

ESTUDIO EXPLORATORIO-DESCRIPTIVO SOBRE CONSIDERACIONES BIOÉTICAS PRESENTES EN LA INTERVENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA EN LOS HOSPITALES DE DÍA DE LA REGIÓN DEL MAULE

Manuel Pérez Ayala¹

Resumen: El presente artículo relaciona bioética y discapacidad psíquica. Mediante entrevistas a los equipos profesionales que representan la unidad de análisis, se trazan los objetivos de describir las consideraciones bioéticas en las intervenciones realizadas a personas con discapacidad psiquiátrica, esperando así contribuir con un enfoque bioético para la optimización de estas atenciones. La investigación fue desarrollada en los tres Hospitales de Día de la Región del Maule —dispositivos en que se otorga tratamiento preferente a personas con patologías psiquiátricas crónicas—, mediante un estudio cualitativo de tipo exploratorio-descriptivo. El estudio da cuenta de que en nuestro país es necesario implementar modelos de atención en salud que integren de manera pragmática los conceptos de justicia y equidad como transversales, ante todo en las atenciones propias de salud mental, considerando la especial vulnerabilidad de parte de esos usuarios y usuarias; por ejemplo, a través del desarrollo de una bioética comunitaria y social. Finalmente, es esperable que, a partir de este trabajo, se puedan generar líneas de investigación que aporten al progreso en el mejoramiento de la calidad de atenciones a personas con discapacidad psíquica.

Palabras clave: discapacidad psiquiátrica, bioética, Hospitales de Día, Región del Maule

Descriptive-exploratory study about bioethical considerations present in interventions to persons with psychiatric disabilities in Day Hospitals at Maule Region

Abstract: This article relates bioethics and psychiatric disabilities. Through interviews with professional teams that representing the unit of analysis, describe the objectives of existing bioethical considerations in interventions for people with psychiatric disabilities are plotted, hoping to contribute a bioethical approach for optimizing these attentions. The research was conducted in the three Day Hospitals in the Maule Region -devices which accord preferential treatment to people with chronic psychiatric disorders- through a qualitative, exploratory and descriptive study. During the course of the study is possible to appreciate that our country is necessary to implement health care models that integrate a pragmatic concepts of justice and fairness as transverse, strongly on their own mental health care, given the particular vulnerability of those users and users; for example, through the development of a community and social bioethics. Finally, it is expected that from this work can generate lines of research that contribute to the progress in improving the quality of care for people with psychiatric disabilities.

Key words: psychiatric disability, bioethics, Day Hospitals, Maule Region

Estudo exploratório-descritivo sobre as considerações bioéticas presentes na intervenção a pessoas com incapacidade psiquiátrica nos Hospitais Dia da Região do Maule

Resumo: O presente artigo relaciona bioética e incapacidade psíquica. Mediante entrevistas a equipes profissionais que representam a unidade de análise, se traçam os objetivos de descrever as considerações bioéticas nas intervenções realizadas a pessoas com incapacidade psiquiátrica, esperando assim contribuir com um enfoque bioético para a otimização destas atenções. A investigação foi desenvolvida nos três Hospitais Dia da Região do Maule —dispositivos em que se outorga tratamento preferencial a pessoas com patologias psiquiátricas crônicas—, mediante um estudo qualitativo do tipo exploratório-descriptivo. O estudo dá conta de que em nosso país é necessário implementar modelos de atenção em saúde que integrem de maneira pragmática os conceitos de justiça e equidade como transversais, antes de tudo nas atenções próprias de saúde mental, considerando a especial vulnerabilidade de parte desses usuários e usuárias; por exemplo, por meio do desenvolvimento de uma bioética comunitária e social. Finalmente, é esperável que, a partir deste trabalho, possam ser geradas linhas de investigação que contribuam para o progresso na melhoria da qualidade de atenções a pessoas com incapacidade psíquica.

Palavras-chave: incapacidade psiquiátrica, bioética, Hospitais Dia, Região do Maule

¹ Universidad Autónoma de Chile, Talca, Chile
Correspondencia: mperezayala@gmail.com

Introducción

Surgida en el último cuarto del siglo recién pasado, en referencia a los problemas que el desarrollo de la tecnología planteaba a una sociedad global en crisis valórica, la bioética representó una ampliación de la ética médica. Caracterizada no tanto por sus temáticas sino por las perspectivas desde la cual se abordan(1), fue concebida para establecer un nexo entre ciencias experimentales y humanidades —entendida su ruptura—, y se relacionó en su transcurso a dos grandes aspectos: el análisis de normas técnicas para su consecutiva legitimación mediante consenso, promulgando con ello una deliberación sobre las condicionantes, y el ayudar al desarrollo de una reflexión ética y moral sobre el impacto de la investigación biomédica y psicosocial en relación al bienestar humano. En esta última área se enmarca la investigación que ahora se presenta, en donde es meta estrechar lazos entre bioética y discapacidad, psiquiátrica en este caso, para que, a través de la base teórico-práctica de la primera, se puedan beneficiar las intervenciones llevadas a cabo sobre la segunda.

La discapacidad psíquica o psiquiátrica, concebida como la dificultad y/o imposibilidad de mantener contacto formal dentro de los parámetros sociales de normalidad con el mundo exterior o convencional, ocasiona un deterioro que interfiere en gran medida con la capacidad para responder a las demandas cotidianas de la vida, debido al grave detrimento de la evaluación de la realidad que genera(2), ya que quien la padece tiene una significativa dificultad —e incluso cesa— de construir su mundo en comunicación con los demás(3), por lo que representa una condición de especial vulnerabilidad que requiere de un mayor cuidado y dedicación para intervenir.

El plano legal de nuestro país se enmarca en la Ley 20.422, promulgada en febrero de 2010, conocida como Ley de Integración Social de las Personas con Discapacidad, que lleva por título: “Establece Normas para la plena Integración Social de Personas con Discapacidad”. Mientras en el ámbito sanitario, hace poco más de una década el Ministerio de Salud publicó el Plan Nacional de Psiquiatría y Salud Mental(4), documento programático que apunta, entre otros, a poner en

práctica un modelo de sustitución progresiva de los hospitales psiquiátricos, el énfasis en la atención ambulatoria, la prevención de la discapacidad y la rehabilitación a través de un enfoque psicosocial.

Debido al contexto y la forma de intervenir propia de los hospitales diurnos, representan ellos y sus profesionales una excelente plataforma y fuente de información para comenzar a investigar sobre discapacidad psiquiátrica desde la perspectiva bioética. Este estudio, de tipo cualitativo, se proyecta mediante un proceso exploratorio-descriptivo, pretendiendo realizar un análisis teórico y práctico de las intervenciones realizadas por los equipos profesionales de los tres Hospitales de Día de la Región del Maule —ubicados en las ciudades de Curicó, Talca y Linares—, a las personas con discapacidad psiquiátrica que en ellos se atienden. Como objetivos principales se plantea describir las consideraciones bioéticas existentes en dichas intervenciones y la posible contribución con un enfoque bioético para la optimización de las mismas.

Considerando que el área de investigación que relaciona bioética y discapacidad es reducido, y este rango aun se reduce al querer obtener información directa entre bioética y discapacidad psiquiátrica en Chile, la relevancia de este estudio es abordar una temática precariamente tratada en la literatura y la consecuente oportunidad de hacerlo de forma representativa, en el marco total de una Región del país.

Sobre los Hospitales de Día

Definido como unidad intermedia en los servicios de rehabilitación, situado entre la hospitalización completa y el objetivo de una vida independiente e integrada en la comunidad(5), en el Hospital de Día confluyen cuidado clínico y sociocomunitario. Uno de sus objetivos es contribuir a la desinstitutionalización, sosteniendo a aquellos usuarios que desde el Hospital Psiquiátrico se están reasentando en la comunidad y sirviendo de alternativa a los ingresos nuevos, evitándoles el paso por el Hospital. Su aparición atestigua el hecho de que para muchos usuarios/as con trastornos mentales la actitud segregativa ha sido reemplazada por un proyecto terapéutico que intenta reintegrarlos so-

cialmente; además, la opinión pública estigmatiza menos a quienes concurren a un Hospital de Día(6), lo cual facilita la reinserción social y laboral de todos los usuarios, y estos y sus familias tienen mayor satisfacción comparada con la hospitalización completa.

El Ministerio de Salud(6), define al Hospital de Día como un dispositivo o unidad clínica psiquiátrica especializada, que en su desarrollo conjuga objetivos de salud pública y de carácter clínico. Asimismo, en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría(4) es definido como alternativa a la hospitalización para personas con enfermedades mentales graves y que cuentan con red social de apoyo como posalta para acortar el tiempo de internación.

Su inicio en nuestro país se remonta a 1965, en Temuco(5). Luego, al Hospital Psiquiátrico de Santiago en dos periodos, iniciados en 1972 y 1979 respectivamente, y en la Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile, desde 1975. El resto de los Hospitales de Día surgieron con posterioridad a 1990(6).

Actualmente son 50 Hospitales de Día los que integran la red pública, de los cuales seis son Infanto-Adolescentes. Están distribuidos en las 15 regiones del país y en 26 de los 29 Servicios de Salud del sistema público; en conjunto, suman un total de 830 plazas para tratamiento. Particularmente en la Región del Maule existen tres Hospitales de Día, ubicados en las ciudades de Curicó, Talca y Linares.

Tabla 1. Síntesis Hospitales de Día de la Región del Maule. Fuente: Unidades Administrativa y Estadística de los Hospitales de Día de las ciudades de Curicó, Talca y Linares. Datos, actualizados a abril de 2013.

	Fecha Inaug.	RRHH	Perfil Usuarios	Número plazas	Número total usuarios	Número usuarios activos
HDD CURICÓ	Septiembre de 2001 (en marcha blanca desde Junio de 2001)	Auxiliar 44 hrs. Secretaria 44 hrs. TENS 44 hrs. AS 44 hrs. TO 22 hrs. TO 22 hrs. PS 44 hrs. PSQ 11 hrs.	Eqz. Dep Severa Dep Mayor Dep Bipolar	20	70	28
HDD TALCA	Junio de 2001	Auxiliar 44 hrs. Secretaria 44 hrs. TENS 44 hrs. AS 44 hrs. EU 44 hrs. PS 44 hrs. PSQ 11 hrs.	Eqz.	20	40	20
HDD LINARES	Mayo de 2008	Auxiliar 44 hrs. Secretaria 44 hrs. TENS 44 hrs. AS 44 hrs. TO 44 hrs. PS 44 hrs.	Eqz. RM Leve y Moderado OH y D.	20	27	22

Metodología

Se realizó un estudio cualitativo de tipo exploratorio-descriptivo, ya que no existe significativo número de estudios que relacionen la disciplina bioética con la atención de individuos con discapacidad psiquiátrica en el contexto de los Hospitales de Día. La unidad de análisis está compuesta por todos los profesionales que intervienen —doce en total— a personas con discapacidad psiquiátrica en los Hospitales de Día de la Región del Maule, ubicados en las ciudades de Curicó, Talca y Linares.

El tipo de muestreo utilizado fue el teórico(7), dado que se ejecutó siguiendo un perfil previamente determinado mediante una selección de perfiles particulares que corresponden a personas con características determinadas. Asimismo, la estrategia de muestreo fue por criterio, ya que todas las unidades cumplían perfiles definidos en el diseño, y que en general representan variables discursivas del mismo fenómeno estudiado.

El instrumento de obtención de datos fue la entrevista, por ser el más idóneo para obtener información en profundidad sobre actitudes y opiniones relativas al problema de investigación(7). Dentro de este instrumento, se escogió según su grado de estructuración la entrevista semiestructurada, y según el número de participantes, la individual.

El levantamiento de información fue proyectado sobre la base del documento “Orientaciones Técnicas para el funcionamiento de Hospitales de Día en Psiquiatría”(6), a través de los Indicadores de Calidad de Atención para el Hospital de Día, más la consulta correspondiente al conocimiento sobre la actual Ley respectiva a discapacidad. De los once ítems que contemplan los Indicadores de Calidad —1. Consentimiento Informado, 2. Confidencialidad, 3. Ingreso Administrativo, 4. Ingreso Clínico, 5. Acogida, 6. Plan de Tratamiento Individual, 7. Actividades diarias por persona y grupal, 8. Manejo de crisis, 9. Prevención y manejo de abandonos, 10. Alta y 11. Derivación—, se escogieron los más representativos en cuanto al alcance bioético para su consulta y posterior análisis: A) Acogida; B) Consentimiento Informado; C) Confidencialidad; D) Manejo de crisis (agresividad, intento suicida, conductas

disruptivas, y otras); E) Prevención y Manejo de Abandonos; y F) Alta, considerando que debiesen estos procedimientos estar estandarizados en la entrega de atención a personas con discapacidad psíquica.

La técnica de análisis de resultados utilizada fue el narrativo de contenido, debido a que se centra en el manifiesto de la información obtenida(7), con el énfasis contextual de los ejes temáticos y categorías planteadas(8).

Objetivos del estudio

Se orientó principalmente a describir las consideraciones bioéticas en las intervenciones realizadas por los equipos profesionales en personas con discapacidad psiquiátrica en los tres Hospitales de Día de la Región del Maule, teniendo presente aspectos críticos que representen prioridad de atención, buscando así poder contribuir con un enfoque bioético para la optimización de tales intervenciones.

Características del grupo de estudio

El total de doce entrevistas que contempló este estudio se realizaron en el periodo comprendido entre el 21 de febrero y el 18 de marzo de 2013. Cada entrevista tuvo un tiempo de duración promedio de 34.3 minutos (19 - 53 minutos), y el número promedio de palabras por entrevista fue 4.872 (2.777 - 7.127 palabras).

De los doce entrevistados, tres son hombres y nueve mujeres. De ellos, hay dos médicos psiquiatras, una enfermera, dos psicólogas y un psicólogo, tres terapeutas ocupacionales y tres asistentes sociales. La edad promedio es de 35.1 años (rango de 24 a 60 años). Los años de experiencia profesional corresponden a un promedio de 10.4 años (02 - 29 años), mientras el tiempo de trabajo en Hospital de Día corresponde a un promedio de 5.8 años (01-12 años). La información obtenida fue procesada mediante el programa computacional para análisis de datos cualitativos HyperResearch™, en su versión 2.8.3.

Procesamiento de la información

La construcción de categorías se realizó sobre la base de cada eje temático consultado, permitien-

do elaborar conceptualizaciones para su mejor comprensión. La creación de subcategorías se dividió en dos: las características y las problemáticas propias de cada eje temático consultado. Las *características* dicen relación con la explicación y descripción de cómo cada eje temático se desarrolla en la práctica profesional de los Hospitales de Día; las *problemáticas* señalan los conflictos y/o situaciones dilemáticas que emergen en la experiencia de atenciones a personas con discapacidad psíquica en tales dispositivos, en cuanto a hechos de naturaleza interna (propia de la dinámica de los hospitales diurnos) y externa (aspectos familiares, sociocomunitarios y propios de la administración en salud) que dificultan y afectan el normal tratamiento y posterior cumplimiento de objetivos trazados para cada usuario/a.

Resultados

1. La etapa indistintamente llamada *ingreso y/o acogida* se refiere al inicio formal de tratamiento en Hospital de Día por parte de los usuarios/as derivados a él. Cabe señalar que tal ingreso siempre debe ser mediado por una derivación, ya sea por el Hospital Base de referencia o desde la instancia de consultoría psiquiátrica (reuniones clínicas en que el equipo del área de psiquiatría de

un Hospital Base realiza atenciones a beneficiarios provenientes desde la Atención Primaria de Salud, es decir, centros de salud familiar, consultorios, y/o departamentos de salud), hecha por un médico psiquiatra. En ocasiones especiales, desde la comunidad se gestionan evaluaciones a personas que no pertenecen al sistema de salud o no adhieren a tratamientos.

2. No apreciado como un proceso en sí, sino más bien como parte de uno o simplemente como un documento para su firma, el uso de *consentimiento informado* es obligatorio en todos los Hospitales de Día, presentando variaciones en cuanto a quienes han agregado algunos ítems al oficial publicado en las normas técnicas, principalmente apuntando al compromiso con el tratamiento del asistente como de su familiar y/o tutor, y los días de asistencia, entre otros.

3. Entendida como el derecho de las personas a que sus datos íntimos o privados no puedan ser revelados ni utilizados sin autorización expresa, como ya fuera explicado en el marco conceptual, la *confidencialidad* en los hospitales diurnos tiene la particularidad de ser concebida *dentro* del equipo profesional tratante y férreamente se resguarda de que no traspase esos límites, salvo su presen-

Tabla 2. Categorías evaluadas mediante instrumento de obtención de datos, y definición operacional respectiva.

CATEGORÍA	DEFINICIÓN OPERACIONAL
INGRESO/ACOGIDA	Inicio formal de tratamiento en Hospital de Día por parte de los usuarios y usuarias derivados a él.
CONSENTIMIENTO INFORMADO	Proceso gradual realizado en la relación profesional-usuario/a, en el cual el sujeto capaz recibe del sanitario una información suficiente y comprensible que así le permita participar voluntaria y activamente, junto a él o los profesionales implicados, en la toma de decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento correspondiente(9).
CONFIDENCIALIDAD	Derecho de las personas a que aquéllos que hayan entrado en conocimiento de datos íntimos o privados suyos no puedan revelarlos ni utilizarlos sin autorización expresa(10).
INTERVENCIÓN EN CRISIS	Acciones espontáneas y focales de manejo y/o abordaje destinadas a que la persona se establezca, evitando el peligro para sí mismo y quienes le rodean.
ABANDONO	No adherencia a tratamiento acordado; dejarlo inconcluso.
ALTA	Término exitoso de tratamiento acordado, de modo que permita a la persona mantenerse en su entorno en condiciones lo más normalizadas e independientes posibles; definido mediante estabilización clínica.
CONOCIMIENTO LEY VIGENTE	Noción, manejo y práctica basados en normativa legal de discapacidad actualmente vigente en el país: Ley 20.422.

tación, con resguardo de identidad, en contexto clínico. Así, la confidencialidad se practica *en el equipo* más que *en la relación terapeuta-usuariola*, considerando que cada tratamiento es abordado simultáneamente por tres a cinco profesionales que, de lunes a viernes, comparten labores en un contexto lo más similar a un hogar y lo más distinto a un hospital que sea posible.

4. Las acciones de manejo o *abordaje en situaciones de crisis* tienen sus particularidades en hospitales diurnos, ya que pueden ser ocasionadas por estímulos externos o desencadenarse sin estímulo aparente que medie, como también no aparejar la situación peligro alguno, o ser amenazante tanto para quien la experimenta y así también para quienes le rodean y quienes le intenten contener. Se definen como atenciones destinadas a que la persona mantenga o recupere el control de sí misma, siendo intervenciones no programadas que se generan por demanda espontánea, solicitadas por el usuario o por estimación de algún miembro del equipo.

5. El *abandono* hace referencia a no adherir, dejar inconcluso el tratamiento acordado en un hospi-

tal diurno. Se aprecia el desarrollo de estrategias puntuales de cada dispositivo para evitar o reducir que los distintos usuarios puedan llevarlo a cabo.

6. El *alta* se refiere al término exitoso de tratamiento, tras cumplir con un objetivo general — la estabilización clínica—, que hace referencia al aprendizaje de habilidades básicas de autocuidado incorporadas en la rutina diaria, y a que, en general, la persona se reintegre en la comunidad mejorando su funcionamiento psicosocial, de modo que se mantenga en su entorno social en condiciones lo más normalizadas e independientes posibles.

7. En la consulta sobre el conocimiento, manejo y práctica basados en la Ley de discapacidad vigente en el país, fueron escasas las referencias a la Ley 20.422, “Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad”, no así a la Ley 20.584, “Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación a acciones vinculadas a su atención en salud”. En general, se revela insuficiente conocimiento de la normativa legal en discapacidad.

Tabla 3. Síntesis del análisis de contenido de Categorías y Sub Categorías obtenidas como resultado.

CATEGORÍA	CARACTERÍSTICAS	PROBLEMÁTICAS
INGRESO/ ACOGIDA	-Parte inicial y básica del plan de tratamiento. -Se requiere que quienes sean derivados asistan junto a un familiar o tutor. -No necesariamente debe estar presente todo el equipo profesional en la reunión formal de cada ingreso.	-No siempre se da el ideal de que quienes sean derivados asistan acompañados: no cuentan con una red de apoyo familiar y/o comunitario. -Condiciona de manera negativa el diagnóstico errado desde donde sea referido: se envía a usuarios/as “difíciles”, no adherentes a tratamiento o con otros problemas mentales, pero que no padecen un cuadro psicótico -agudo o crónico- propiamente tal.

<p>CONSENTIMIENTO INFORMADO</p>	<p>-Aplicación obligatoria a todos los usuarios/as del dispositivo como a sus familiares y/o tutores.</p> <p>-Esfuerzo por plantearlo en términos sencillos y adaptados socio-culturalmente al perfil de usuarios.</p>	<p>-No se puede aplicar debido a que la persona asiste sola ante la falta de familiar y/o tutor: diagnóstico impide entendimiento cabal de situación puntual y proyección, lo que apareja pérdida de autonomía.</p> <p>-En ciertos casos no se realiza en el ingreso sino transcurrido ya un período variable -en semanas- de tratamiento, debido a la falta de tiempo por la sobrecarga de funciones o por desorganización de profesionales en cuanto a las tareas acordadas a ejecutar.</p> <p>-Necesidad de un profesional puntual que vigile correcta aplicación y la consecuente revisión periódica de fichas clínicas y carpetas de casos, e incluso la falta de información relevante en el documento.</p> <p>-Su concepción como documento y no como proceso representa mala práctica profesional al proteger más los intereses del tratante que del intervenido/a, en caso tal que no sería más que un mero trámite e incluso un método de persuasión, apuntando a la importancia relacional por sobre la contractual.</p>
<p>CONFIDENCIALIDAD</p>	<p>-Practicada en el equipo más que en la relación terapeuta - usuario/a, considerando que cada tratamiento es abordado/a simultáneamente por varios profesionales, debido a dos aspectos: primero, como parte de la labor terapéutica compartida, ante la necesidad de saber sobre las indicaciones dadas por cada profesional; y segundo, como medida reductora de riesgos asociados a cada perfil.</p> <p>-Se respeta la solicitud del paciente de no divulgación de información sobre hechos que no representan peligro para él mismo o terceros, así como tampoco se divulga información propia del “proceso terapéutico” de cada persona.</p> <p>-Es transgredida si la información da cuenta de cualquier tipo de peligro para el paciente mismo como para terceros.</p>	<p>-El consentimiento informado no explícita -dada la dinámica de tratamiento en hospitales diurnos- que la información considerada relevante de cada usuario/a debe ser conocida por el resto de profesionales que forman el equipo.</p> <p>-Usuarios que incluso informados al respecto (manejo de información del equipo profesional) no comprenden a cabalidad el que datos personales sean sabidos por todos los tratantes, así como también hay quienes comprenden pero no aprueban la medida por razones personales.</p> <p>-Precaria seguridad de las fichas clínicas, en cuanto a su no difícil acceso por quienes conviven en el dispositivo.</p>
<p>INTERVENCIÓN EN CRISIS</p>	<p>-Amplio desarrollo de estrategias en el procedimiento de intervención, dependiendo del tipo de crisis, como la previa distribución de roles de cada integrante del equipo.</p> <p>-Intervenciones diseñadas en base a capacidad lograda en la experiencia de convivencia diaria.</p>	<p>-Falta de capacitación específica en esta área.</p> <p>-No cuentan con implementos físicos de contención.</p> <p>-Sobrecarga de rutina que dificulta la intervención organizada y oportuna.</p> <p>-Predominancia de profesionales de sexo femenino, en cuanto a representar desventaja y/o peligro físico.</p>

<p>ABANDONO</p>	<p>-Planes de seguimiento desplegados ante la mención o evidencia de querer desertar del tratamiento, o la inasistencia al mismo: contacto vía telefónica y visitas domiciliarias. -Trabajo mediante tutorías: personalización de la atención en casos justificados. -Acuerdo de continuidad de tratamiento mediante flexibilización horaria.</p>	<p>-No contar con tiempo -por la rutina sobrecargada mencionada con anterioridad- ni recurso de movilización para la actividad de visita domiciliaria. -Enfoque paternalista que limita la capacidad resolutoria y frustra hasta el punto de no querer continuar con el tratamiento por considerar que no se logra funcionamiento autónomo. -Lejanía entre el hogar del usuario/a con el hospital diurno. -Extremos: a) falta de apoyo y compromiso con el tratamiento por parte de familiares y/o tutores, y b) sobreprotección que cuestiona la efectividad del tratamiento farmacológico, la pertinencia de mantener hábitos higiénicos y saludables y la beneficencia general de asistir todos los días al dispositivo.</p>
<p>ALTA</p>	<p>-Disminución paulatina de frecuencia de controles o días de asistencia al dispositivo para luego otorgarse tras el cumplimiento del objetivo del plan terapéutico: estabilización clínica. -Como complementario a la indicación de alta, se implementa el plan de seguimiento, a través de citaciones al hospital diurno con frecuencia trimestral y/o semestral, el contacto telefónico con la propia persona o sus familiares/ tutores, y con menor periodicidad, las visitas domiciliarias.</p>	<p>-La mayoría de los tratamientos excede el tiempo exigido por norma ministerial (seis meses), llegando a años, e incluso a no considerar el alta como una opción en ciertos casos: no se cuentan con red de apoyo familiar y a la vez presentan dificultades propias de su discapacidad para integrarse en la comunidad. -Tras el alta sólo existe un dispositivo de derivación regional -el Centro Diurno- ubicado en Talca, lo que coarta de forma significativa el proceso de rehabilitación y reinserción.</p>
<p>CONOCIMIENTO LEY VIGENTE</p>	<p>-Manejo del reglamento de internación administrativa o internación no voluntaria, del proceso de interdicción y trámites de corte social, como la obtención de la credencial de discapacidad. -Referencias a la Ley 20.584, “Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación a acciones vinculadas a su atención en salud”, vigente desde octubre de 2012.</p>	<p>-Desconocimiento general del marco legal actual -Ley 20.422- en relación a personas con discapacidad psíquica. -Falta de instancias y actividades de difusión.</p>

Discusión

Los dispositivos Hospitales de Día apuntan a poner en práctica un modelo de atención en salud mental y psiquiatría cuyas características esenciales son la sustitución progresiva de los hospitales psiquiátricos, el énfasis en la atención ambulatoria y la prevención de la discapacidad y la rehabilitación a través de un enfoque psicosocial; sus intervenciones están diseñadas de manera tal que la integración clínico-comunitaria es imprescindible para el logro del éxito de los tratamientos.

La red de dispositivos de la Región del Maule que en este nivel interviene es conformada, junto a los hospitales diurnos, por un Centro Diurno, en donde se estimula el aprendizaje y posterior trabajo en oficios enseñados por profesionales especialmente preparados, y por hogares/residencias de acogida, conviviendo usuarios con monitores capacitados, y se les otorga alimento y alojamiento diario.

Al presentar los objetivos de investigación a los entrevistados, pocos sabían de bioética, incluso algunos reconocían ni siquiera haber escuchado antes el término. Tras una breve inducción al tema, surgieron espontáneamente referencias a problemas éticos experimentados en la práctica(11). Coinciden en que, si bien la ética ha sido ampliamente difundida en las profesiones de salud en las últimas décadas, no ha sucedido lo mismo con la psicología y psiquiatría, en las que temas de tal índole no se tratan con la frecuencia necesaria.

Las impresiones y percepciones recogidas mediante las entrevistas dan a entender que existen consideraciones éticas que no son expresadas formalmente, pero que sí están implícitas en el accionar propio de las intervenciones efectuadas, comenzando en la etapa de ingreso con la actitud de generar lazos vinculares de mayor calidad, que promuevan y tiendan a asegurar el inicio efectivo de tratamiento, sumado a la exigencia de que la persona asista acompañada por un familiar y/o tutor para formalizar la incorporación al dispositivo, considerando a este último para que subrogue la autonomía y sea el garante de sus derechos, decidiendo —en lo posible— lo mejor para el subrogado.

La aplicación obligatoria del consentimiento informado, tanto a los usuarios del dispositivo como a sus familiares y/o tutores, es otro criterio de perfil bioético continuamente presente que se relaciona intrínsecamente con la autonomía. Si bien es visto por la mayoría solo como la firma de un documento, da énfasis a la voluntariedad del tratamiento a iniciar contemplando tres requisitos mínimos(12): a) poder elegir; b) no verse constreñido por compromisos anteriores, y c) estar exento de coacción. A esto se suma el esfuerzo por plantearlo en términos sencillos y adaptado socioculturalmente al perfil de cada usuario.

En relación con la confidencialidad descrita en los hospitales diurnos, esta es estrictamente mantenida al interior del equipo profesional más que en la relación directa con el usuario, transgresión que se explica y justifica como una medida benéfica, en cuanto a la programación y planificación de tratamiento, representando una medida potenciadora del alcance de objetivos trazados y, sobre todo, una forma de reducir riesgos asociados al diagnóstico.

Por su parte, las intervenciones en crisis y el abordaje de abandonos obedecen a protocolos que han sido refinados, y en otros casos completamente desarrollados, por la experiencia de tratamiento, debido a que la diaria convivencia va entregando herramientas y entrenamiento único para prepararles a actuar y desplegar estrategias ante eventos como aquellos. Actividades aprendidas de tipo funcional-adaptativo destacan como pasos para evitar acciones maleficas que atenten contra el correcto tránsito terapéutico y, ante todo, al logro de los objetivos acordados para cada usuario; no maleficencia que también puede apreciarse en las indicaciones de mantención de tratamiento por sobre el alta clínica, dado el perjuicio evidente que le acarrearía a la persona dejar de asistir al dispositivo sin tener otra entidad, lugar o personas que le acoja.

La identificación de aspectos bioéticos críticos observables en las intervenciones se puede dividir en dos áreas: desde los *familiares, tutores y/o red de apoyo socio-comunitaria*, en la ausencia o poco nivel de compromiso con el proceso de tratamiento y rehabilitación en sí llevado a cabo, evidenciado en la solitaria asistencia a las actividades de ingre-

so y en los casos que no se acompaña la firma del consentimiento informado. Este precario compromiso se personifica cuando no se auxilia en las situaciones de abandono, en las que no se aprecia promoción de la continuidad de tratamiento ni muchas veces se hacen los esfuerzos por modificar funcionamientos familiares que apunten a constituir un sostén continuo en el tiempo. Lo mismo ocurre ante la posibilidad de algunas indicaciones de alta que, al no contar con personas ni entidades que sigan acompañando en esa línea, se opta por no desligar a la persona del dispositivo, acto que en algunos casos perpetúa ese paternalismo que con frecuencia sucede en el ámbito sanitario y en específico con personas de especial vulnerabilidad(13), e inhibe cualquier atisbo de funcionamiento autónomo.

Desde la parte *profesional e institucional*, los aspectos críticos que destacan inician en los casos en que no se aplica rigurosamente el consentimiento informado, y cuando aun así se hace, por muchos es visto como un mero instrumento o trámite y no incorporado como proceso continuo. Además, es esperable que en él se incluya la totalidad de la información concerniente a cada usuario/a y tratamiento, destacando la necesidad de que un aspecto relevante y validado por el equipo, como las características de la confidencialidad, sea incluido para su cabal comprensión y aceptación, explicando ahí la intención benéfica que subyace a tal forma funcionamiento.

La falta de capacitación continua que, por ejemplo, ayude a desarrollar técnicas de intervención en crisis y permita también el acceso facilitado a información más amplia del espectro legal, se aprecia como un aspecto crítico en cuanto a significar una merma en la potencialidad de la beneficencia que aparezca las intervenciones integrales, toda vez que, si bien actividades de esta naturaleza se entregan, no se observan como parte de un programa continuo establecido, que apunte a la actualización de conocimiento en pos de la optimización constante de la calidad de las intervenciones entregadas.

En el ámbito legal, se estima que, pese a lo pretendido por la Ley 20.422, “Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad”, es fácilmente apre-

ciable que ha gozado de una pobre difusión y, por lo mismo, ha tenido bajo impacto: con dificultad y en algunos casos solo selectivamente ha sido difundida, tanto así que no todos los profesionales tienen conocimiento de ella —sabiendo de las responsabilidades compartidas de difusión, por una parte, y búsqueda de información, por otra. Si esto sucede a este nivel, ¿qué se puede esperar del resto de la sociedad?

Por último, es un aspecto crítico que no se cuente con mayor número de dispositivos de derivación para la continuidad de tratamiento y rehabilitación de personas con discapacidad psiquiátrica, lo que atenta de modo flagrante no solo al proceso rehabilitador, sino que en no pocos casos amenaza con causar una retracción de los avances alcanzados, hecho que también genera una pérdida de credibilidad, tanto del usuario como de la red en que se podría apoyar, de los establecimientos encargados y las personas que ahí laboran.

Al respecto, la citada Ley 20.422, en el Artículo once expone: “La rehabilitación de las personas con discapacidad mental, sea por causa psíquica o intelectual, propenderá a que éstas desarrollen al máximo sus capacidades y aptitudes”. En el caso mencionado, es evidente que una parte significativa de los tratamientos desarrollados en la Región se coarta el proceso de rehabilitación y reinserción de las personas con discapacidad psíquica. Por esto, en los casos hoy existentes de ausencia de dispositivos y redes que acompañen el proceso rehabilitador, adquiere relevancia la implementación de la perspectiva bioética, fundamentalmente desde dos áreas: la primera —y más atingente a los alcances de este estudio— de perfil comunitario, en cuanto a influir en el trabajo específico con personas que presenten discapacidad psíquica a través del círculo próximo, como los familiares, tutores, monitores y/o unidades vecinales, identificando a actores comunitarios motivados y aptos para labores propuestas de rehabilitación y reinserción, buscando generar un trabajo conjunto y complementario al estamento profesional, y se capacite promoviendo la toma de decisiones y generación de directrices que precisamente les potencie.

La segunda, de tipo social, actuaría en el nivel de programas nacionales, servicios de salud y medios

de comunicación; más amplia que la primera, pero que la contendría. Ayudaría a promover una política de Estado y, por qué no, leyes protectoras que, independiente del tipo de atención, número de plazas otorgadas, recurso humano involucrado y dispositivos de derivación existentes, entre otros, despliegue y movilice recursos mediante programas, proyectos y/o convenios especiales, promoviendo procesos de calidad necesaria y a veces ausente; integrales, cabales y exitosos. La sociedad en sí, y particularmente personas con especial vulnerabilidad y de escasa participación y consideración por parte de la colectividad, serían así beneficiados.

Entre lo que la ética exhorta a realizar(13), proteger a los más débiles es una de las primordiales; la ética humana es una ética de la fragilidad, por lo que el objeto de la ética no es otro que proteger al

débil: la bioética(14), por su parte, antes que una disciplina, es una ética de protección a los más desvalidos, y son estos desvalidos, ahora simbolizados en personas con discapacidad psiquiátrica, los que requieren de intervenciones integrales y de calidad en los niveles clínico y sociocomunitario.

Agradecimientos

El estudio fue realizado como Tesis del Magíster en Bioética de la Universidad de Chile, bajo la tutoría de Laura Rueda Castro y cotutoría de Adela Montero Vega. Se agradece a las antes mencionadas, al equipo docente y administrativo del posgrado y al personal del Servicio de Salud del Maule. Especial agradecimiento a los funcionarios de Hospital de Día y cada profesional entrevistado que colaboró para el desarrollo de esta investigación.

Referencias

1. Lolas F, Rodríguez E. Bioética: generalidades y conceptos básicos. En Lolas F, Drumond JGF. *Bioética*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2013.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV*. Barcelona: Masson S.A.; 1995.
3. Ey H, Bernard P, Brisset Ch. *Tratado de Psiquiatría*. 8ª edición en español de la quinta edición francesa. Barcelona: Elsevier Masson; 1978.
4. Ministerio de Salud (MINSAL). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Santiago de Chile: MINSAL, Unidad de Salud Mental; 2000.
5. Naranjo Vila C. Hospital de Día en Psiquiatría. Evolución de la experiencia mundial y estado de la situación en Chile. *Monografías de Gestión en Psiquiatría y Salud Mental*. Santiago de Chile: Universidad de Santiago de Chile; 2001.
6. Ministerio de Salud (MINSAL). *Orientaciones técnicas para el funcionamiento de hospitales de día en psiquiatría*. Santiago de Chile: MINSAL; 2002.
7. Vázquez Navarrete ML, (coord.) *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas a salud*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, Servei de Publicacions; 2006.
8. Amezcua M, Gálvez T. Los métodos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública* 2002; 76(5): 423-436.
9. Simón P, Barrio I. Consentimiento informado. En Beca JP, Astete C, (eds.) *Bioética Clínica*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2012.
10. Juez J. Intimidad, privacidad, confidencialidad y secreto en la práctica clínica. En Beca JP, Astete C, (eds.) *Bioética Clínica*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2012.
11. Barbesi BM. Consentimiento informado en psicoterapia. *Perspectivas Bioéticas* 2003; 8(15): 83-93.
12. Engelhardt HT. *Los Fundamentos de la Bioética*. Paidós Básica; 1995.
13. Terribas N. Derechos del paciente. En Beca JP, Astete C, (eds.) *Bioética Clínica*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2012.
14. Gracia D. *Bioética clínica*. Bogotá, Colombia: Editorial El Búho; 2001.

Recibido: 7 de mayo de 2014

Aceptado: 5 de agosto de 2014