



Resolución Directoral

Santa Anita, 20 de febrero de 2024

Visto los expedientes N° 23MP-15992-00 y 23MP-19590-00, conteniendo el Memorandum N° 331-2023-DRESAM-HHV, a través del cual el Jefe del Departamento de Rehabilitación en Salud Mental propone el proyecto del Documento Técnico "Rehabilitación Psiquiátrica Integral para Personas con Trastornos Mentales Graves";

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo al artículo 1 de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, esta tiene por objeto establecer el marco legal para garantizar el acceso a los servicios, la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental, como condiciones para el pleno ejercicio del derecho a la salud y el bienestar de la persona, la familia y la comunidad;

Que, los trastornos mentales graves (TMG) son entidades nosológicas neuropsiquiátricas que se caracterizan por ser de duración prolongada y por la presencia de discapacidad moderada o severa del funcionamiento global, lo que se traduce en una dificultad considerable para el desempeño en las áreas personal, familiar, laboral, académico y social. No obstante, desde hace varias décadas los programas de rehabilitación en salud mental vienen tomando mayor relevancia, desarrollando estrategias de intervención para las personas con TMG;

Que, el proyecto del Documento Técnico "Rehabilitación Psiquiátrica Integral para Personas con Trastornos Mentales Graves" que ha sido propuesto por el Departamento de Rehabilitación en Salud Mental tiene por finalidad proveer una atención especializada en la rehabilitación en salud mental a las personas con diagnóstico de trastorno mental grave, y cuya condición compleja en relación a su salud mental requiere de un abordaje sub especializado, interdisciplinario e intensivo; asimismo, tiene como objetivo general brindar información sistematizada, de manera que sirva de orientación, consulta o referencia para el personal de salud, los usuarios y población en general; constituyéndose de una plataforma estructural y organizada que sirve de modelo para la implementación de programas de rehabilitación en salud mental en los diferentes instituciones de salud mental del país;

Que, el artículo 42° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermilio Valdizán, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM, señala que el Departamento de Rehabilitación en Salud Mental es la unidad encargada de la rehabilitación psicológica y/o psiquiátrica mediante la actividad de labora terapia y tiene asignados como objetivos funcionales, entre otros, brindar atención del tercer nivel en rehabilitación psiquiátrica a la población mental discapacitada, recuperar y desarrollar habilidades al discapacitado mental, con técnica de labor terapia, que le permitan mejorar su salud;

Que, a través de los documento de Visto, el Jefe del Departamento de Rehabilitación en Salud Mental propone el proyecto del Documento Técnico "Rehabilitación Psiquiátrica Integral para Personas con Trastornos Mentales Graves", teniendo como finalidad promover y sistematizar la mejora continua de la calidad de atención en salud de los servicios del Hospital Hermilio Valdizán, a través del cumplimiento de las normas técnicas vigentes y los derechos de los usuarios; y como objetivo general mantener niveles óptimos de calidad en la prestación de servicios de salud a los usuarios del Hospital Hermilio Valdizán;

Que, en el Informe N° 190-UO-OEPE-HHV-2023 y Nota Informativa N° 273-OEPE-HHV-2023, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico emite opinión favorable al proyecto del Plan propuesto, el cual se encuentra alineado con lo establecido en las "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud", aprobadas por Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA; por lo que, es necesario proceder a su aprobación;



Estando a lo informado por la Oficina de Asesoría Jurídica en el Informe N° 050-OAJ-HHV-2024;

Con el visado del Jefe del Departamento de Rehabilitación en Salud Mental, del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica y de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico; y,

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 11° inciso c), del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizán", aprobado por Resolución Ministerial N° 797-2003-SAVDM;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar el Documento Técnico "Rehabilitación Psiquiátrica Integral para Personas con Trastornos Mentales Graves" 2024 - 2028, el mismo que consta con treintaiséis (36) páginas y tres (3) anexos, el cual forma parte de la presente Resolución y por los fundamentos expuestos en la parte considerativa.

Artículo 2.- Disponer que el Departamento de Rehabilitación en Salud Mental se encargue de difundir e implementar el Documento Técnico aprobado por el artículo 1, así como informar trimestralmente a la Dirección General sobre su implementación.

Artículo 3.- Encargar a la Oficina de Estadística e Informática la publicación de la presente Resolución en el Portal Web del Hospital Hermilio Valdizán.

Regístrese y comuníquese.

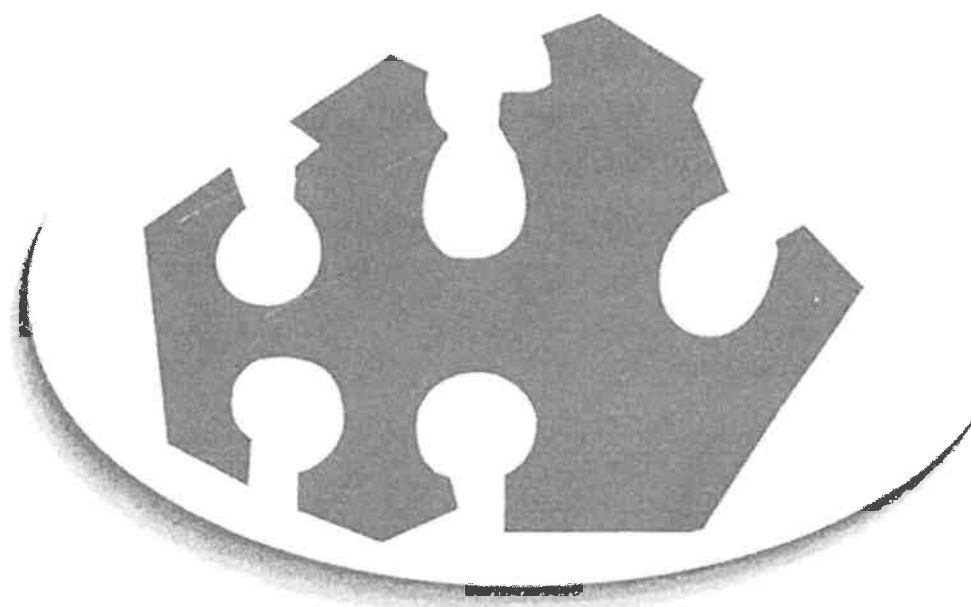
MINISTERIO DE SALUD
Hospital "Hermilio Valdizán"


Dr. Hugo William Peña Lovatón
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. N° 17286 - R.N.E. 7381

HWPL/OACH
DISTRIBUCIÓN
OEPE
DRESAM
OAJ
OEI

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN

**DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN EN SALUD
MENTAL**



DOCUMENTO TÉCNICO

**“REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA INTEGRAL PARA
PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES”**

2024 -2028



“REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA INTEGRAL PARA PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES”

DIRECTORIO

MC HUGO WILLIAM PEÑA LOVATÓN

Director General del Hospital Hermilio Valdizán

MC GIANCARLO ROMUALDO BIAGGI ORTEGA

Jefe del Departamento de Rehabilitación en Salud Mental del Hospital Hermilio Valdizán

MC NORA EDITH ADELA SORIANO SORIANO

Médico – Psiquiatra del DRESAM



INDICE

I. INTRODUCCIÓN	4
II. FINALIDAD	5
III. OBJETIVOS	6
IV. AMBITO DE APLICACIÓN	7
V. BASE LEGAL	7
VI. CONTENIDO	8
1.- CONSIDERACIONES GENERALES	8
2.- CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS	15
VII. RESPONSABILIDADES	30
VIII. ANEXOS	30
VIV. BIBLIOGRAFÍA	34



I. INTRODUCCIÓN:

Los trastornos mentales graves (TMG) son entidades nosológicas neuropsiquiátricas que se caracterizan por ser de duración prolongada y por la presencia de discapacidad moderada o severa del funcionamiento global, lo que se traduce en una dificultad considerable para el desempeño en las áreas personal, familiar, laboral, académico, y social (1). No obstante, desde hace ya varias décadas los programas de rehabilitación en salud mental vienen tomando mayor relevancia, desarrollando estrategias de intervención para las personas con TMG (Trastorno Mental Grave) que tienen como objetivo la reinserción psicosocial del individuo y su familia. Diversas experiencias en Canadá y Europa han dado a conocer los beneficios de programas ambulatorios tipo “Hospital de Día” para la rehabilitación de las personas con TMG, evidenciado una mejora significativa en la participación de actividades diarias y roles sociales, mejora de la funcionalidad, autoestima y calidad de vida, reduciendo a su vez la sobrecarga familiar y mejorando el funcionamiento familiar. (2, 3).

En la actualidad las personas con TMG son consideradas una población de alto riesgo debido a la dificultad que presentan para el acceso a los servicios de salud producto de la marginalización y estigmatización, reflejándose en la falta de protocolos para una atención diferenciada y de calidad durante esta crisis sanitaria (4,5). Así mismo la interrupción brusca del tratamiento ambulatorio y los efectos de la pandemia sobre la salud mental pueden agravar el estado de salud mental de personas con diagnóstico psiquiátrico previo (4). Países como España, Italia y China han visto por conveniente la reorganización y adaptación de los servicios de salud mental, así como desarrollar estrategias sanitarias poniendo énfasis en la continuidad de cuidados en salud mental para personas con TMG (4,6,7).

Así mismo la comunidad científica internacional estima una prevalencia mundial entre 2.5 y 3% de la población adulta y según la OMS (Organización Mundial de la Salud) los trastornos mentales no tratados representan el 13% del total de la carga de morbilidad mundial, y el 25,3% y 33,5% de los años perdidos por discapacidad (AVD) en países de ingresos bajos y medios respectivamente (8). A pesar de que la salud mental se reconoce como un componente esencial de la salud general, se estima que en la Región de las Américas existe una profunda brecha en el tratamiento de personas con trastornos mentales moderados y graves que alcanza hasta un 73,5% para la población adulta (9).

Factores como la falta de hogar, el abandono socio-familiar, la falta de reconocimiento social, la falta de oportunidades en educación y trabajo (90% de desempleo en esta población), el estigma social y la violación de los derechos humanos, así como la importante carga económica que repercute en los individuos, sus familias y la sociedad (2). Así mismo las personas con TMG presentan una mayor letalidad que presentan y que se encuentra en relación a una atención médica inadecuada, dando lugar a un exceso de mortalidad en gran parte a patologías prevenibles (9).

En el Perú las personas con TMG representa un 0.5% de la población nacional representando aproximadamente 141 000 personas (10, 11). Estas personas presentan mayor dificultad para la inclusión social, debido tanto al estigma que genera rechazo, discriminación y desigualdad, como a las menores posibilidades de acceder a un programa de rehabilitación integral en salud mental, cuya oferta es muy escasa e incluso nula en algunas partes de nuestro país. De acuerdo al Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020 de la OMS (Organización Mundial de la Salud), un abordaje integral de los trastornos mentales que combine intervenciones psicosociales y farmacológicas es el más eficaz para la recuperación de la persona afectada. Para ello, se necesita contar con servicios comunitarios y ambulatorios de salud mental que incluyan programas de rehabilitación y reinserción psicosocial (12).

Desde el año 2015, en el Perú se viene implementando la reforma de salud mental con enfoque comunitario, en cuyo reglamento se menciona como parte de sus estrategias de intervención a los programas de continuidad de cuidados que se enfocan predominantemente al desarrollo ocupacional y de mejora de habilidades



instrumentales, como se muestra en el plan de continuidad de cuidados y rehabilitación (PCC-R) que ofrecen en los Centros de Salud Mental Comunitarios distribuidos a nivel nacional.

En el año 2019 la Defensoría del Pueblo realizó un reporte de la supervisión a los CSMC y concluyó lo siguiente: Los equipos multidisciplinarios estaban incompletos según los lineamientos de la norma técnica, no contaban con los formatos para las evaluaciones de riesgo, tampoco se realizaban estudios de satisfacción de usuarios. Además de contar con infraestructura alquilada y poco adaptada para intervenciones grupales. (13)

Según un estudio cualitativo realizado en el año 2020 por Diez-Canseco y colaboradores que describe el proceso de implementación del PCC - R en los CSMC del Perú. Concluyendo que a pesar de que el PCC - R es uno de los más importantes de la reforma de salud mental comunitaria y cuenta con amplia aceptación entre los prestadores de los servicios de salud y los usuarios, todavía presenta serias deficiencias en cuanto a la estructura organizacional del programa, como a la capacitación, acompañamiento y supervisión del recurso humano. Así mismo revela una serie de dificultades como la falta de un documento normativo que pueda facilitar la implementación y su adaptación a diferentes contextos y realidades, mejorar la gestión de recursos y fortalecer la capacitación y acompañamiento, y aplicar un sistema de monitoreo para favorecer la mejora continua del programa. (14)

En otro estudio realizado el año 2022 que tenía como objetivo sistematizar las experiencias en la mejora del PCC del CSMC de La Victoria, Perú. Se encontró que solo un 20% del total del personal de salud contaba con experiencia o conocimientos sobre el PCC, por tanto, era necesario diseñar y ejecutar un plan de continuidad de cuidados con base en las necesidades de los usuarios y esto debe estar plasmado en un formato físico, coincidiendo con la norma técnica del CSMC, ordenando las intervenciones para su mejor administración (15).

En julio del presente año (2023) se aprueba la “Guía técnica de continuidad de cuidados para personas con trastornos mentales graves y/o problemas psicosociales de riesgo en los CSMC”, con resolución ministerial 663-2023-MINSA, cuya finalidad es contribuir a la recuperación, mejorar la calidad de vida, la integración familiar y comunitaria de las personas con TMG y/o problemas psicosociales de riesgo, mediante el fortalecimiento de la continuidad de cuidados en los CSMC.

Cabe mencionar que a pesar de que el reglamento de salud mental en nuestro país (2020) pone énfasis en los tratamientos ambulatorios y comunitarios, teniendo como estrategias de rehabilitación y reinserción socio laboral a los dispositivos tipo Hospital de Día como alternativa a medidas más restrictivas como el internamiento psiquiátrico, sirviendo de puente hacia la comunidad. A pesar de la normatividad aún no se han desarrollado tales dispositivos como parte de la reforma de salud mental comunitaria.

Sin embargo y a pesar del esfuerzo por regular y estructurar un modelo de abordaje para personas con diagnóstico de TMG, en la actualidad no se observa un trabajo articulado, multidimensional e interdisciplinario, con enfoque comunitario, y que cuyo plan individualizado pueda centrarse en la persona, su familia y la comunidad. El presente documento técnico “Rehabilitación Integral en Salud Mental tipo Hospital de Día para personas con Trastornos Mentales Graves”, provee de una plataforma estructural y organizativa que sirve de modelo para la implementación de programas de rehabilitación en salud mental en los diferentes centros e instituciones de salud mental de nuestro país.

II. FINALIDAD

Tiene por finalidad proveer una atención especializada en la rehabilitación en salud mental a personas con diagnóstico de trastorno mental grave, y que cuya condición compleja en relación a su salud mental requiere de un abordaje sub-especializado, interdisciplinario e intensivo.



III. OBJETIVOS

1. Objetivo general:

Brindar información sistematizada acerca del programa de manera que sirva de orientación, consulta o referencia, para los usuarios, personal de salud y/o población en general.

2. Objetivos Específicos:

1. Trabajar con las personas con diagnóstico de trastorno mental grave, para ayudarlos a adquirir o recuperar las habilidades y confianza para vivir con éxito en la comunidad, enfocando nuestros esfuerzos a rescatar, revalorizar y reforzar las áreas conservadas de la persona.
2. Abordar y minimizar las molestias provocadas por los síntomas y el deterioro funcional que las personas con trastornos mentales graves pueden presentar, para lograr la mayor autonomía e independencia posible, proporcionando herramientas que puedan servir a una mejor adaptación a su propia condición, a su sistema familiar como también a su comunidad.
3. Intervenir de forma temprana y oportuna para minimizar el impacto negativo de los síntomas sobre la funcionalidad global de la persona con trastorno mental grave.
4. Disminuir la frecuencia de uso de los servicios de urgencias y de hospitalización y el tiempo de permanencia en los mismos.
5. Trabajar con el sistema familiar para ajustar su dinámica de manera que favorezca el proceso de rehabilitación del individuo y de su familia. Así mismo trabajar con los familiares y/o cuidadores de forma individual como sistémica, proporcionando herramientas que promuevan el autocuidado, el compromiso y la aceptación.
6. Facilitar el sentido de pertenencia grupal como unidad de sostén en comunidad.
7. Trabajar la adherencia al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico, a través del seguimiento y supervisión permanente.
8. Trabajar de forma articulada con los Centros de Salud Mental Comunitario (CSMC), hogares protegidos y servicios de psiquiatría para establecer una red de rehabilitación en salud mental, que facilite la comunicación, supervisión, acompañamiento, asesoramiento, y derivación de casos complejos que requieran de una intervención especializada en rehabilitación en salud mental.
9. Identificar los recursos comunitarios a través de un trabajo intersectorial que provean de un mejor sostén social y faciliten su reinserción socio-laboral.
10. Aperturar canales de comunicación virtual que permitan un mejor seguimiento y adherencia al programa.
11. Trabajar contra el estigma en salud mental a través del empoderamiento de los usuarios y sus familias, así como con el trabajo en la comunidad a través de diversos canales de comunicación y campañas de sensibilización social para mejorar el acceso y la igualdad de oportunidades sociales.
12. Facilitar la creación de la asociación de usuarios y familiares, que como institución civil pueda visibilizar las demandas y hacer respetar los derechos de los usuarios. Así mismo puedan ser



actores activos que puedan ser incluidos en el diseño de las políticas de salud pública en el área de la salud mental.

13. Proporcionar un modelo en rehabilitación integral en salud mental que pueda ser replicado a nivel nacional.
14. Proporcionar la capacitación del recurso humano para la implementación del modelo de Rehabilitación Integral en salud Mental para personas con TMG tipo Hospital de día, en los Centros de Salud Mental Comunitarios a nivel nacional, bajo una perspectiva humanista, social, comunitaria e intercultural.
15. Realizar labor docente y de investigación.

IV. AMBITO DE APLICACIÓN

El Documento Técnico: “Rehabilitación Integral en Salud Mental tipo Hospital de Día para personas con Trastornos Mentales Graves”, ha sido diseñado por el equipo terapéutico del Departamento de Rehabilitación en Salud Mental del Hospital Hermilio Valdizán, para su aplicación dentro de nuestro servicio especializado. Asimismo, para ser de referencia en los establecimientos y servicios de la red de salud mental del Ministerio de Salud del Perú.

V. BASE LEGAL:

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Ley N° 29889, que modifica el artículo 11 de la Ley General de Salud y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental.
- Ley N° 28983, Ley de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres.
- Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad.
- Ley N° 30947, Ley de Salud Mental.
- Decreto Legislativo N° 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 007-2020-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental.
- Resolución Ministerial N° 075-2004/MINSA, que aprueba “Lineamientos para la Acción en Salud Mental”.
- Resolución Ministerial N° 943-2006/MINSA, que aprueba Documento Técnico “Plan Nacional de Salud Mental”.
- Resolución Ministerial N° 520-2010/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en el Marco del Aseguramiento Universal y Descentralización en Salud con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada”.



“REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA INTEGRAL PARA PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES”

- Resolución Ministerial N° 574-2017-MINSA, que aprueba la NTS N° 138-MINSA/2017/DGIESP: Norma Técnica de Salud de Centros de Salud Mental Comunitarios.
- Resolución Ministerial N° 356-2018/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021”.
- Resolución Ministerial N° 030-2020-MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI)”.
- Resolución Ministerial N° 232-2020/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Definiciones operacionales y criterios de programación y medición de avances del programa presupuestal 0131: control y prevención en salud mental.”
- Resolución Ministerial N° 969-2021/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Plan Nacional de Implementación de Redes Integradas de Salud”
- Resolución Ministerial N° 663-2023/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Continuidad de Cuidados para Personas con Trastornos Mentales Graves y/o Problemas Psicosociales de Riesgo en los Centros de Salud Mental Comunitaria.

VI. CONTENIDO

1.- CONSIDERACIONES GENERALES

1.1. Acrónimos

DRESAM: Departamento de Rehabilitación en Salud Mental y Adicciones

HHV: Hospital Hermilio Valdizán

PCCR: Programa de continuidad de cuidados y Rehabilitación

TMG: Trastornos Mentales Graves

CSMC: Centro de Salud Mental Comunitario

AVD: Actividades de la vida diaria

AVISA: Años de vida saludables perdidos

OMS: Organización Mundial de la Salud

1.2. Dispositivo ambulatorio e intensivo de rehabilitación psiquiátrica

a. Definición:

Según Corrigan y Mueser en el libro “Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation” del año 2016, define la rehabilitación psiquiátrica como “el esfuerzo sistemático para ayudar a los adultos con discapacidades psiquiátricas a alcanzar sus objetivos y metas personales. Tiene un enfoque bidireccional y busca influir tanto en las fortalezas como en los desafíos de los individuos relacionados con estos objetivos y los contextos comunitarios en los que las personas los vivirán” (16).

Asimismo, la rehabilitación psiquiátrica se define como un recurso asistencial ambulatorio, intensivo y de tiempo limitado, cuyo programa estructurado se orienta a la recuperación y rehabilitación basada en un abordaje coordinado, integral y multidisciplinario. Está orientado a personas con síntomas psiquiátricos que



provoquen un grado de discapacidad moderado a severo que requieren de un tratamiento continuado en el tiempo sin llegar a cumplir los criterios clínicos para un internamiento psiquiátrico, entendiéndose este como el último recurso. Los programas de rehabilitación psiquiátrica han jugado un papel fundamental en la desinstitucionalización y el desarrollo de la psiquiatría comunitaria. Este tipo dispositivo proporciona una alternativa a la atención psiquiátrica intensiva y sirve de puente entre el internamiento psiquiátrico y la comunidad (17).

b. Efecto terapéutico:

El efecto terapéutico del dispositivo de rehabilitación psiquiátrica se ha asociado a una mayor intensidad del tratamiento y una mayor participación en las estrategias de intervención. Así mismo se ha observado que las personas con TMG, experimentan una mayor mejoría sintomática en comparación a las personas que reciben solo atención ambulatoria, reduciendo las tasas y la duración del reingreso hospitalario y los costes económicos que resultan del mismo (18). La mayoría de los estudios sugieren que los resultados de la rehabilitación psiquiátrica ambulatoria e intensiva son similares a la hospitalización total en cuanto a reducción sintomática y resolución de crisis. Así mismo desde la experiencia de los trabajadores y equipo terapéutico los dispositivos de rehabilitación psiquiátrica, destacan los siguientes factores que permitieron observar un mayor beneficio a los usuarios (19):

1. Estructura: Elementos que proporciona el dispositivo de rehabilitación psiquiátrica como la rutina; la dirección, como una guía para los usuarios; las actividades terapéuticas de organización y motivación, el propósito como parte del sentido de vida.

2. Contacto interpersonal: Aceptación y pertenencia grupal, compañerismo, coparticipación, apoyo mutuo.

3. Medicación: se observó que el seguimiento estrecho se convertía en una oportunidad para mejorar la adherencia al tratamiento, así como efectuar cambios y estos puedan ser observados a través del tiempo.

Así mismo desde la perspectiva del usuario y su experiencia en programas de rehabilitación psiquiátrica se observó que los aspectos que facilitaron la recuperación fueron las actividades organizadas por el establecimiento, el abordaje grupal, la atención brindada por los trabajadores y el ambiente físico. Dentro de los obstáculos describieron la heterogeneidad de los usuarios en cuanto a edad, gravedad, diagnóstico y la subestimación por parte el personal (20).

Por otro lado McGorry y colaboradores en el año 2018 mencionan que los programas de rehabilitación psiquiátrica para TMG orientados a una intervención temprana, reduce los efectos negativos sobre el potencial humano y la productividad económica, entendiendo que la aparición de los trastornos mentales ocurre en etapas tempranas de la vida. La implementación de una intervención temprana tiene el objetivo estratégico de reducir la progresión del trastorno, siempre y cuando cada etapa del tratamiento se adapte para maximizar los beneficios y minimizar los riesgos (21).

Así mismo en la comunidad de Madrid, España, la reconocida experiencia de éxito del “Hospital de Día Ponzano” para personas con trastornos mentales graves ha demostrado aportar un modelo asistencial flexible, integrador y constante-eficiente, brindando un abordaje personalizado y adaptado al usuario, teniendo en cuenta los factores clínicos, individuales, familiares y psicosociales de la persona, orientado a la continuidad de cuidados en la comunidad con una perspectiva multidisciplinar, poniendo el mayor énfasis en trabajar la alianza terapéutica como predictor de su éxito. Demostrando con evidencia la disminución de las hospitalizaciones completas, así como un mayor tiempo luego del alta sin necesitar reingresar al hospital de día, ni el uso simultaneo de otros dispositivos de salud mental, que sirven de indicadores que dan cuenta de los resultados positivos del modelo terapéutico y de gestión (29).



1.3. Enfoque y paradigmas del modelo terapéutico:

- **El modelo multidimensional e Interdisciplinario**

El programa integral de rehabilitación psiquiátrica integral es un dispositivo ambulatorio que aborda las dimensiones biológica, psicológica, sociocultural y espiritual como ejes principales que permiten que todo ser humano logre alcanzar una vida plena y satisfactoria. A su vez comprendemos que toda persona sin importar su condición forma parte de una sociedad y como tal se encuentra en una constante interrelación dinámica con el medio ambiente y este a su vez ejerce una influencia sobre el individuo modelando su Self (la imagen de sí mismo) y su forma de ser con el mundo (cosmovisión). De tal forma que el trabajo no solo se centra en la persona sino también en su sistema de interrelaciones familiares y sociales, como el trabajo con la comunidad que lo alberga.

Desde la complementariedad de múltiples perspectivas, disciplinas y modelos teóricos que busquen dar cuenta de la complejidad del fenómeno de la salud mental y nos acerque adecuadamente a su problemática, el enfoque interdisciplinario nos permite abordar de forma integral al usuario y su familia, atendiendo a las múltiples dimensiones en las que este se desarrolla en su comunidad, siendo posible a través de la articulación del equipo terapéutico conformado por un conjunto de profesionales de diferentes disciplinas: psicología, psiquiatría, terapia ocupacional, enfermería, asistencia social, terapia física y rehabilitación, entre otros, que trabajan desde un perspectiva de alteridad profesional.

Cabe señalar que el trabajo que realizamos lo enfocamos al binomio usuario/familia, ya que desde una perspectiva colectivista comprendemos la necesidad de un trabajo en conjunto que permita crear mejores redes de soporte y atienda a la salud mental de los cuidadores y demás integrantes como parte fundamental del abordaje en personas con diagnóstico de TMG.

Así mismo, el programa de Hospital de Día comprende distintos enfoques terapéuticos que se complementan, dialogan y articulan entre sí procurando un efecto sinérgico, y disponiéndose de forma individualizada y adaptada según la necesidad de cada usuario, su familia y comunidad. De esta forma se aprovecha la experiencia, los recursos y herramientas de los diferentes miembros del equipo terapéutico para el ejercicio de un abordaje integral, cooperativo y poniendo el foco de atención en un objetivo en común: la reinserción psicosocial del usuario y su sistema familiar.

Nuestro modelo de rehabilitación comprende los siguientes abordajes psicoterapéuticos que han demostrado evidencia para el abordaje de personas con trastornos mentales graves: la psicoterapia individual y de grupo de orientación psicodinámica, psicoterapia cognitivo conductual, psicoterapia de rehabilitación cognitiva, psicoterapia dialéctica conductual, psicoterapia familiar y multifamiliar sistémica, terapia de artes expresivas, terapia ocupacional, terapia física y psicomotricidad, terapias mente-cuerpo, terapia de radio, biblioterapia, talleres de empoderamiento y comunidad, talleres nutricionales y psicoeducativos, y terapia recreacional, siendo la terapia de grupo la principal dinámica de intervención que facilita la autorregulación sistémica, el sostén grupal y favorece la pertenencia de grupo a través del encuentro colectivo, mediado por un terapeuta experto en este tipo de intervenciones.

Así mismo desde la concepción holística, buscamos acercarnos a un abordaje integral que se adhiera mejor con el proceso natural de la salud de cada usuario y su familia.

- **Los modelos terapéuticos:**

- **Psicoterapia psicodinámica:** La psicoterapia de grupo de orientación psicodinámica provee un espacio de diálogo abierto y escucha activa, seguro y libre de prejuicios que favorece la expresión y la mejor comprensión de los síntomas y su respuesta afectiva frente a ellos. Así mismo permite un modelamiento de la imagen deteriorada, ganando autoestima y confianza en sí mismos al formar parte de un colectivo contenedor que facilita la pertenencia grupal. (22)



- **Psicoterapia cognitivo conductual:** La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) adaptada para la psicosis ayuda a la persona que está experimentando delirios y alucinaciones a cambiar la manera en que piensa y responde a estas experiencias. Así mismo la rehabilitación cognitiva estimula las áreas cognitivas deterioradas para que puedan restablecerse con el objetivo de que la persona puede incorporarse a sus actividades domésticas, académicas y/o laborales (23).
- **Psicoterapia multifamiliar sistémica:** La psicoterapia multifamiliar es un modelo de terapia grupal compleja, rica e integradora, que permite incluir en un mismo lugar a pacientes, familias y equipo terapéutico. Se brinda contención tanto a pacientes como a familiares. Se trabaja de tal manera que es posible atender varios pacientes y sus diversas problemáticas conjuntamente. Se fundamenta en la existencia de un vínculo perjudicial entre los usuarios y sus familias, y a través del psicoanálisis multifamiliar se trata de desarmar ese vínculo patógeno. El dispositivo grupal permite una identificación con la historia del otro, y eso hace al grupo. También se observa que disminuyen los sentimientos de soledad; compartir vivencias produce una identificación que contribuye a la socialización (24, 25).
- **Arteterapia y terapia de artes expresivas:** El arte como eje transversal del abordaje en Rehabilitación en Salud Mental. El arte tiende puentes entre lo psicológico y lo objetivo, siendo un vehículo que facilita la expresión emocional, además que se ha demostrado mediante investigaciones que mejora tanto las áreas cognitivas como la atención y la memoria, así como las creativas y artísticas en personas con TMG. Estas dinámicas se desarrollan en los diversos talleres grupales que brindamos permitiendo la cohesión social y la identidad colectiva. A su vez las técnicas de arte terapia y de artes expresivas se articulan con la psicología simbólica junguiana que permite rescatar los símbolos expresados a través del arte y facilitar su integración a la consciencia (26). Produce mejoras en el estado de ánimo, en las habilidades interpersonales, en la disminución del estrés, en la discriminación de fantasía y realidad. Mejora el sentido de competencia y autoestima. Potencia los propósitos de la rehabilitación psicosocial y ayuda a desplegar o recuperar capacidades disminuidas por los trastornos y el internamiento. En los trastornos psicóticos, promueve el desarrollo de un Yo y defensas más maduros, que mejoran la interacción con el entorno, al tiempo que contienen y proveen un espacio para albergar la ansiedad psicótica (30).
- **Terapia ocupacional: Modelo de Ocupación Humana:** El Modelo de la Ocupación Humana fue creado en 1980 por Gary Kielhofner. Este modelo parte de la idea de que las características internas de la persona y su entorno externo están íntimamente ligadas a una totalidad dinámica. Considera al ser humano como un sistema dinámico que siempre está en desarrollo y que cambia con el tiempo. El Terapeuta Ocupacional facilita la participación del cliente en ocupaciones con el objetivo de modelar sus destrezas, la rutina, los pensamientos y sentimientos que tiene sobre sí mismo (27).
- **Terapia Mente Cuerpo:** La medicina mente-cuerpo, nace del campo de la psico-neuro-inmunología o el estudio de las interacciones de procesos de conducta, neuronales, endocrino e inmunológico. Como parte de nuestro programa incorporamos intervenciones de terapia mente cuerpo tales como el Tai – Chi y el Yoga. El yoga ha mostrado reducir el estrés y promover la salud y la sensación de bienestar. Así mismo la práctica del yoga se ha utilizado como un tratamiento complementario en muchas afecciones de salud, que



incluyen mejorar el control de la presión arterial, así como en el área de la salud mental mostrando evidencia como tratamiento complementario en los trastornos de ansiedad y depresión. Algunos estudios de investigación indican que el yoga también podría ser beneficioso como tratamiento adicional para reducir los síntomas complejos de la esquizofrenia (como oír voces, ver cosas, falta de interés en las personas y las actividades, cansancio, pérdida de las emociones y retraimiento) y mejorar la calidad de vida y el funcionamiento social de los pacientes con esquizofrenia (28).

- **El abordaje centrado en la persona**

El objetivo es trabajar con las personas para ayudarlos a adquirir o recuperar las habilidades y confianza para vivir con éxito en la comunidad, enfocando nuestros esfuerzos a rescatar, revalorizar y reforzar las áreas conservadas de la persona a través de una mirada despatologizante que permita identificar las aptitudes, recursos y cualidades que traiga el usuario consigo mismo. Por otro lado, nuestras estrategias se centran en abordar y minimizar las molestias provocadas por los síntomas y el deterioro funcional que las personas con trastornos mentales graves pueden presentar, con énfasis en lograr la mayor autonomía e independencia individual posible para cada persona, proporcionando herramientas que puedan servir a una mejor adaptación social.

Nuestro modelo busca la despatologización del síntoma, evitando reducir sus molestias a etiquetas diagnósticas cargadas de estigma social. Es por ello que acompañamos al usuario y sus familias en un proceso de comprensión holística que pueda otorgar un sentido humano más amplio de su condición de salud mental, así como de poder reconocer y aceptar nuevas características de la personalidad que puedan traer consigo potencialidades creativas.

También dejamos de enfocarnos en el trabajo de la “conciencia de enfermedad” por la “conciencia de salud” de esta manera mejoramos la percepción de la condición de salud mental por parte del usuario, de la familia y de la sociedad, abriéndose paso hacia una comprensión de su condición mental libre de estigmas, favoreciendo el modelamiento de la imagen personal o “self” que ha sido forjada desde la “enfermedad mental” y la “discapacidad”.

Esto nos permite dejar de lado nuestra mirada pesimista y paternalista, buscando la mayor autonomía e independencia posibles.

- **La rehabilitación del contexto terapéutico**

Tenemos en cuenta que el espacio terapéutico es clave para el abordaje de los usuarios. El lugar debe de ser cálido y acogedor, debe de proveer de un espacio seguro para la libre expresión, estimule la creatividad, y que facilite la cohesión y convivencia en comunidad. Además debe facilitar el encuentro con la naturaleza a través de los jardines y áreas al aire libre.

- **Los enfoques del modelo terapéutico**

- **Enfoque de derechos humanos:**

Nuestro modelo de rehabilitación se basa en los derechos de los usuarios de los servicios de salud mental, en base a la ley de salud mental N°30947, que tiene por objeto establecer el marco legal para garantizar el acceso a los servicios, la promoción, prevención, tratamiento y



rehabilitación en salud mental, como condiciones para el pleno ejercicio del derecho a la salud y el bienestar de la persona, la familia y la comunidad. También promueve que tanto los usuarios como sus familias aprendan sobre sus derechos y se empoderen en la sociedad para que puedan ser respetados.

○ **Enfoque intercultural:**

Teniendo en consideración que somos un país multicultural, y que el Hospital Hermilio Valdizán al ser un hospital subespecializado en salud mental de referencia nacional, comprendemos la importancia de los determinantes socioculturales en el modelamiento y expresión de la psicopatología, así como en el uso de recursos culturales, comunitarios que provean de un abordaje intercultural coherente con las formas de comprender la salud y enfermedad de cada comunidad. Así mismo se promueve la paridad de trato entre los diferentes grupos culturales. Considera implícita la capacidad de los profesionales de la salud de poder integrar el conocimiento con las creencias y las prácticas tradicionales al momento de enfrentar los problemas de salud mental”.

▪ **Pertinencia cultural:**

Así mismo basados en el Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental N° 007-2020-SA, considera que todo establecimiento de salud mental debe de tener pertinencia cultural. Atributo de un servicio que se brinda incorporando las características culturales particulares de los grupos de población de las localidades en donde se interviene y se brinda cuidados a la salud. Para ello, adaptan todos los procesos a las características geográficas, ambientales, socio-económicas, lingüísticas y culturales (prácticas, valores y creencias) de sus usuarios, e incorporan sus cosmovisiones y concepciones de desarrollo y bienestar, así como sus expectativas de servicio.

○ **Enfoque de género:**

De igual forma se toma en consideración el enfoque de género para comprender más allá de las explicaciones biomédicas, que en muchos casos la expresión sintomática no solo debe ser atribuido al “trastorno mental”, sino a la expresión de la condición de vulnerabilidad que significa ser mujer con un TMG en nuestra sociedad. Este enfoque permite visibilizar la violencia estructural del sistema social patriarcal que experimentan las mujeres víctimas de violencia de género, pudiendo facilitar otros mecanismos sociales de soporte.

○ **Enfoque intersectorial:**

La finalidad del trabajo coordinado intersectorial es la de establecer un trabajo integrado que permita la conformación de una red de rehabilitación en salud mental, estableciendo vínculos con demás instituciones tanto públicas como privadas, que puedan otorgar un soporte más amplio a la salud mental de los usuarios y sus familias, de manera que podamos tener un mayor efecto sobre la rehabilitación y la reinserción psicosocial de los usuarios.

○ **Enfoque Comunitario:**

El enfoque comunitario pone énfasis en los vínculos interpersonales, así como se enfoca en el aprovechamiento de los recursos comunitarios que puedan servir de factores protectores para la salud mental del individuo y su familia. Así también presta atención en el medio ambiente donde se desarrolla el individuo a fin de modificarlo o restaurarlo.



- **Las estrategias de abordaje y los ejes de acción**

El programa terapéutico del hospital de día aborda distintos ejes de acción que van desde lo individual, grupal, familiar, multifamiliar, social-comunitario e intersectorial; que forman a su vez parte de las estrategias de intervención:

- **Individual**

La primera es el abordaje centrado en la persona y el desarrollo de herramientas y habilidades para hacer frente a los factores estresores cotidianos que permitan interactuar exitosamente en la comunidad. Así como en el refuerzo de potencialidades y el mejoramiento de la imagen personal a través de una mejor.

- **Grupal**

La segunda es el trabajo a través de la experiencia de “grupo”, que se realiza estableciendo una red social de apoyo para generar una identidad colectiva que le permite una mayor cohesión de la personalidad y otorga un sentido de pertenencia grupal sanador, promoviendo la participación y el empoderamiento social a través de dinámicas y talleres grupales que se desarrollan en un contexto libre de prejuicios, facilitando la expresión afectiva. Bajo este contexto se desarrolla un microsistema comunitario soporte dado por la comunidad de usuarios del programa de rehabilitación que facilita la reestructuración del tejido de sostén social y permite un entrenamiento en recuperar y/o mejorar las habilidades sociales e interpersonales.

- **Familiar**

La tercera es el trabajo con el sistema familiar y sus integrantes, para un ajuste en su dinámica. El trabajo con el sistema familiar permite ir sanando los vínculos, estableciendo nuevos roles, desarrollando y fortaleciendo los canales de comunicación entre los integrantes de la familia y reforzando el sostén familiar que facilite su autonomía. Además se trabaja con las expectativas familiares, la frustración, el desconocimiento, y la falta de aceptación, que se relacionan con el estigma en salud mental.

- **Medio ambiental**

La cuarta estrategia es medio ambiental y direccionar esfuerzos para la identificación, desarrollo y fortalecimiento de recursos disponibles en la comunidad que puedan servir de “fuentes” disponibles de salud mental. Utilizando los recursos naturales, culturales como medioambientales para beneficio del usuario y su familia (factores protectores). Facilitando y promoviendo el trabajo de la red de rehabilitación en salud mental a través de una coordinación interinstitucional e intersectorial, así como el involucramiento y la sensibilización de la sociedad civil, tomando responsabilidad en temas de salud mental.

- **Socio – cultural**

La cultura proporciona un sistema de significados que toma forma en procesos cognitivos y de interacciones personales. Comprendemos la importancia de los aspectos culturales como factor determinante de la salud mental, que modela la expresión sintomática, el significado e interpretación de los síntomas, el idioma utilizado para reportarlos, las prácticas de abordaje terapéutico, la respuesta social frente a la angustia y la discapacidad. También contribuye a regular la expresión afectiva que influye en la experiencia individual y colectiva frente a la enfermedad. (31)



De igual manera se identifican los determinantes sociales de la salud mental que hacen referencia a todos los factores sociales que inciden y repercuten en ella, incluida la estructura social, prácticas e instituciones, identidad personal y procesos interpersonales, siendo los más determinantes la pobreza, la desigualdad y la exclusión social.(32)

○ **Intersectorial**

La sexta es el trabajo intersectorial con diversas instituciones públicas y privadas, que se sumen a los esfuerzos por sensibilizar a la población sobre el estigma en salud mental, además de generar programas de promoción y prevención secundaria, que faciliten la participación de los usuarios en su comunidad a través del respeto y el ejercicio pleno de sus derechos. Además se coordinan esfuerzos junto a la sociedad civil, los medios de comunicación y las administraciones públicas y/o privadas, entendiendo que la salud mental es tarea de todos.

2.- CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

1. Perfil de los usuarios beneficiarios:

Personas con problemas de salud mental que requieren una intervención especializada, continua e intensiva en el tiempo y/o el uso simultáneo o sucesivo de varios dispositivos de la red de salud mental debido a la severidad de su condición de salud mental que no puedan ser brindados en el primer nivel de atención en salud mental.

2. Criterios de inclusión: Para la selección de los usuarios

- **Generales:**
- Edad: 16 años a 50 años (Prioridad a usuarios jóvenes y de inicio temprano)
- Trastorno mental grave:
 - Trastornos psicóticos no orgánicos (F20 – F29):
 - Esquizofrenia (F20.0 – F20.9)
 - Trastorno esquizotípico (F21)
 - Trastorno delirante persistente (F22)
 - Trastorno psicótico agudo y transitorios. (F23.0 – F23.9)
 - Trastornos esquizoafectivos (F25.0 – F25.9)
 - Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28)
 - Psicosis no orgánica sin especificar (F29)
 - Trastornos afectivos (F31)
 - Trastorno bipolar moderado – grave (F31)
 - Trastorno depresivo mayor moderado – grave (F32)
 - Trastorno depresivo mayor recurrente moderado – grave (F33)
 - Distimia (F34)



“REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA INTEGRAL PARA PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES”

- Trastorno Obsesivo - Compulsivo (F42)
- Retraso mental leve y moderado (F70 – F71)
- Trastorno de la personalidad moderado – grave
 - Trastorno límite de la personalidad (F60.3)*

* Para las personas con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad que demanden una atención de mayor especialización, deben de participar de un programa de terapias individuales y/o grupales por el Departamento de Modificación de la Conducta (DAMOC).

- Otros trastornos mentales que provoquen un impacto severo en la funcionalidad global del usuario, necesitando un proceso de rehabilitación psicosocial.

○ **Clínicos:**

○ **Gravedad clínica:**

- Sintomatología que provoca un grado de deterioro funcional severo en una o varias dimensiones, requiriendo de una continuidad en el cuidado y un seguimiento cercano.
- Estabilidad clínica, no cumple con criterios de gravedad que requiera el uso de emergencia y/o de internamiento psiquiátrico.
- Pobre adherencia al tratamiento, con una dificultad para la comprensión y aceptación de su estado mental que pone en riesgo de presentar una recaída.

○ **Temporalidad:**

- Que los síntomas se presenten de forma persistente o episódica recurrente.

○ **Socio-familiar:**

- Disfunción social que dificulta la integración a la comunidad.
- Dificultades para el desenvolvimiento de un rol social.
- Grado de dependencia que requiera la atención de otras personas o de un servicio concreto.
- Disfunción familiar.
- Sobrecarga familiar manifiesto o persistente.



○ **Utilización de servicios médicos:**

- Utilización previa de uno o más servicios de salud mental, de forma prolongada o reiterada.
- Alta de un servicio de hospitalización psiquiátrica.
- Múltiples atenciones en el servicio de emergencias en lo que va del año.

3. Criterios de exclusión

- Sintomatología aguda o subaguda que requiera de una fase de estabilización previa. (Hospitalización parcial / Hospitalización total)
- Conductas gravemente disruptivas o auto-heteroagresivas.
- Riesgo suicida que requiera ingreso hospitalario.
- Personalidad psicopática o con rasgos psicopáticos de la personalidad que pueda poner en riesgo la convivencia dentro del programa.
- Síntomas de abstinencia o intoxicación aguda de alcohol y/o sustancias psicoactivas.
- Retardo mental severo o profundo que requiera de ayuda y supervisión permanente.
- Trastornos duales a predominio del trastorno adictivo.
- Trastornos mentales de origen orgánico.
- Que el usuario no acepte el ingreso al programa.

4. Flujo de derivación:

Los usuarios podrán ser derivados desde los siguientes dispositivos y servicios de salud mental:

- **Departamento de salud mental del adulto y Geronte del Hospital Hermilio Valdizán (Anexo 1):**
 1. **Servicio de consulta externa:** La derivación desde el servicio de consulta externa es dada por el médico tratante, a través del llenado de una ficha de derivación, siempre y cuando cumplan con los criterios de inclusión. De igual forma el usuario puede solicitar su derivación a su médico tratante.
 2. **Servicio de Emergencia psiquiátrica:** La derivación desde el servicio de emergencia psiquiátrica del HHV es realizada por indicación del médico de guardia, a través del llenado de la ficha de derivación, De no ser paciente conocido por la institución, deberá de contar con una referencia del primer nivel de atención que corresponda a su jurisdicción.
 3. **Servicio de Hospitalización psiquiátrica:** Se tomará conocimiento previo, a través de una interconsulta de los usuarios candidatos al programa antes de que sean dados de alta del servicio de hospitalización total, de manera que pueda darse una continuidad del tratamiento hacia un proceso de rehabilitación de forma ambulatoria.
- **Centros de Salud Mental Comunitarios (Anexo 2):** Los usuarios con TMG que requieran de una atención continua y sub-especializada en un dispositivo ambulatorio



“REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA INTEGRAL PARA PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES”

tipo hospital de día debido a la complejidad de su condición de salud mental, y que son captados en la comunidad por el primer nivel de atención (CSMC), pueden ser derivados a través del sistema de referencia y contrarreferencia, especificando el lugar destino: Departamento de Rehabilitación en Salud Mental. Así mismo y como parte del trabajo articulado en redes integradas de salud, antes de su derivación se procederá a realizar una presentación clínica de los posibles usuarios candidatos por parte del personal asistencial encargado del CSMC.

- **Otras instituciones de salud:** Como hospital especializado en salud mental y psiquiatría, que aborda casos de alta complejidad, está dentro de sus funciones recibir usuarios de otros establecimientos de salud a nivel nacional, para un abordaje subespecialista en rehabilitación psiquiátrica. Dichos usuarios podrán ser derivados a través del sistema de referencia y contrarreferencia de cada institución.

5. Proceso de admisión de nuevos usuarios (Anexo 3):

El proceso de admisión del usuario al programa consta de las siguientes etapas:

1. **Selección de los usuarios candidatos al programa:** Una vez el usuario es derivado al programa se verifica junto a la historia clínica si el usuario cumple con los criterios de admisión.
2. **Entrevista inicial con Asistencia social:** luego de ser preseleccionado, se realiza una entrevista con el usuario y su familiar a cargo de la asistente social del equipo, para evaluar las expectativas y motivación, así como la factibilidad de que el ingreso al programa le sea de mayor beneficio, de acuerdo a su perfil socioeconómico, distancia, soporte familiar, etc.
3. **Etapas de adaptación:** El usuario asiste al programa por 1 – 2 semana a modo de prueba, para identificar su adherencia al programa, observando su constancia y motivación tanto del usuario como de su familia, para ello se le asigna un terapeuta del equipo que pueda velar por su adherencia y motivación al programa, así como resolver las dudas que aparezcan.
4. **Etapas de selección final:** Aquellos usuarios que lograron adaptarse y continúan motivados pasan a ser evaluados por el equipo terapéutico completo (psiquiatría, psicología, asistencia social, terapia ocupacional y enfermería), para el diseño estratégico del plan de trabajo individualizado.

6. Evaluaciones psicométricas:

Las evaluaciones que se realizan al inicio del programa tratan de evaluar las múltiples dimensiones del usuario y su familia, y servirán de indicadores de evolución y pronóstico. Las mismas evaluaciones serán tomadas cada 6 meses hasta su alta del programa.

- Teste de Calidad de Vida de Mezzich (Mide el grado de calidad de vida)
- Test de WHODAS (Mide el grado de funcionalidad)
- Test de Zarit (Mide la sobrecarga del cuidador)
- Test de BPRS (Mide la sintomatología en esquizofrenia)
- Test de APGAR FAMILIAR (Mide la funcionalidad familiar)



- Test de Morinski (Mide la adherencia al tratamiento)
- Test de Baron (Mide el grado de habilidades sociales)
- Teste de Weschler (Mide el Deterioro cognitivo)

Frecuencia: Las evaluaciones psicométricas se realizan al ingreso del programa y se repiten cada seis meses hasta el alta del usuario. Así mismo se pueden emplear otras pruebas psicológicas de forma individualizada y en relación a lo que se pretende medir en cada paciente.

7. Diseño del plan de trabajo y objetivos terapéuticos

El diseño del plan de trabajo es individualizado y co-participativo. El programa otorga al usuario la oportunidad de empoderarse frente a su propio proceso, al tomar decisiones y acuerdos en conjunto con el equipo terapéutico, para establecer los objetivos que se ajusten a las necesidades personales, familiares y socioculturales.

Así mismo los objetivos terapéuticos pueden ir cambiando en función a las necesidades y eventualidades que se presenten durante su proceso de rehabilitación y reinserción sociolaboral.

Así mismo en cada reunión de equipo (una vez por semana) se exponen los nuevos casos y cada integrante del equipo terapéutico da a conocer su perspectiva y recomendación para el diseño del abordaje terapéutico desde una perspectiva interdisciplinaria.

8. Pautas para la intervención:

1. Identificar y reforzar las herramientas y recursos que traiga el usuario.
2. Identificar las necesidades y las áreas con mayor disfuncionalidad que presenta el usuario y su familia.
 1. Identificar los objetivos personales, según las necesidades del usuario, expectativas y prioridades que proponga el usuario.
 2. Identificar el medio ambiente familiar y social en el que se desarrolla el individuo.
 3. Identificar la dinámica familiar y las expectativas familiares, así como el estigma familiar.
 4. Identificar los recursos comunitarios disponibles en la comunidad de cada usuario.

9. Objetivos terapéuticos por dimensiones:

Individual:

- Facilitar herramientas terapéuticas para sobrellevar mejor sus síntomas.
- Aprender a reconocer los síntomas de gravedad con el fin de evitar recaídas.
- Aceptar la condición de salud mental a través de un sentido de vida y promover la responsabilidad en el cuidado de su salud mental.
- Mejorar la participación ocupacional del individuo.



“REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA INTEGRAL PARA PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES”

- Facilitar el encuentro de Intereses y promover la motivación vocacional acorde a sus capacidades y oportunidades.
- Mejorar la adherencia al tratamiento y la consciencia de salud.

Familiar:

- Mejorar los vínculos familiares y disminuir la sobrecarga del cuidador.
- Mejorar y aprender estrategias de comunicación asertiva con sus familiares.
- Mejorar la adaptación a la dinámica familiar.
- Mejorar la comprensión y el soporte familiar por parte de la familia.
- Mejorar las pautas de convivencia.
- Aprender herramientas de autocuidado para los cuidadores, evitando la sobrecarga.

Social - Comunitario

- Promover la participación comunitaria, así como el uso independiente de los recursos comunitarios que identifica en su comunidad (OMAPED, CETPROS, Centros recreacionales, turísticos, participación actividad comunitaria a través de inclusión en asociaciones, etc.)
- Facilitar el desenvolvimiento social y la pertenencia al grupo.
- Mejora sus habilidades interpersonales para desenvolverse mejor entre sus pares.
- Recuperar y reforzar las habilidades sociales (test de Baron “habilidades sociales”)

10. Criterios de alta médica

- El usuario ha adquirido habilidades y herramientas en relación a sus capacidades y potencialidades que le permite vivir de la manera más autónoma e independiente posible en su comunidad.
- Ha mejorado la imagen de sí mismo, aceptando y comprendiendo mejor la condición de salud mental que presenta.
- Ha desarrollado habilidades sociales que le facilita desenvolverse mejor en la sociedad.
- Ha mejorado la comunicación con su familia comprendiendo y adaptándose mejor a la dinámica familiar.
- La familia ha mejorado la comprensión sobre la condición de salud mental del usuario, así como entiende y se hace responsable de la dinámica disfuncional.
- Ha logrado mejorar los indicadores psicométricos, demostrando de forma objetiva la evolución favorable en cada una de las dimensiones trabajadas.

Se ha podido reinsertar según corresponda a distintos niveles (hogar, familiar, académico, laboral), de acuerdo al grado de severidad y de funcionalidad que se haya podido recuperar.

1. **En el hogar:** más independencia en el desempeño en actividades del hogar
2. **En la Familia:** mejores pautas de comunicación y comprensión familiar.



3. **Académica:** Se reintegra o inicia estudios académicos.
4. **Laboral:** inicia o continúa un trabajo y/o emprendimiento.
5. **Comunitaria:** Mayor participación en la comunidad y uso de los recursos comunitarios.

11. Criterios de alta administrativa

- Usuario deja de acudir al programa por más de dos semanas sin que sus faltas no sean justificadas y a pesar de los intentos de comunicarnos, no se dan muestras de señal de querer continuar.
- Usuario y/o familiar deciden retirarse voluntariamente del programa, antes del alta médica.
- Usuario y/o familiares incumplen con los compromisos y reglas de convivencia pactados al ingreso del programa.

12. Duración y Fases del programa

La duración del programa es de aproximadamente 2 años, comprendiendo que el proceso de cada usuario es independiente y variable en el tiempo para cumplir con los objetivos terapéuticos del programa. Así mismo se incluye una fase de seguimiento de 6 meses a 1 año.

- **Primera fase: Estabilización Funcional (1 año)**

- **Objetivos:** Se trata recuperar y/o reforzar habilidades, competencia y destrezas, así como de facilitar al usuario recursos y/o herramientas que le permitan adaptarse mejor a su condición de salud mental, a su contexto familiar y sociocultural, con el fin de ir disminuyendo el grado de malestar. También trata de facilitar el empoderamiento del usuario y la pertenencia al grupo; y de trabajar las habilidades sociales y el estigma en salud mental. A través de estrategias multidisciplinarias (psiquiatría, psicología, terapia ocupacional, trabajo social, enfermería, nutrición) que aporten en el diseño personalizado de las estrategias de intervención, una perspectiva integral, atendiendo a las múltiples dimensiones del individuo, su familia y comunidad.

- **Segunda fase: Reinserción socio-laboral (1 año)**

- **Objetivos:** Se basa en intervenciones que buscan promover la mayor autonomía e independencia posible (familiar, social, económica), fomentar una mayor participación en la comunidad, con la finalidad generar un vínculo social que le permita establecer un rol en la sociedad. Además se realizan estrategias dedicadas a la evaluación y planificación (Orientación vocacional, Ajuste laboral, asertividad laboral, Técnicas de búsqueda de empleo, etc.).

- **Tercera fase: Etapa de seguimiento (6 meses a 1 año):** Luego de cumplir con los objetivos terapéuticos, se realizará la discontinuación del programa de forma progresiva. Y se realizará el seguimiento continuo que consta de telemonitoreo, participación en talleres virtuales que refuercen la psicoeducación, participación en talleres presenciales de apoyo mutuo así como la participación en actividades comunitarias.

- Desde la fecha del alta hasta los 3 meses: seguimiento cada 15 días.

De 3 a 6 meses: seguimiento mensual.



“REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA INTEGRAL PARA PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES”

- De 6 meses al año: seguimiento cada tres meses.

13. Conformación del equipo terapéutico multidisciplinario: El programa está conformado con el siguiente equipo terapéutico.

- Médico especialista en Psiquiatría (3)
- Psicólogo(a) (2)
- Enfermero (a) (1)
- Trabajador(a) Social (1)
- Terapeuta Ocupacional (1)
- Terapeuta en Terapia Física y Rehabilitación (1)
- Tecnólogo(a) médico en rehabilitación (2)

14. Funciones del equipo terapéutico multidisciplinario:

1. Médico especialista en Psiquiatría: Evaluación médica-psiquiátrica, exploración de síntomas de riesgo, reevaluación diagnóstica, psicoterapia individual y grupal. Así mismo se realizará la atención por consulta externa de psiquiatría asignando a un médico psiquiatra del DRESAM para un seguimiento estrecho, en los siguientes casos que aumentan el riesgo de recaída:

- Si existe necesidad de regular y/o modificar la psicofarmacología en función a la evolución de la sintomatología durante su proceso de rehabilitación.
- Si aparecen efectos adversos indeseados a los psicofármacos que afectan el bienestar y la funcionalidad de la persona, dificultando su proceso de rehabilitación.
- Intervención psiquiátrica para la adherencia a la medicación, en caso de rechazo al tratamiento psicofarmacológico.
- Interrecurrencia psiquiátrica por falta de medicamentos.

*Los usuarios que presentan un riesgo elevado de recaída por los factores mencionados serán asignados a un médico psiquiatra del DRESAM para un seguimiento estrecho y continuo durante su estadía en el “Hospital de Día”, quedando registrado en la historia clínica. Una vez sea dado de alta el usuario retornará con su médico tratante de consulta externa del HHV o del CSMC a través de un informe de alta o contrarreferencia según corresponda.

- 2. Licenciado(a) en Psicología:** Evaluación psicológica, informe psicológico, sesiones de psicoterapia, consejería psicológica y entrenamiento en habilidades sociales, psicoeducación, manejo emocional y de la ansiedad a través de técnicas y herramientas psicoterapéuticas.
- 3. Licenciado(a) en Trabajo social:** Selección e identificación de grupos vulnerables, evaluación socioeconómica, consejería y orientación social, apoyo emocional y social, zonificación de la vivienda teniendo como referencia la distancia al HHV, soporte y apoyo a la asociación de familiares y usuarios del programa; realización de visitas domiciliarias.
- 4. Licenciado(a) en Terapia ocupacional:** Favorecer el equilibrio ocupacional, facilitando su participación en las distintas áreas de desempeño ocupacional. Orientación en la organización de los hábitos de rutina diaria. Organización en las áreas de desempeño ocupacional: actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, tiempo libre y participación social – familiar. Toma de test ocupacionales.



5. **Licenciado(a) en Enfermería:** Identificación de factores de riesgo metabólico y cardiovascular, talleres de psicoeducación, taller de hábitos de vida saludable, adherencia al tratamiento, prevención de recaídas.
6. **Licenciado(a) en Terapia Física:** Se encarga de realizar tratamientos individuales y grupales que restablezcan la función motora, la conciencia corporal y la psicomotricidad. Además que mejora la participación social y el estado de ánimo a través de las actividades deportivas.
7. **Tecnólogo médico en rehabilitación:** Se encarga de orientar y acompañar a los usuarios en sus distintas actividades terapéuticas, de laborterapia, deportivas y socio recreativas.

*El registro de las actividades de los miembros del equipo interdisciplinario se realiza en la historia clínica, y en los formatos que cada profesional presenta.

15. Actividades terapéuticas:

El programa integra bajo su modelo, múltiples terapias desde distintos enfoque para lograr un abordaje multidimensional desde lo interdisciplinario. Así mismo los tipos de intervenciones se adaptan al contexto actual y las necesidades e intereses de los usuarios y sus familias, procurando un diseño de abordaje individualizado. Dentro de las actividades que se realizan se pueden destacar las siguientes:

- Psicoterapia de grupo de orientación psicodinámica
- Arteterapia y Terapia de Artes Expresivas
- Taller de relaciones sociales
- Taller de empoderamiento y comunidad
- Taller de biblioterapia
- Taller de Jardinería y horticultura terapéutica
- Taller de psicoeducación
- Taller de Rehabilitación neurocognitiva
- Taller de Yoga y Tai-chi
- Taller de mindfulness y compasión
- Taller de deporte adaptado
- Taller de conciencia corporal y psicomotricidad
- Taller de danzaterapia
- Psicoterapias individuales
- Psicoterapias unifamiliares y multifamiliares
- Taller de actividades de la vida diaria
- Taller de organización y tiempo libre
- Taller de emprendimiento
- Laborterapia

Gimnasio



“REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA INTEGRAL PARA PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES”

- Actividades socio-recreativos
- Talleres de participación comunitaria
- Taller de capacitación pre-laboral

16.- Cartera de servicios:

CARTERA DE SERVICIOS DEL DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN EN SALUD MENTAL		
CÓDIGO CIE	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
97001	Evaluación de terapia física	Medicina Física y Rehabilitación
97004	Evaluación de terapia ocupacional	Medicina Física y Rehabilitación
97009	Terapia del lenguaje	Medicina Física y Rehabilitación
97532	Desarrollo de habilidades cognitivas	Medicina Física y Rehabilitación
97533	Técnicas de interacción sensorial	Medicina Física y Rehabilitación
97353	Entrenamiento para auto-cuidado y manejo en el hogar	Medicina Física y Rehabilitación
97535.01	Terapia ocupacional grupal	Medicina Física y Rehabilitación
97537	Entrenamiento para la integración a la comunidad y al trabajo	Medicina Física y Rehabilitación
97837.01	Rehabilitación profesional: entrenamiento para la inserción laboral	Medicina Física y Rehabilitación
97537	Entrenamiento para la inserción/reinserción social	Medicina Física y Rehabilitación
97770	Terapia de aprendizaje	Medicina Física y Rehabilitación
97009	Terapia de Lenguaje	
97112	Procedimiento terapéutico; reeducación muscular del movimiento, equilibrio, coordinación, sentido kinestésico, postura y propiocepción.	Medicina Física y Rehabilitación
97116	Procedimiento terapéutico, entrenamiento a la marcha.	Medicina Física y Rehabilitación
97110	Procedimiento terapéutico, ejercicios para desarrollar fuerza muscular, resistencia, gama de movimientos y flexibilidad.	Medicina Física y Rehabilitación
97788	Terapia de psicomotricidad en niño	Medicina Física y Rehabilitación
	Terapia mente – cuerpo	Medicina Física y Rehabilitación



“REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA INTEGRAL PARA PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES”

90791	Evaluación diagnóstica de psiquiatría	Subsección Psiquiatría
90801	Entrevista psiquiátrica de diagnostico	Subsección Psiquiatría
90804	Psicoterapia individual, en consultorio u hospitalización orientada a modificar y/o dar soporte al comportamiento.	Subsección Psiquiatría
90805	Atención psiquiátrica con sesión de psicoterapia	Subsección Psiquiatría
90806	Psicoterapia individual, de soporte, psicodinámica o psicoeducativa o de afronte cognitivo conductual realizado por PSICOLOGO.	Subsección Psiquiatría
90806.02	Estudio psicológico para Rehabilitación Profesional	Subsección Psiquiatría
90806.04	Evaluación psicológica (Test-psicometría)	Subsección Psiquiatría
90806.05	Evolución psicológica	Subsección Psiquiatría
90806.07	Visita domiciliaria, escolar, laboral.	Subsección Psiquiatría
90834	Psicoterapia 45 min con el paciente y/o familiar.	Subsección Psiquiatría
90839	Psicoterapia por crisis	Subsección Psiquiatría
90846	Sesión de psicoterapia de familia por MEDICO. (sin el paciente)	Subsección Psiquiatría
90847	Sesión de psicoterapia de familia por Medico (con el paciente)	Subsección Psiquiatría
90849	Psicoterapia Multifamiliar	Subsección Psiquiatría
90857	Psicoterapia de grupo (por Medico)	Subsección Psiquiatría
90860	Psicoterapia cognitivo- conductual	Subsección Psiquiatría
90861	Terapia de relajación	Subsección Psiquiatría
90866	Terapia de juego	Subsección Psiquiatría
90872	Taller de habilidades sociales	Subsección Psiquiatría
90873	Taller de automedicación	Subsección Psiquiatría
90882	Intervención sobre el ambiente	Subsección Psiquiatría
90862	Manejo Farmacológico con mínima psicoterapia.	Subsección Psiquiatría
99207.09	Continuidad de cuidados a personas con Trastornos Mentales Graves	Subsección evaluación y manejo
99210	Atención de Servicio social	Subsección evaluación y manejo
99210.01	Evaluación socioeconómica	Subsección evaluación y manejo
99210.02	Evaluación socio-familiar	Subsección evaluación y manejo
99214.03	Evaluación médica de la incapacidad	Subsección evaluación y manejo
99456	Servicios de evaluación para certificación médica de incapacidad médica o laboral por otro médico.	Subsección evaluación y manejo
99215.02	Consulta ambulatoria especializada para la evaluación y manejo de un	Subsección evaluación y manejo



“REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA INTEGRAL PARA PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES”

	paciente continuador de rehabilitación.	
99254	Interconsulta especializada en hospitalización	Subsección evaluación y manejo
99403.02	Consejería nutricional: alimentación saludable	Subsección evaluación y manejo
99499.11	Telemonitoreo	Subsección evaluación y manejo
C0011	Visita familiar integral	
C0012	Sesión de Grupo de Ayuda mutua	
C2111	Talleres psicoeducativos grupales	
C3011	Taller de participación comunitaria y empoderamiento social	
C3071	Movilización social (caminatas, pasacalles)	
C3101	Sesión educativa de estilos de vida saludables y ambientes saludables	
C3111	Sesión demostrativa de estilos de vida saludables y ambientes saludables	

16.- Recursos Materiales:

- a) Equipo de computo
 - Computadoras con audio y cámara
 - Laptop
 - Impresora multifuncional

- b) Mobiliario y enseres
 - Sillas
 - Mesas
 - Armarios
 - Muebles de escritorio
 - Anaqueles

- c) Equipo electrónicos y electrodomésticos
 - Equipo de sonido con entrada usb
 - Televisor led de 60 pulgadas
 - Proyector multimedia
 - Ventilador
 - Máquina de coser semi industrial
 - Maquina remalladora semi industrial.
 - Cocina
 - Horno microondas
 - Refrigeradora
 - Hervidor eléctrico
 - Cafetera

- d) Papelería y material de oficina
 - Hojas bond
 - Hojas bulqui



- Papelografos
 - Hojas de colores
 - Plumones gruesos y delgados
 - Lápiz de colores gruesos y delgados
 - Lápiz carbón
 - Lapiceros
 - Borraodr
 - Tajador
 - Cinta adhesivas transparente
 - Cinta maskintape
 - Cartulinas blancas y de diferentes colores
 - Cartulinas dúplex
 - Folder de plástico
 - Archivadores tamaño A4
 - Cuadernos A5 y A4
 - Corrector líquidos
 - Grapas
 - Goma sintética
 - Chinchas
 - Temperas
- e) Material de textilera
- Telas de diversa calidad
 - Hilos de diversos colores
 - Alfileres
 - Tiza de costura
 - Centímetros
 - Tijeras
 - Grecas
 - Blondas
 - Accesorios para elaboración de peluches

17. Otros Recursos

- Tazas, platos, ollas, cubiertos, vasos, tetera, pinturas acrílicas, pinceles, hilo de pescar, pedrería para bisutería, trepan macetas pequeñas.

18. Recursos Humanos

- Médico especialista en Psiquiatría con formación psicoterapéutica (3)
- Psicólogo(a) (2)
- Enfermero (a) (1)
- Trabajador(a) Social (1)
- Terapeuta Ocupacional (2)
- Terapeuta en Terapia Física y Rehabilitación (1)
- Tecnólogo(a) médico en rehabilitación (3)



19. Infraestructura

Se debe contar con ambientes amplios, libre de sonidos fuertes, con adecuada iluminación y ventilación que favorezca el desarrollo de las dinámicas grupales. Asimismo deben existir ambientes diferenciados para la realización de evaluaciones y terapias individuales.

Se sugiere los contar con las siguientes áreas:

- Sala de actividades audiovisuales
- Salón de biblioterapia
- Sala de laborterapia
- Sala de psicomotricidad
- Gimnasio
- Sala de entrenamiento en Actividades de la Vida Diaria
- Jardín y/o biohuerto
- Consultorio de terapia individual
- Consultorio de psicología
- Consultorio de Psiquiatría
- Consultorio de Medicina interna
- Tópico de enfermería
- Ambiente de terapia ocupacional
- Ambiente de servicio social

20. Visitas e intervenciones domiciliarias

Las visitas e intervenciones domiciliarias desde un enfoque comunitario buscan complementar el abordaje en el hogar y la comunidad, de manera que podamos ajustar las dinámicas familiares disfuncionales así como incidir en los aspectos de la realidad del usuario que lo limitan en su participación comunitaria. Las visitas son acordadas por el equipo terapéutico para determinados casos de mayor complejidad donde sea necesario trabajar con el contexto y medio ambiente en donde se desarrolla el usuario y su familia. Para ello se coordinará con servicio social, enfermería, terapia ocupacional, psicología y psiquiatría para que se elabore un plan de intervención en el hogar y desde la comunidad. Así mismo se formará un equipo interdisciplinario según sea necesario para realizar las intervenciones domiciliarias.

21. Uso de herramientas digitales:

En la actualidad las herramientas digitales para los servicios de salud mental y psiquiatría se han convertido en un importante recurso que utilizamos de manera estratégica para estrechar la brecha de la intención en salud mental y realizar un mejor seguimiento a los usuarios que forman parte del programa. Para el uso de estas herramientas se tomará en cuenta los siguientes criterios:

- Que el usuario disponga de un equipo tecnológico y acceso a internet.
- Usuarios que se les dificulta acudir al programa de forma presencial debido a la lejanía con respecto a su hogar, dificultad en su movilización, problemas económicos, pobre soporte familiar y/o social.
- Usuarios que debido a las características de su personalidad que les dificulta la socialización, prefieran el modelo virtual mientras se van adaptando al programa presencial.
- Usuarios que se encuentren en la etapa de seguimiento.



22. Horarios de Atención:

- Turno mañana: De lunes a sábado de 08:30 a 13:00 horas.
- Turno tarde: Martes, Miércoles y Jueves de 14:00 a 18:00 horas (Cambios según necesidad del servicio)

23. Indicadores de la actividad asistencial:

Los indicadores se registran de forma mensual y se dividen en dos grupos por criterios de calidad.

1. Indicadores de proceso:

- **Demora para la inclusión de un nuevo usuario:** Número de días desde que el usuario acude a solicitar el ingreso al programa e inicia sus actividades.
- **Estancia media en tratamiento:** Número de meses promedio de permanencia del usuario durante el programa.
- **Porcentaje de abandonos:** Porcentaje del número de usuarios que han abandonado el programa.
- **Motivo de alta:** Se indica cuánto porcentaje del total de usuarios atendidos es dado de alta por Mejoría (alta médica), o por abandono (falta de adherencia al programa).

2. Indicadores de resultados:

- **Reclamos:** Número de reclamos atendidos.
- **Uso de los servicios de emergencia psiquiátrica:** Cantidad de veces que el usuario requirió ser atendido en el servicio de emergencia por una condición psiquiátrica.
- **Hospitalización psiquiátrica:** Número de veces que el usuario ha sido hospitalizado.
- **Número de días de hospitalización psiquiátrica:** Número de días que requiere el usuario para su estabilización clínica durante una hospitalización psiquiátrica.
- **Número de usuarios reinsertados:** Número que han cumplido sus objetivos terapéuticos permitiendo una reinversión psicosocial y sociolaboral exitosa.

24. Operacionalización de variables:

Variable	Definición	Dimensión	Indicador
Proceso de atención	Conjunto de interacciones entre el usuario y los profesionales de la salud, las cuales tienen como objetivo ofrecerle una buena experiencia durante la atención.	Inclusión de un nuevo usuario	Número de días entre la solicitud de ingreso al programa y el inicio de actividades del usuario
		Estancia media en el tratamiento	Número de meses promedio de permanencia del usuario
		Abandono	Porcentaje de usuarios que se retiran del programa antes del alta médica
		Motivo de alta	Porcentaje de usuarios con alta médica y alta administrativa
Resultado	Efecto, consecuencia o conclusión de una acción o proceso.	Reclamos	Número de reclamos atendidos
		Emergencia psiquiátrica	Número de usuarios del programa atendidos en la emergencia durante un año
		Hospitalización psiquiátrica	Número de usuarios del programa hospitalizados durante un año.
			Número de días de hospitalización de cada usuario



“REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA INTEGRAL PARA PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES”

		Reinserción	Número de usuarios que han cumplido sus objetivos terapéuticos y han sido reinsertados por año
--	--	-------------	--

VII. RESPONSABILIDADES

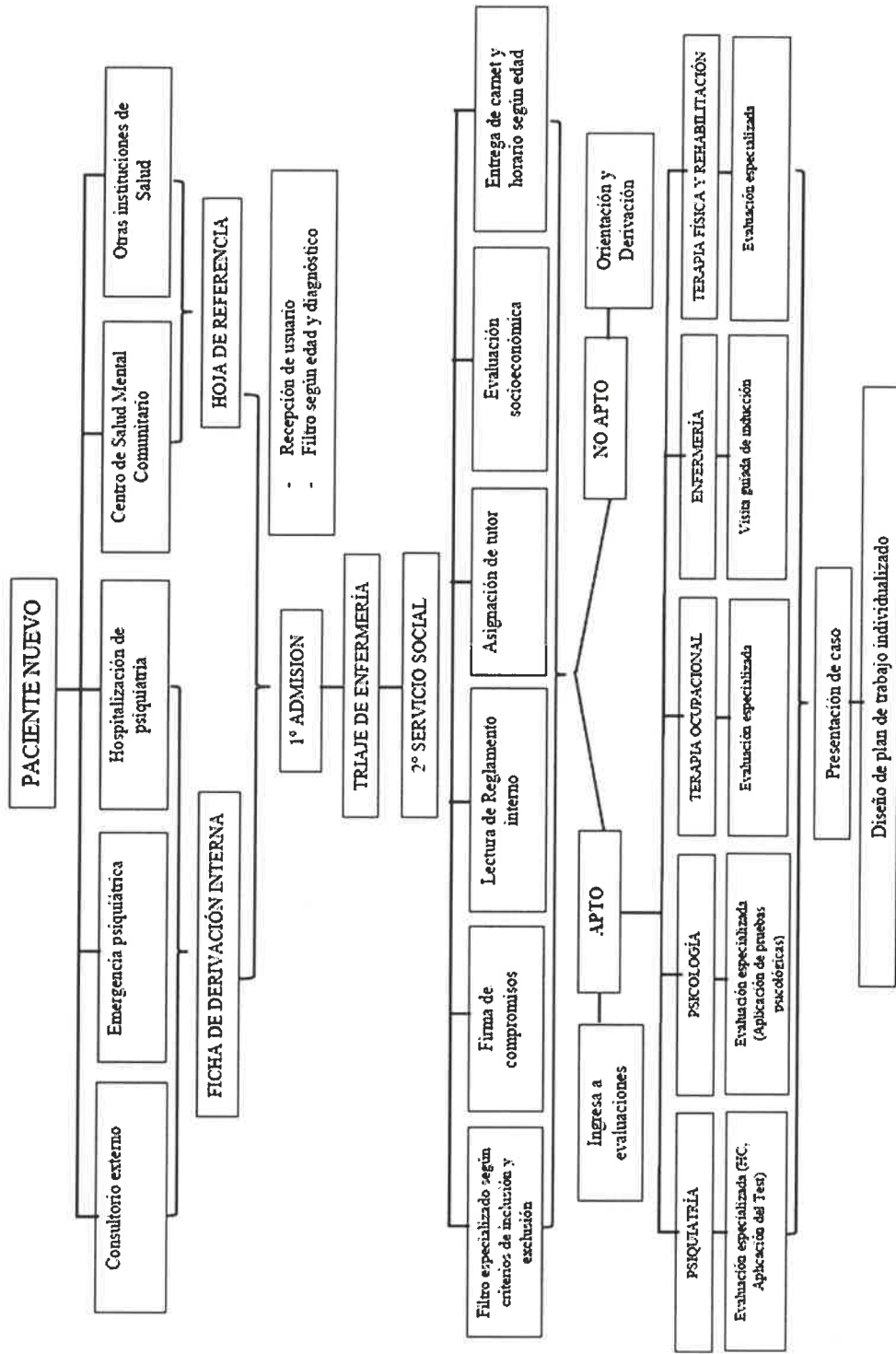
El cumplimiento del presente Documento Técnico es responsabilidad de la Dirección General del Hospital Hermilio Valdizán así como de las jefaturas de Departamentos y Servicios asistenciales. El Departamento de Rehabilitación en Salud Mental es quien responde por su aplicación, difusión y asistencia técnica para la implementación en la Dirección de Redes Integradas de Lima Este.

VIII. ANEXOS

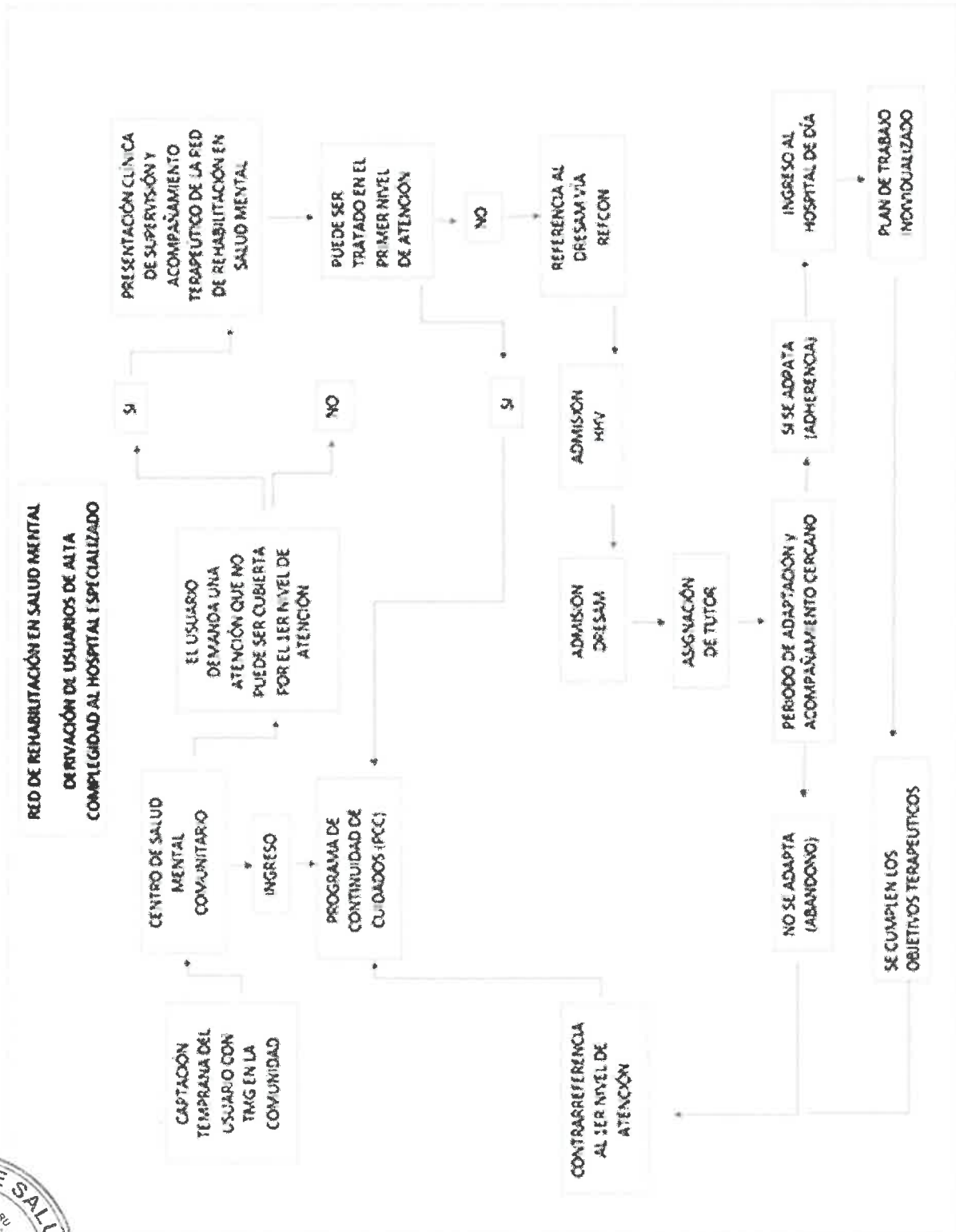
1. Flujograma de admisión y evaluación para el ingreso al programa del DRESAM
2. Flujograma de derivación del primer nivel al hospital especializado.
3. Ficha de Derivación al Hospital de Día del DRESAM



FLUJOGRAMA DE EVALUACIÓN DE INGRESO AL PROGRAMA DEL DRES:AM



● ANEXO 2: Flujograma de derivación del primer nivel al hospital especializado.



● ANEXO 3: Ficha de Derivación al Hospital de Día del DRESAM



DRESAM
DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN EN SALUD MENTAL

FICHA DE DERIVACIÓN AL HOSPITAL DE DÍA DEL DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL - DRESAM

NOMBRE DEL USUARIO: _____

DIAGNOSTICO: _____

Nº HISTORIA CLÍNICA: _____

EDAD: _____

FECHA: _____

Criterios de inclusión:

Usuario del HHV con
Trastorno mental grave.

Edad 16 años a 55 años

**PRIORIDAD: Usuario
joven con diagnóstico
psiquiátrico reciente y/o
inicio temprano de los
síntomas.**

Disfuncionalidad severa.

Uso de los servicios de
emergencia y/o hospitalización
psiquiátrica.

Estabilidad clínica.

Soporte familiar.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS PARA SER ABORDADOS EN REHABILITACIÓN:

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE



VIII. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Asamblea Mundial de la Salud, 65. (2012). Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país: informe de la Secretaría. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85966>
- (2) Šago, D., Lovretić, V., Habuš, K., Ivezić, E., Bogović Dijaković, A., Đogaš, V. V., & Filipčić, I. (2019). Improving the quality of life during treatment in the Day hospital for early intervention in Psychiatric Hospital "Sveti Ivan". *Psychiatria Danubina*, 31(Suppl 2), 190–195.
- (3) Larivière, N., Desrosiers, J., Tousignant, M., & Boyer, R. (2010). Who benefits the most from psychiatric day hospitals? A comparison of three clinical groups. *Journal of psychiatric practice*, 16(2), 93–102. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000369970.87779.ca>
- (4) Zhu, Y., Chen, L., Ji, H., Xi, M., Fang, Y., & Li, Y. (2020). The Risk and Prevention of Novel Coronavirus Pneumonia Infections Among Inpatients in Psychiatric Hospitals. *Neuroscience bulletin*, 36(3), 299–302. <https://doi.org/10.1007/s12264-020-00476-9>
- (5) OMS, Esquizofrenia, 2022, disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/schizophrenia>
- (6) de Girolamo, G., Cerveri, G., Clerici, M., Monzani, E., Spinogatti, F., Starace, F., Tura, G., & Vita, A. (2020). Mental Health in the Coronavirus Disease 2019 Emergency-The Italian Response. *JAMA psychiatry*, 77(9), 974–976. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1276>
- (7) Carlos Roncero, Llanyra García-Ullán, Javier I. de la Iglesia-Larrad, Carmen Martín, Pilar Andrés, Ana Ojeda, David González-Parra, Javier Pérez, Clara Fombellida, Ana Álvarez-Navares, José Antonio Benito, Virginia Dutil, Carolina Lorenzo, Ángel Luis Montejo, The response of the mental health network of the Salamanca area to the COVID-19 pandemic: The role of the telemedicine., *Psychiatry Research*, Volume 291, 2020, 113252, ISSN 0165-1781, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113252>.
- (8) Juan-Porcar M, Guillamón-Gimeno L, Pedraz-Marcos A, Palmar-Santos AM. Family care of people with severe mental disorders: an integrative review. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(2):352-360. doi:10.1590/0104-1169.0138.2562.
- (9) Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington, D.C.: OPS; 2018.
- (10) Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (INSM “HD-HN”). Estudios Epidemiológicos en Salud Mental. 2002 – 2010. Lima-Perú
- (11) Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Censos Nacionales 2007: XI de población y VI de vivienda. Perú: Crecimiento y distribución de la población- Primeros resultados. Junio 2008
- (12). OMS, Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf
- (14) Defensoría del Pueblo. Supervisión a los centros de salud mental comunitarios [Internet]. Vol. 53, Reporte de Adjuntía N° 006-2019-DP/ADM. Noviembre, 2019. Disponible en: <file:///C:/Users/User/Downloads/fvm939e.pdf>



- (15) Diez-Canseco F, Rojas-Vargas J, Toyama M, Mendoza M, Cavero V, Maldonado H, et al. Estudio cualitativo sobre la implementación del Programa de continuidad de cuidados y rehabilitación para personas con trastornos mentales graves en el Perú. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e134. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.134>
- (16) Quispe M, Ayala R. Experiencias centradas en la mejora del programa de continuidad de cuidados de un centro de salud mental comunitario, 2018-2021. *ÁGORA REV CIENT*. 2022;09(02):3-9.
- (17) Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental. DECRETO SUPREMO N° 007-2020-SA: Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-el-reglamento-de-la-ley-n-30947-decreto-supremo-n-007-2020-sa-1861796-1/>
- (18) Corrigan, P. W., Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Solomon, P. (2016). *Principles and practices of psychiatric rehabilitation: An empirical approach*. Guilford Press.
- (19) Joan Vegué; Clara Bosque. Hospital de día: concepto y modalidades. *Psicopatología y salud mental*, 2011, M3. 11 - 12.
- (20) Shek E, Stein AT, Shansis FM, Marshall M, Crowther R, Tyrer P. Day hospital versus outpatient care for people with schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 4. Art. No.: CD003240. DOI: 10.1002/14651858.CD003240.pub2.
- (21) Susana Marcos, Fernando Lana, Lia Litvan, Gabriel Moreno. (2016). Programas para el tratamiento de Trastornos Psicóticos. El Hospital de Día en las Psicosis. In book: Actualizaciones en Hospital de Día (pp.In press.)Chapter: Programas para el tratamiento de Trastornos Psicóticos. El Hospital de Día en las PsicosisPublisher: AENEditors: Asociacion Española de Neuropsiquiatría, DOI:[10.13140/RG.2.1.1084.8727](https://doi.org/10.13140/RG.2.1.1084.8727)
- (22) Martín Agrest, Silvina Barruti, Raquel Gabriel, Virginia Zalazar, Silvia Wikinski & Sara Ardila-Gómez (2018) Day hospital treatment for people with severe mental illness according to users' perspectives: what helps and what hinders recovery?, *Journal of Mental Health*, 27:1, 52-58, DOI: 10.1080/09638237.2016.1276526
- (23) McGorry PD, Ratheesh A, O'Donoghue B. Early Intervention—An Implementation Challenge for 21st Century Mental Health Care. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(6):545–546. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.0621
- (24) Gutiérrez-Peláez, Miguel. La psicoterapia de orientación psicodinámica en el tratamiento integral de pacientes con esquizofrenia y sus familias. 2015. *Journal Clínica Contemporánea*, VL: 6, 69-83. DOI - 10.5093/cc2015a7
- (25) Muñoz Molina, Francisco Javier, & Ruiz Cala, Silvia Liliana. (2007). Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1), 98-110. Retrieved July 25, 2022, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502007000100008&lng=en&tlng=es.
- (26) Brown GW, Birley JL, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *Br J Psychiatry*. 1972 Sep;121(562):241-58. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5073778/>
- (27) Okpokoro U & Sampson S: Brief family intervention for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2014; 40:497–8
- (28) Slayton, S., D'Archer, J. & Kaplan, F. (2010). Outcome studies on the Efficacy of Art Therapy: a Review of Findings. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapht Association*, 27 (3), 108-117
- (29) Kielhofner, G. *Terapia Ocupacional. Modelo de Ocupación Humana. Teoría y Aplicación*. 3ª ed. Madrid: Editorial Médica Pannamericana.2004.



“REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA INTEGRAL PARA PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES”

(30) Broderick J, Knowles A, Chadwick J, Vancampfort D. Yoga versus standard care for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 10. Art. No.: CD010554. DOI: 10.1002/14651858.CD010554.pub2

(31) Una experiencia de hospital de día basada en el apego y focalizada en los vínculos. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2019; 39(136): 239-258 doi: 10.4321/S0211-57352019000200013

(32) Telesca Daiana. Arteterapia y sus aplicaciones en los Trastornos Psicóticos. Trabajo de integración final. Pontificia Universidad Católica de Argentina. 2019

(33) Villaseñor Bayardo, S. J.; Rojas Malpica, C.; Aceves Pulido, M. P. La psiquiatría cultural en América Latina. VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat. 2014, Vol. XXV: 122-130

(34) RODRIGUEZ-YUNTA, Eduardo. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD MENTAL. ROL DE LA RELIGIOSIDAD. *pers.bioét.* [online]. 2016, vol.20, n.2, pp.192-204. ISSN 0123-3122. <https://doi.org/10.5294/PEBI.2016.20.2.6>.

