento con técnicos del centro.
- Los centros deben ofrecer espacios terapéuticos grupales, donde se puedan trabajar los duelos, las expectativas, las dificultades, la visión de si mismo, el sentido del futuro y todo tema sin restricciones, que surja de la demanda de los usuarios y que tenga un impacto terapéutico.
- Los usuarios podrán contar con espacios de seguimientos individuales, en la medida que se valore pertinente por el equipo técnico. Se sugiere fuertemente los mismos, ya que permiten que emerjan pensamientos y sentimientos por parte de los usuarios que algunas veces no encuentran vía de expresión en espacios grupales.
- El diseño o elección de los talleres, debe estar fundamentado en criterios de rehabilitación, promoviendo una participación activa de los usuarios en los mismos. Es deseable que la oferta de talleres cubra al menos los siguientes aspectos a trabajar:
 - Manejo del cuerpo (baile, gimnasia, psicomotricidad, yoga, otros)
 - Expresión (plástica, baile, canto, literatura, escultura, otros)
 - Cognitivo (literatura, taller cognitivo, club de debate, otros)
 - Habilidades sociales (teatro, comunicación, recreación, otros)
 - Promoción de salud (talleres de sexualidad, higiene del sueño, psicoeducación)

Observación:

Por lógica, un taller cumple y puede cumplir con varios objetivos de rehabilitación psicosocial. Lo importante es que los mismos, se establezcan buscando una coherencia en la oferta, así como generar interés en la población usuaria.

- Se podrán eventualmente generar otras instancias para trabajar otros aspectos, algunas en carácter fijo y otras en carácter ad hoc (paseos, experiencias laborales breves, etc.). Es en alguna medida, esperable que el CDRPS, tenga flexibilidad en su propuesta y que la misma esté planteada tomando en cuenta la realidad cultural de sus usuarios, así como la inserción comunitaria.

- Trabajo regular a nivel de reuniones multifamiliares. Si bien las mismas, tendrán fundamentalmente un carácter psicoeducativo, no se debe perder de vista que de no existir una propuesta específicamente terapéutica, éstas deben contemplar y dar espacio al surgimiento de pensamientos, sentimientos, e ideas que permitan la elaboración de la situación de la familia, así como el duelo por la salud pérdida, los cambios en el familiar y las preocupaciones por el futuro.
- Es deseable, no obstante el punto anterior, que existan espacios de corte estrictamente terapéutico para las familias, sea en la modalidad de grupo de familiares o sea en la modalidad de espacios de terapia familiar individual.
- Es importante establecer espacios de seguimiento del usuario con técnicos del centro donde en forma conjunta se puedan tratar temas de preocupación o interés del usuario, que sean difíciles, inconvenientes o no plausibles de ser abordados en espacios terapéuticos grupales.

Al egreso:

- Se deben realizar las evaluaciones correspondientes a la evolución del usuario en los distintos campos: cognitivo, relacional, manejo de emociones, funcionamiento, nivel de actividad y autonomía, comunicación, etc.
- El usuario debe tener formulado un proyecto, mas allá del centro, volcado sobre el medio abierto con capacidad para tolerar las normales frustraciones de la vida y procurar ese proyecto.
- Se establecerá un periodo abierto de seguimiento del usuario, el cual se entiende no debiera superar los dos años.
- Se orientará previamente a la familia, sobre recursos comunitarios y que esperar en la evolución de su familiar. Haciendo hincapié en que se deben seguir lineamientos, como por ejemplo cuidar la Emoción Expresada a nivel familiar.

Algunas consideraciones:

Los CDRPS son un dispositivo versátil tanto en su propuesta terapéutica, como en la integración de los equipos técnicos que allí trabajan. Esta versatilidad, debe estar al servicio de la singularidad de cada usuario, el cual debe tener un plan individual, más allá que el mismo implique su participación en diferentes instancias grupales.

A diferencia de otros dispositivos, el funcionamiento de un CDRPS debe enmarcarse en una política de una marcada interinstitucionalidad. En otras palabras, un CDRPS debe interactuar como institución con las múltiples instituciones de la comunidad que integra. Este perfil de los CDRPS, debe ser especialmente cuidado y promovido, no debiendo quedar librado a la espontaneidad de distintos técnicos o familiares. Es necesario que cada CDRPS se plantee desde su equipo técnico el cómo de esta integración al entramado socio-institucional. Un centro, que funcione con una tendencia al aislamiento, no está cumpliendo a cabalidad su sentido de ser y puede generar, en familiares y/o usuarios una idea de “lugar seguro” o “refugio” ante una sociedad, una comunidad que sea leída desde una perspectiva paranoide, como siempre hostil, incomprensiva o discriminante. Dicho esto, sin negar, los altos desafíos que implica la inclusión social para las personas con TMSP y las dificultades palpables para luchar contra los estigmas y la discriminación muchas veces presente en nuestra sociedad.

El trabajo entonces desde el CDRPS, si bien es centralmente con el usuario y con la familia del mismo, debe contemplar una tarea de relacionamiento interinstitucional que promueva oportunidades de inclusión para la población de usuarios y al mismo tiempo tenga una función desestigmatizante. Esto, debe ser planificado y llevado adelante como una tarea más del CDRPS:

Atención para personas que han sufrido un episodio psicótico agudo.

Cada día más, se entiende que las personas que han sufrido un episodio psicótico agudo, se benefician de la posibilidad de trabajar terapéuticamente, en formato grupal fundamentalmente, su situación personal.

Los temores a la repetición del suceso o a la evolución a un cuadro crónico, son frecuentes y generan un aumento de la ansiedad y dudas con respecto al futuro. También, muchas veces, quien ha sufrido este episodio agudo, presenta un duelo por la salud perdida transitoriamente y una necesidad profunda de elaborar lo que ha sucedido.

Al ser una temática que se ha comenzado a abordar en estos últimos años, no parece ser claro si un CDRPS es el mejor dispositivo para generar programas de atención a estas situaciones o debiera existir un dispositivo diferente de atención ambulatoria. En principio, parece de cierta sensatez, que los CDRPS pudieran ofrecer programas alternativos terapéuticos para estas situaciones, en formato similar a los grupos de seguimiento, con otros objetivos claro está.

Evaluación e indicadores CDRPS

- Las evaluaciones integrales de la evolución de los usuarios, deben realizarse al ingreso y con una regularidad que tome en cuenta que los mismos llevan un tiempo significativo en producirse y consolidarse. Evaluaciones con una regularidad menor a trimestral, no son operativas, producen desgaste en el equipo técnico que las realiza y también pueden generar tensión indirecta sobre el usuario. Esto no implica, desconocer el papel de supervisión que se da en las reuniones de equipo, donde también se está evaluando y teniendo presente los cambios en uno u otro sentido, de la presentación del usuario y su estado de salud.
- La aplicación de escalas sobre síntomas de padecimiento mental como la escala PANSS y de escalas de actividad global, pueden resultar útiles para objetivar elementos clínicos que den mayor fiabilidad a las conclusiones, del equipo sobre la evolución del usuario.
- Es muy importante, la autovaloración del usuario de su propia evolución y su grado de satisfacción con la misma. Esta autovaloración, debe ser siempre trabajada con el cuidado de no promover indirectamente una autoexigencia desmedida a las posibilidades del usuario en un determinado momento de su proceso terapéutico.
- La opinión de las familias y allegados, es un insumo también muy importante al considerar la evaluación del proceso del usuario y puede ser una oportunidad para la reconfiguración de las expectativas y demandas que se puedan volcar sobre el mismo.
- En cuanto a la evaluación del funcionamiento de un CDRPS, hay antecedentes de trabajos de investigación importantes desde principios del siglo xxi (Pardo, Curbelo, del Castillo, Grunbaum, Regazzoni, & Kaplan, 2002), que han sido base de investigaciones importantes posteriores. Si bien no es esperable que todos los CDRPS desarrollen investigaciones exhaustivas sobre su funcionamiento o sus programas, si es esperable, lo mismo que en otros dispositivos, que se realicen evaluaciones que permitan generar insumos para el campo de la investigación.

Limitaciones de la presente consultoría.

El tiempo original estipulado para la realización de esta consultoría, se ha debido extender en varias oportunidades, dada la complejidad de la tarea. En la misma, se hace foco en tres dispositivos diferentes, cada uno con aristas distintas en cuanto a su definición, objetivos y funcionamiento. En atención a esto, entendemos que el documento cumple como apoyo para la elaboración de pautas y protocolos para estos dispositivos.

Debe quedar claro, que el documento final, no es un protocolo en si mismo y en ese sentido su alcance se limita a establecer líneas generales y por tanto hay elementos que se pueden favorecer con mayor profundidad en sus definiciones.

A su vez, otra limitación de esta consultoría es que se ha debido acotar el objeto tomando los dispositivos, centrados en población adulta y solo se plantean algunas consideraciones específicas sobre la población adolescente. Tampoco la consultoría, recorre todas las particularidades de la atención en este tipo de dispositivos, de personas con consumo problemático de sustancias o patología dual.

Consideraciones finales:

Esta consultoría para el apoyo en la elaboración de pautas y protocolos de los procesos de atención y funcionamiento de los dispositivos de la red de atención en salud mental en Uruguay, ha evaluado los aportes de todos los actores consultados, con el fin de llegar a la redacción de este documento final, que debe servir como insumo para la regulación, ordenamiento, creación o reforma de dispositivos, que hagan viable el cumplimiento de la ley No 19.529.

La desinstitucionalización de los pacientes con largos años en instituciones de tipo asilar y el cierre de las estructuras monovalentes, no puede ser pensado como un fin en si mismo, sino como parte de la evolución en el abordaje de los padecimientos mentales. Junto con este cambio, debe acompañar una decidida construcción de una red de dispositivos y una reafirmación cultural en la órbita de la salud, del modelo comunitario de atención en salud mental y el paradigma de la recuperación.

En esta construcción de una red de dispositivos, se debe tomar en cuenta que es necesario que estén en funcionamiento en número y variedad suficiente para permitir la continuidad de asistencia en salud mental y evitar la saturación de dispositivos o que los mismos perviertan sus objetivos.

Al mismo tiempo, debemos considerar que la existencia de pautas y protocolos de atención claros, no invalida que puedan existir dispositivos los cuales, no cumpliendo cabalmente con las definiciones de un dispositivo, por temas de demografía, deban generar una flexibilidad para permitir eventualmente una

alternativa mixta. Por ejemplo: una UCE de adultos con una subunidad para adolescentes, en zonas del país donde demográficamente sea inviable la creación de dos unidades específicas diferenciadas. Esto obviamente, deben ser excepciones, pero nunca la regla.

Para favorecer el mejor funcionamiento de los distintos dispositivos de la red, es importante el fortalecimiento de la coordinación entre los mismos, tanto a nivel público, como en la complementariedad público privada. Es importante que se puedan racionalizar recursos y poder brindar la mejor atención a los distintos usuarios, en todas las zonas del país.

Las reuniones de los equipos técnicos de cada dispositivo, deben tener una frecuencia ajustada a las necesidades y son espacios privilegiados de intercambio interdisciplinario. Las mismas deben estar claramente establecidas entre las actividades técnicas y deben favorecer, a partir de horarios rotativos o el uso de tecnología, la participación de todo el personal.

El trabajo con el usuario y su familia u otros allegados referentes, aplica a todos los dispositivos de esta consultoría. Debe asimismo, quedar explicitado, aunque parezca una obviedad, que en ningún caso, la falta de apoyo familiar puede ser motivo de exclusión de ningún dispositivo. En estos casos, es importante acompañar al usuario a identificar, producir y gestionar sus redes de apoyo a nivel comunitario.

Por último, es importante dejar claro, que se deben establecer evaluaciones, construyendo indicadores de los distintos dispositivos, para permitir un análisis claro de la performance de los mismos y que deje ver los aspectos a mejorar.

En este mismo sentido, las pautas y protocolos deben estar sujetos a revisión regular.

Bibliografía citada

- Poder Legislativo, R.O.U. (2017) Ley No 19.529 de Salud Mental <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/docu3484982706041.htm>
- Ministerio de Salud Pública, R.O.U. (2020) Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027 <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/sites/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/files/documentos/noticias/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%20%202020-2027%20aprobado.pdf>
- Ministerio de Salud Pública, R.O.U. (2019) Ordenanza No 1488/019 <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-1488019-ordenanza-14882019-sustituye-anexo-i-ordenanza>
- Pardo, V., Curbelo, O., del Castillo, R., Grunbaum, S., Regazzoni, E. & Kaplan, M. (2002). Evaluación retrospectiva de un programa de rehabilitación psicosocial de un centro de día para adultos. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 66(1), 7-33
- Poder Ejecutivo, R.O.U. (2018) Decreto No 226/018 <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/226-2018>
- Poder Ejecutivo, R.O.U. (2019) Decreto 331/019 <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/331-2019>
- Poder Legislativo, R.O.U. (2010) Ley 18.651 de Protección Integral de Personas con Discapacidad <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18651-2010>
- Poder Legislativo, R.O.U. (2007) Ley 18.211 Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>
- Poder Ejecutivo, R.O.U. (2011) Decreto 305/011 Anexo Plan de Implementación de Prestación de Salud Mental en el S.N.I.S. <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/305-2011>
- Granmegna S, Gloria, Lora L, Rocío, & Ahumada F, Paulina. (2006). Análisis base de datos unidad de hospitalización de corta estadía (uhce): Psiquiatría. Hospital Dr. Sótero del Río. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 44(1), 23 - 38. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272006000100004>
- López G. et al. (2020) Residencia con apoyo. Norma técnica. Administración de servicios de salud del estado – Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables plataforma.fundacionmanantial.org/system/files/normatecnica_residencia_con_apoyo_asse_26_7_2020_2.pdf

- Novoa, G., Ceroni, C., López, G., Araujo, A. & Pedetti, V. (2013). Informe de los centros de rehabilitación psicosocial de la red asistencial de ASSE y de la C.H.P.P. Dirección Nacional de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables (ASSE).
- Organización Panamericana de la Salud (2020) Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe © ISBN: 978-92-75-32301-4 (PDF)
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53027/9789275323014_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre salud mental. 53.o Consejo Directivo. 66.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. CD53/8, Resolución CD53.R7. Washington, D.C.: OPS; 2014. Consultado el 20 de septiembre del 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28292/CD53-8-s.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [consultado el 31 de enero del 2022]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
- Pastor, M. et al (2019) ¿Cómo viven las personas con un trastorno mental el ingreso en una unidad de corta estancia psiquiátrica? TOG (A Coruña) Vol 16. Num 30. Nov 2019. ISSN 1885-527X.
www.revistatog.com
- Salvo G, Lilian, & Gallardo G, Pilar. (2021). Tendencia de las hospitalizaciones en la Unidad de Corta Estadía de Psiquiatría del Hospital Clínico Herminda Martin durante 14 años.. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 59(1), 16-26.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272021000100016>
- Servicio Andaluz de Salud (2010) Ambiente Terapéutico en Salud Mental. Análisis de situación y recomendaciones para unidades de hospitalización y comunidades terapéuticas en Andalucía. ISBN 978-84-693-4561-0 Consejería de Salud, Junta de Andalucía, España
<https://consaludmental.org/publicaciones/Ambienteterapeuticosaludmental.pdf>