



Salud Mental

# Hospital de Día Psiquiátrico

Guía Básica de Funcionamiento



# Hospital de Día Psiquiátrico

Guía Básica de funcionamiento



## PRESENTACIÓN

La transformación de la asistencia psiquiátrica ha supuesto en los últimos años la creación de nuevos dispositivos y recursos, que sin embargo han tenido un desarrollo irregular y heterogéneo en las distintas Comunidades Autónomas. Incluso, y a pesar de existir una normativa que ha tratado de encauzar esta transformación, en la propia Comunidad de Castilla y León se asiste a diferencias estructurales y funcionales entre estos nuevos dispositivos. A ello han contribuido diversos factores como son, entre otros, la falta de una normativa unificada, ni a nivel del estado ni de la comunidad Autónoma; la dependencia administrativa diferenciada entre los distintos recursos que ha conducido a intereses distintos en su diseño y configuración, así como en su funcionamiento; y esta falta de normativa ha llevado a que las características y prestaciones de estos nuevos dispositivos y recursos se haya realizado por la vía de hecho, es decir, en función de que los servicios sanitarios (y los profesionales) decidan practicar o no determinadas técnicas o crear servicios asistenciales en el ejercicio de su autonomía, de su libertad clínica.

Esta situación ha creado cierta confusión en los profesionales, que en algunos casos se han enfrentado a tener que poner en marcha un recurso o dispositivo sobre el que apenas tenían referencias más allá de su propio criterio; o incluso otros profesionales pertenecientes a la propia red de salud mental del área apenas han utilizado el recurso por desconocer las prestaciones o cartera de servicios del mismo y lo que pueden esperar de su empleo. Lo mismo ha sucedido con los usuarios, que con frecuencia también desconocían su funcionamiento y por tanto la utilidad que tenía para satisfacer sus necesidades. No ha resultado extraño que en este contexto se hayan reclamado o solicitado recursos para cubrir ciertas necesidades que ya estaban en funcionamiento e incluso, en algunos casos, con un rendimiento inferior a su capacidad.

Las transferencias sanitarias desde el Estado a la Comunidad de Castilla y León mediante el decreto 2188/2001 pone fin a una de las situaciones estructurales que facilitaban la disminución en la eficiencia del sistema de salud, que es la multidependencia administrativa. Se hace entonces necesario, antes de nada, homogeneizar la red de asistencia psiquiátrica y salud mental. Para ello se plantean tres instrumentos básicos:

1. Un *plan estratégico de asistencia psiquiátrica y salud mental* que plantee de forma unificada y homogénea las estrategias, objetivos y actividades a llevar a cabo por el sistema sanitario, en el que participen otros sistemas, entre los que no puede faltar el social, para proveer y garantizar una atención psiquiátrica y de salud mental eficiente y de calidad dirigida a satisfacer las necesidades de los usuarios.

2. Un *Decreto* que sustituya al anterior (83/89) y ordene los dispositivos y recursos de salud mental en todo el territorio de Castilla y León. Deberá buscar su integración definitiva en el sistema general de salud, en este caso el de Castilla y León, y garantizar la universalización y equidad en sus prestaciones.

3. Unas *Guías de funcionamiento* de los diferentes recursos y dispositivos que definan las características básicas estructurales, funcionales (procesos) y resultados esperables de cada uno de los dispositivos de la red de salud mental. Esto deberá contribuir a la homogeneización

de los recursos, y sobre todo, a que tanto profesionales como usuarios sepan que se puede y debe esperar de cada uno de ellos, y encuentren la vía para determinar si ciertamente alcanzan a cubrir todas o parte de sus necesidades. En esto basamos una de las características clave de estas guías que es el que deben ser entendidas como algo dinámico y abierto, por cuanto requerirán de revisiones periódicas dirigidas a adecuar los dispositivos para poder cubrir todas las necesidades de los usuarios del sistema de salud mental.

En este año 2002 todas estas propuestas se irán haciendo realidad, y esta publicación constituye un avance en esa dirección. Se presenta la guía de funcionamiento de las Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica con la que se pretende ordenar y homogeneizar este recurso, y al que el sistema de salud de Castilla y León le define como sanitario.

Es nuestro deseo, y esta guía debe contribuir a ello, que con estas actuaciones se alcance una red de asistencia psiquiátrica y salud mental eficiente, de calidad y que satisfaga las necesidades y expectativas de los profesionales y usuarios de la misma.

Antonio María Saez Aguado  
Gerente Regional de Salud

---

## ÍNDICE

••• MÉTODO DE ELABORACIÓN	4
••• INTRODUCCIÓN	7
••• DESTINATARIOS	9
••• FUNCIONES Y OBJETIVOS	12
••• PROCESO ASISTENCIAL	14
••• CARTERA DE SERVICIOS	20
••• PROFESIONALES DEL HOSPITAL DE DÍA	21
••• UBICACIÓN Y ESTRUCTURA	22

## MÉTODO DE ELABORACIÓN

La falta de un desarrollo normativo de los dispositivos de salud mental, la aparición de nuevos recursos tras la reforma psiquiátrica, y la complejidad en sí misma que lleva tanto la enfermedad mental como los dispositivos asistenciales y recursos de salud mental, ha conducido a que desde los inicios de la reforma psiquiátrica en España (1985) lo habitual haya sido una heterogeneidad funcional. Esta circunstancia ha llevado a que muchos gestores de salud apenas la entendiesen perdiéndose en nominaciones, prestaciones, y objetivos variados. Todo ello ha tenido, sin duda, distintas consecuencias para el funcionamiento y desarrollo de la red de asistencia psiquiátrica y salud mental, como son entre otros los siguientes:

- Cierta alejamiento por parte de los gestores de salud de las cuestiones relacionadas con la enfermedad mental, quienes han tendido a desentenderse del problema y a solo asumir lo estrictamente necesario.
- Los profesionales en ocasiones tienen la sensación de vivir en una situación babilónica en la que dispositivos similares reciben nominaciones distintas según el lugar<sup>1)</sup>, y otros con similares nombres tienen funciones distintas
- Dificultad de los usuarios para saber lo que pueden esperar o pedir de cada recurso o dispositivo. Todo ello añadido con la confusión que se produce en sus encuentros entre comunidades autónomas al debatir sobre qué recursos necesitan.

En consecuencia, se hacía preciso, antes de nada, unas guías de funcionamiento de cada uno de los dispositivos de asistencia psiquiátrica que incluyese de forma clara y concisa, lo siguiente:

- Definición.
- Características estructurales: de personal, arquitectónicas, de medios.
- Características de los potenciales beneficiarios.
- Funcionamiento básico de los mismos. Definiendo los procesos clave de cada dispositivo.
- Objetivos y resultados esperables del mismo.

No se trataba de efectuar un documento exhaustivo y completo sobre el dispositivo sino una primera aproximación al mismo que permitiese homogeneizar su funcionamiento y estructura entre áreas de salud y que permitiese la comparación entre dispositivos así como conocer su verdadera influencia sobre la mejora de la salud mental del área de influencia.

Igualmente, estas guías de funcionamiento deberían contar para su realización con lo siguientes:

- Partir de los recursos y dispositivos con que se cuenta.
- Dar participación a los profesionales de Castilla y León que trabajan en los mismos.
- Favorecer la integración efectiva en el sistema general de salud de Castilla y León.

<sup>1</sup> Muchas veces justificado por la incorporación de un matiz funcional o estructural. Así, los Centros de Día de Castilla y León, eran Unidad de Rehabilitación Ambulatoria en Andalucía, Centros de Rehabilitación Psicosocial en Madrid, etc... ¿Era lo mismo o no?



- Tener en cuenta las necesidades de la red de salud mental y las expresadas por los usuarios.
- Tratar de obtener el consenso siempre que sea posible.
- Ser útil para mejorar la eficiencia y calidad del recurso, de modo que se facilite la evaluación presente y futura, y que satisfaga las necesidades de profesionales y usuarios.

A partir de estas consideraciones se inició la guía de funcionamiento de los Hospitales de Día Psiquiátricos, el cual tendrá la misión de dar cobertura completa a toda la población del área, teniendo la condición de cobertura sanitaria universal y gratuita para los beneficiarios del mismo.

En su elaboración se siguieron los siguientes pasos:

- Elaboración de un documento base por el Servicio de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de la Gerencia Regional de Salud. Para ello se tuvieron en cuenta las definiciones y normativa, cuando existía, de otras comunidades autónomas, así como sus decretos u órdenes de organización asistencial. Igualmente, se consideraron las publicaciones sobre el tema realizadas en España, documentos aportados por algunos Hospitales de Día en el que se recogía el funcionamiento del mismo, y las publicaciones de revistas nacionales e internacionales en las que se daban indicadores de evidencia de buen funcionamiento. En todos los casos la información fue considerada, si bien y para evitar que el texto fuese farragoso y difícil de entender se simplificó y se eliminaron las citas del texto.
- Organización de reuniones con la participación de dos profesionales por cada dispositivo de Hospital de Día. En este sentido, se informó al responsable de cada dispositivo para que seleccionase a dos miembros del mismo para que participasen en las reuniones.
- En las reuniones se expuso el modelo de asistencia psiquiátrica y salud mental para Castilla y León, con el objetivo de que fuese tenido en cuenta en la descripción y definición de la guía de funcionamiento de los Hospitales de Día. Psiquiátricos
- En este contexto se presentó el documento elaborado por el servicio de asistencia psiquiátrica el cual fue revisado por los participantes, y cuya relación se presenta en el anexo. Esto conllevó la modificación, incorporación y supresión de algún texto hasta lograr el consenso entre los participantes.
- A partir del trabajo anterior, se elaboró otro documento actualizado que fue nuevamente puesto a la consideración del grupo, el cual introdujo nuevos matices que fueron recogidos para la siguiente versión.
- Se obtiene entonces el documento definitivo que cuenta con el consenso de representantes de los Hospitales de Día Psiquiátricos.

Entendemos que todo ello ha supuesto un esfuerzo de síntesis y consenso entre los diferentes profesionales implicados, de cuyo resultado se obtiene esta guía de funcionamiento que deberá ser un primer paso para la homogeneización de este dispositivo en toda Castilla y León, para su valoración y para favorecer una utilización eficiente del mismo tanto por los profesionales como por los usuarios. Se reconoce igualmente la importancia de las intervenciones que allí se realizan especialmente para la población con enfermedad mental grave y prolongada,

considerándose uno de los pilares en la atención continuada a este colectivo y punto de entrada a un proceso de recuperación completa.

Finalmente, es preciso indicar que esta guía si bien nace con la vocación de ser cumplida y garantizar un nivel de calidad suficiente, es entendida como un documento abierto que deberá ser revisado periódicamente para que desde los resultados obtenidos por su puesta en práctica poder ir incorporando mejoras que incrementen tanto la calidad de la atención, como la satisfacción de las necesidades de los usuarios de la red de salud mental.

### Participantes en el Grupo de Consenso de la Guía de Funcionamiento de los Centros de Hospitales de Día

BLANCO GARROTE, J.A.  
FERNANDEZ MARTIN, CELIA  
FOMBELLIDA VELASCO, CLARA

FRANCO MARTIN, MANUEL A.  
FRANCH VALVERDE, J.I.  
MATEO AGUTE, MANUEL

RASILLO RODRIGUEZ, ANGELES  
SANZ CID, BEATRIZ  
VICENTE TORRES, ISABEL

## INTRODUCCIÓN

Los Hospitales de Día Psiquiátricos son estructuras asistenciales de carácter intermedio consistentes en lo que podría denominarse un "hospital sin camas" donde se atiende a las necesidades de tratamiento de un grupo de enfermos que pasan en este centro un tiempo establecido para llevar a cabo los programas que tengan prescritos, permaneciendo el resto el tiempo en su medio comunitario de origen. Además, ejerce, una función de institución "a medio camino" para aquellos enfermos que habiendo cursado un ingreso en régimen de hospitalización total y encontrándose clínicamente aptos para el alta, necesitan un periodo de adaptación previo a su definitiva reintegración a su entorno habitual. Se trata por tanto de un dispositivo que presta asistencia sanitaria activa, multidimensional, estructurada e intensiva, dirigida a enfermos con patología grave y compleja, en régimen de hospitalización parcial, así como a aquellos pacientes que no precisan, en un determinado momento, ingreso a tiempo total, pero que no son susceptibles de logros terapéuticos adecuados en tratamiento ambulatorio, por muy completo y sofisticado que éste pueda ser. Son instituciones que surgen tras la segunda guerra mundial como instrumento para la desintitucionalización<sup>1</sup> de las personas con enfermedad mental, y en España como dispositivo de orientación claramente comunitaria impulsado por la reforma psiquiátrica (Insalud, 1999) y cuyo objetivo principal es tratar al paciente en la comunidad sin tener que hospitalizarlo con el fin de que alcance el mayor grado de calidad de vida posible. Ciertamente la aparición de las nuevas terapias psicofarmacológicas (los neurolépticos) han tenido un importante papel en su desarrollo e implantación al permitir realizar intervenciones en entornos menos restrictivos (Almaraz-Serrano y cols., 2001).

Es necesario diferenciarlos de los Centros de Día y otras unidades con objetivos concretos de readaptación social y/o laboral, pero sin pretensión terapéutica.

Esto es importante ya que en el documento del INSALUD (1999) en su introducción utiliza una definición de la asociación americana de Hospitalización Parcial que debe ser claramente matizada: *"La Hospitalización Parcial es un programa de tratamiento ambulatorio, activo y de tiempo limitado, que ofrece servicios clínicos estructurados, coordinados y terapéuticamente intensivos dentro de un ambiente ("milieu") terapéutico estable... emplea un esquema integrado, global y complementario de enfoques reconocidos de tratamiento... Los programas están designados para servir a personas con deterioro significativo secundario a un trastorno psiquiátrico, emocional o conductual, y también para tener un impacto clínico significativo sobre el sistema de apoyo del paciente... El programa debe ser una unidad organizada, separada e identificable, aunque integrada dentro de la continuidad de servicios de salud mental"* Esta definición es válida tanto para un Centro de Rehabilitación Psicosocial como para un Hospital de Día.

El Hospital de Día Psiquiátrico ha de ser distinguido de los siguientes dispositivos de la red sanitaria y de servicios sociales que tienen en común con el HDP solamente el ser utilizados

<sup>1</sup> Aunque parece que fue en la Unión Soviética donde en 1930 surge el primer hospital de día psiquiátrico probablemente como consecuencia de la gran demanda de plazas (Almaraz-Serrano y cols., 2001)

por pacientes que permanecen en la comunidad:

- Centro o programas de tratamiento ambulatorio. Destinado a proporcionar tratamiento y seguimiento puntuales en régimen ambulatorio a pacientes psiquiátricos.
- Centro de rehabilitación ambulatoria. Destinado a proporcionar un programa de rehabilitación a aquellos pacientes estabilizados. Se ha llamado también Centro de Día o Centro de rehabilitación psicosocial. Un HDP puede desarrollar algún programa de rehabilitación específico pero su actividad básica está focalizada en el tratamiento activo.
- Club de enfermos o centro psicosocial (también llamado Centro de Día). Proporciona cobertura de ocio y favorece la resocialización de pacientes psiquiátricos estabilizados que viven en la comunidad (generalmente pacientes de larga evolución con déficits moderados).
- Taller protegido o Centro laboral protegido. Es un centro de trabajo protegido para personas con diversos grados de minusvalía psíquica. No pertenece a la red sanitaria y puede estar encuadrado en los servicios sociales especializados o funcionar bajo diversas formas jurídicas.

Se trata entonces de un recurso terapéutico, que forma parte de la red sanitaria de asistencia psiquiátrica y Salud Mental dirigido a la atención de pacientes graves que hayan perdido temporalmente cierto grado de autonomía, que requerirá de una intervención terapéutica para solucionar la dependencia transitoria del paciente. Durante la estancia en el Hospital de Día Psiquiátrico se efectuará una intervención terapéutica multidimensional que finalizará al restaurar las posibilidades de una vida aceptable dentro de la comunidad, dónde podría continuar su tratamiento en régimen ambulatorio, en los Equipos de Salud Mental.

Se plantean tres tipos de pacientes o necesidades que tratan de cubrir los hospitales de día psiquiátricos (Almaraz-Serrano y cols., 2001):

- Tipo 1: Un tratamiento alternativo a la hospitalización para pacientes que precisan un tratamiento psiquiátrico agudo. Para este fin se proponen en algunos países la incorporación a los hospitales de día de apoyos como estancias nocturnas ocasionales, camas para crisis y un horario lo más extendido posible a lo largo del día (Schene y cols. 1988). El objetivo en este caso es la reducción del número de ingresos.
- Tipo 2: Un seguimiento más intenso en pacientes que reciben el alta de la Unidad de psiquiatría de Hospital General, y en donde se ha considerado la necesidad de continuar con cuidados intensos para evitar el reingreso. Además, reduce la estancia del paciente en el Hospital, evitando su institucionalización y mejorando la satisfacción del paciente, al poder volver a su medio habitual en un tiempo más reducido.
- Tipo 3: Aplicar un tratamiento más intensivo o incluso especializado en paciente en tratamiento por el Equipo de Salud Mental pero que no muestran mejoría significativa. Al igual que en el tipo 1 va a evitar el número de ingresos y también va a incrementar las posibilidades terapéuticas en su entorno comunitario.
- Por último, los Hospitales de Día estarían indicados para efectuar un estudio diagnóstico en los casos complejos en donde se requiera una evaluación más profunda y continuada o incluso en casos periciales complejos (Insalud, 1999).

## DESTINATARIOS

Todos los Hospitales de Día deberán contar con un protocolo que indique los criterios de admisión y exclusión, emitiendo un informe en cada caso que se produzca una exclusión. A continuación se presentan los criterios que deberán seguir con ligeras modificaciones cada uno de ellos.

En principio deben existir unos requerimientos básicos no patológicos para recomendar la asistencia a un hospital de día psiquiátrico que son los siguientes:

- El paciente ha de disponer de una red de apoyo social suficiente para garantizar su alojamiento y cuidados, si los precisa, durante el período de tiempo que no cubre el HDP.
- El HDP debe ser accesible en distancia y tiempo razonable y por tanto el paciente deberá poder acudir de forma sencilla al HDP desde su lugar de residencia, por sí mismo, o facilitado por instancias sanitarias o sociales. El caso de algunas áreas de salud de Castilla y León, en donde hay una elevada dispersión geográfica es difícil la utilización de este recurso por un número importante de potenciales usuarios y deberá ser tenido en cuenta. Esto justifica el que como tal solo se ponga en marcha en los núcleos urbanos donde se pueda optimizar el recurso.
- El tratamiento es de carácter voluntario, con lo que el paciente debe colaborar mínimamente con el programa terapéutico del HDP. Esta aceptación ha de procurar hacerse extensiva a la familia o persona/s con la/s que conviva el enfermo. En esta línea, el paciente no deberá presentar conductas gravemente disruptivas o heteroagresivas.
- El paciente debe tener una autonomía suficiente para poder desenvolverse por el Hospital de Día Psiquiátrico sin que tenga que estar permanentemente tutelado.

Por otra parte, es evidente que el paciente debe estar en una situación clínica activa con sintomatología clínica evidente que requiera un tratamiento intensivo, estableciéndose los siguientes trastornos como los más susceptibles de recibir tratamiento en un Hospital de Día:

- F20-29: *Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes*. Especialmente las esquizofrenias sin déficit cognitivo definitivo, especialmente en los periodos de comienzo del cuadro. Destacarían entre ellos los siguientes cuadros clínicos (Insalud,1999):
  - Primeros brotes psicóticos. Con un funcionamiento por debajo de sus posibilidades, tendencia al aislamiento o alejamiento afectivo, pérdida de la autoestima o dificultades para manejar las emociones que aparecen tras la ruptura psicótica. El HDP es un recurso poderoso para educar en la enfermedad, fomentar la conciencia de ésta, hacer de soporte para encajar y superar la crisis, ayudando a reiniciar satisfactoriamente la vida previa y, si no es posible, a efectuar las actividades más adecuadas a partir de ese momento, previniendo recaídas.
  - Pacientes con grave aislamiento, especialmente si es de larga evolución, con escasos contactos, y que no puedan integrarse en actividades normalizadas o de rehabilitación sin un tratamiento intensivo previo, ya sea por desmotivación, ansiedad, autorreferencialidad u otros.

- Pacientes psicóticos con graves dificultades para afrontar su enfermedad, con riesgo de no cumplimiento del tratamiento ambulatorio.
  - Pacientes que no mejoran ambulatoriamente y se presupone que en un medio terapéutico más intensivo y con mayores interacciones interpersonales mejorarán. El medio terapéutico facilita muchos aspectos necesarios para iniciar y potenciar el tratamiento, desde la adquisición de conciencia de enfermedad a la motivación y esperanza de cambio, aprender a verbalizar emociones, reconocer y regular afectos y dar las posibilidades de testar la realidad con otros miembros del HDP.
  - Pacientes con una reagudización de su sintomatología psicótica, que no precisan hospitalización completa o que, habiendo sido hospitalizados, se encuentran en condiciones de ser dados de alta en la Unidad de Agudos si cuentan con un tratamiento intensivo en el HDP.
- F30-39: *Trastornos afectivos/del humor.*
    - Pacientes recuperándose de una fase maníaca o hipomaniacos que necesitan un seguimiento y ajuste de medicación frecuente.
    - Pacientes recuperándose de una depresión o estancados en ésta, donde es importante ajustar el nivel de activación y la presión vivida desde el entorno a la situación del paciente, potenciando adecuadamente los recursos de éste.
  - F40-49: *Trastornos neuróticos y secundarios a situaciones estresantes.* En aquellos casos cuya gravedad aconseje el empleo de HDP y con la probable excepción de algunos trastornos somatomorfos.
  - F50: *Trastornos de la conducta alimentaria.* El HDP es una buena alternativa a la hospitalización completa en algunos casos y, sobre todo, facilita que los ingresos hospitalarios sean cortos. Permite el tratamiento de casos complicados, por ejemplo, con trastorno de personalidad grave, que pueden beneficiarse de un tratamiento terapéutico activo e intensivo, y de una supervisión de su nutrición.

La especificidad del tratamiento de los trastornos de alimentación en HDP supone:

- Que se coma en él.
  - Que se cuente con una enfermería entrenada en el manejo de estos trastornos.
  - Que se cuente con facultativos formados en el tratamiento de estos trastornos.
  - Parte del tratamiento es compartido con el resto de los pacientes, pero son necesarias en mayor medida que en otros pacientes terapias y actividades específicas.
  - Coordinación con el equipo multidisciplinar que lleva el caso.
- F60-69: *Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.* Con la excepción del trastorno disocial, incluido cuando se presenta en comorbilidad con otra categoría diagnóstica, o cuando los rasgos disociales son predominantes.

La indicación más frecuente de tratamiento en el HDP es la de situaciones subagudas, pacientes crónicamente conflictivos, difíciles de tratar y manejar ambulatoriamente, que con frecuencia tienen una historia previa de ingresos repetidos:

- Pacientes motivados que necesitan una intensidad, un tipo de tratamiento específico o un grado de contención que no se puede dar ambulatoriamente:

- Pacientes dependientes, en algunos casos consumidores de recursos de urgencia y de medicina primaria, que demandan permanente ayuda y no encuentran un lugar que la asuma.
- Pacientes con rasgos fóbicos, evitativos, que fracasan en sus intentos de integración en una vida normalizada si no reciben un apoyo suficiente.
- Pacientes con sintomatología obsesivo-compulsiva grave y limitante.
- Pacientes con rasgos o trastornos de personalidad histriónicas o límites, en algunas fases de su evolución.
  - Pacientes sin motivación, conflictivos, con utilización frecuente del hospital. Los diagnósticos más frecuentes en este grupo son los trastornos límite, narcisista o histriónico de la personalidad.

El Hospital de Día no es adecuado para el tratamiento de pacientes con:

- F00-09: trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.
- F10-19: trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de drogas psicótropas.
- F70-79: retraso mental moderado a grave, incluido cuando se presenta en comorbilidad con otra categoría diagnóstica.
- Personalidad antisocial estructurada (no sólo rasgos).
- Elevado riesgo de suicidio según la valoración clínica así como de realizar acciones de heteroagresividad.

## FUNCIONES Y OBJETIVOS

Se establecen las siguientes funciones:

- Proporcionar alternativa a la hospitalización total.
- Ofrecer un tratamiento a pacientes en situación aguda que no quieren ingresar
- Proporcionar soporte, supervisión y monitorización en la transición de casos del Hospital al domicilio, con una adaptación progresiva a la vida comunitaria favoreciendo que el paciente pueda afrontar lo sucedido y mejorar en recursos y habilidades sociales (Insalud, 1999; AEN, 2000).
- Aplicar tratamientos multidimensionales y más o menos intensivos en pacientes con un funcionamiento desadaptado y prolongado que no pueden ser realizados por los Equipos de Salud Mental pero con suficiente adaptación social como para permanecer en la comunidad. Este tratamiento intensivo deberá servir para evitar, en la medida de lo posible, el deterioro cognitivo, social y personal.
- Facilitar la descarga familiar y el soporte a la familia de la persona con enfermedad mental.
- Coordinarse con los diferentes dispositivos de atención psiquiátrica.
- Coordinación con el gestor del caso.

Las dos principales aportaciones a la red de atención psiquiátrica que debe alcanzar un hospital de día (Almaraz-Serrano y cols, 2001) serían las siguientes:

1. Eficiencia, que se debe traducir en un menor coste. En concreto se plantea que la estancia es más barata que la hospitalización tradicional y que deberá disminuir la estancia media del hospital (Lystad, 1958).
2. Efectividad clínica. Al evitar la institucionalización se plantea que el paciente deberá ser más cooperador con el tratamiento y con ello evitar las recaídas. También está más próximo a la integración social y laboral, con lo que se considera que es un recurso que debe facilitar la reincorporación laboral. Además, proporciona en un entorno más favorable para la resolución de conflictos familiares y realizar intervenciones sobre el ambiente social y familiar que rodea al paciente. Y finalmente, resulta de interés para pacientes que rechazan los tratamientos tradicionales.

Como consecuencia se deberán alcanzar los siguientes *objetivos*:

### Objetivos Clínicos

- Lograr la *estabilización clínica* del paciente mediante la mejoría y la desaparición de los síntomas o al menos su remisión parcial.
- Intervenir en el *entorno social y familiar* que facilitan o protegen de la enfermedad. Se trata de identificar elementos del ambiente del sujeto que puede actuar negativamente para el progreso de la enfermedad y poder actuar sobre ellos. El entorno del hospital de día facilita las intervenciones unifamiliares y multifamiliares breves que pueden ser de gran importancia sobre elementos como la emoción expresada, identificación precoz de recaídas, etc.. Todo ello llevaría a un mejor ajuste



y funcionamiento familiar y social de los pacientes.

- Adquirir *conciencia y conocimiento de su enfermedad* y adherencia al tratamiento para prevenir recaídas
- *Evitar la pérdida de contacto del usuario con la comunidad*, tratando de actuar favoreciendo en todo momento su integración en la misma. Con ello se logra prevenir el deterioro y mejorar el afrontamiento de la sintomatología psiquiátrica, tanto del paciente como de su entorno.

### **Objetivos de Gestión**

- Disminuir el número de ingresos y reingresos en hospitalización completa.
- Disminuir las estancias en hospitalización completa
- Disminución de la frecuentación de los servicios de urgencias y de otros servicios sanitarios.
- Descargar y complementar el tratamiento en el sistema ambulatorio.
- Promover la participación de las familias en el proceso terapéutico.
- La rentabilización de los recursos mediante la utilización de técnicas grupales.

### **Objetivos comunes a otros recursos sanitarios**

- La elaboración de indicadores de gestión consensuados, que permitan la evaluación automática de la eficacia y la eficiencia.
- La motivación de los profesionales mediante la participación en la toma de decisiones organizativas y clínicas
- La coordinación entre los recursos de salud mental del Área
- La participación en los programas de docencia de MIR, PIR y enfermería especializada.
- La colaboración con asociaciones de familiares y voluntariado.

## PROCESO ASISTENCIAL

Como se ha indicado el Hospital de Día Psiquiátrico está a medio camino entre los Equipos de Salud Mental y la Unidad de Psiquiatría en Hospital General. Por tanto, recibirá y remitirá pacientes con ambos dispositivos con los que deberá, necesariamente, estar bien coordinado. El que haya una mayor recepción y derivación de pacientes de uno u otro dispositivo es indicativo de un mal funcionamiento de la red, y en consecuencia de baja eficiencia para la red asistencial, independientemente de que las estadísticas particulares del centro fueran buenas. Este dispositivo asistencial, al igual que el resto de los que conforman la red de asistencia psiquiátrica, nunca deberá ser analizado de forma particular o aislada sino en referencia permanente a la propia red asistencial de la que forma parte y sobre la que deberá desarrollar su función.

Inicialmente, podrá existir un período de valoración por parte de los distintos profesionales que podrá llegar a alcanzar a los 15 días primeros de asistencia al Hospital de Día, al final de los cuales cada paciente deberá tener su Programa Terapéutico Individual (PTI). Se entiende que en el Hospital de Día no se presta atención a las urgencias.

### Procedencia de los Pacientes

El acceso al Hospital de Día Psiquiátrico se hará a través de los Equipos de Salud Mental o desde las Unidades de psiquiatría del hospital general y ocasionalmente desde el Servicio de urgencias del hospital. De alguna manera, y como señala Guinea (1998), constituyen un puente entre el ingreso psiquiátrico de 24 horas al día y el tratamiento ambulatorio con revisiones cada 2 o 3 semanas. Surge como alternativa a la hospitalización de los casos agudos y subagudos (AEN, 2000).

Según la derivación proceda desde uno u otro dispositivo, las actividades iniciales de contacto varían según sea:

#### Desde los Equipos de Salud Mental

Se orienta al usuario para iniciar el tratamiento en régimen de hospitalización parcial, motivándole para el mismo, para lo que se pueden utilizar folletos informativos disponibles en los propios equipos. Será preciso que cada Hospital de Día Psiquiátrico o Programa de hospitalización parcial elabore folletos informativos sobre el funcionamiento del dispositivo o programa que pueda ser empleado por los Equipos de Salud Mental.

Desde el Equipo de Salud Mental, se rellena la hoja de solicitud de ingreso que además de datos del profesional y equipo derivador, deberá recoger una pequeña historia de la enfermedad de paciente, juicio clínico, tratamiento actual y objetivos concretos de la derivación. Para ello se emplearán los formularios habituales de derivación a los diferentes especialistas, existiendo alternativamente un formulario específico para el que lo quiera emplear de forma alternativa.

Una vez realizada la hoja de valoración se puede solicitar cita telefónicamente dirigiéndose al Hospital de Día Psiquiátrico<sup>2</sup> ya sea el propio paciente o desde el Equipo. Alternativamente se podrá acudir directamente al Hospital de Día Psiquiátrico a solicitar entrevista para el paciente, para lo cual en el folleto informativo se indicará el mejor horario para visitarlo. Una vez solicitada la entrevista por cualquiera de las vías el paciente deberá ser visto preferentemente dentro de las 24 horas siguientes, y como máximo en las 48 horas (todo en días laborables).

Durante estas entrevistas preliminares es necesario el apoyo de los profesionales del equipo hasta que se realice adherencia al tratamiento del Hospital de Día Psiquiátrico. Se valorará el estado psicopatológico, la motivación del paciente, sus expectativas y recursos propios y la posibilidad de ser ayudado.

Al alta se realiza un informe, que se entregará al paciente personalmente, que incluya la cita de revisión con su equipo de salud mental, en los 15 días posteriores.

### **Desde las Unidades de Hospitalización**

Se solicita entrevista y acude el paciente con la hoja de solicitud de ingreso donde se recoge igualmente la historia breve de la enfermedad, juicio clínico, tratamiento actual y objetivos de la derivación. Se deberán tener las entrevistas en las 48 horas siguientes al alta, con la finalidad de evitar que el paciente se desconecte de la red sanitaria.

Es especialmente importante el contacto telefónico ya que el paciente que es dado de alta en la Unidad de Agudos suele estar menos motivado para realizar otro tratamiento hospitalario (aunque sea a tiempo parcial).

Al alta se le deriva a su equipo de salud mental correspondiente, con el informe de alta y la cita para la revisión, que se entregará al paciente personalmente.

El tiempo medio de estancia en Hospital de Día será alrededor de tres meses.

### **.....Evaluación y Programa Terapéutico Individualizado.....**

De manera general, hasta su incorporación definitiva al Hospital de Día, el paciente seguirá teniendo como referente al profesional ó Equipo que haya hecho el informe de remisión.

El Equipo de Hospital de Día deberá establecer un plan terapéutico individualizado que contenga los objetivos a alcanzar, el horario, el número y secuencia de las actividades en las que participará el paciente, y además, las actuaciones con su entorno próximo, especialmente la familia.

En caso de quedar aceptado el enfermo, se establece el Contrato Terapéutico entre el propio paciente, la familia y el equipo terapéutico, y se fija una fecha de incorporación al Hospital de Día.

<sup>2</sup>En el folleto informativo deberá constar el teléfono y horario de llamadas para solicitud de consulta clínica. Igualmente, podrá existir un e-mail para hacer la solicitud por esta vía.

Mediante el Contrato Terapéutico, el paciente se compromete a aceptar una serie de normas básicas del Hospital: cumplir el horario establecido, no hacer uso de la violencia física, no consumir bebidas alcohólicas ni otras drogas... A su vez, la familia adquiere el compromiso de asistir a las entrevistas que se programen regularmente.

En caso de no ser aceptado el candidato, se remitirá un informe aclaratorio de la no aceptación al profesional ó Equipo que lo haya remitido. Cuando sea rechazado deberá justificarse debidamente el motivo, pudiendo aconsejar sobre el dispositivo que se entiende mas adecuado para los objetivos que se presiguen.

El Plan Individualizado deberá incluir una atención psicofarmacológica, y psicológica o social, integrada con los distintos servicios dirigidos a enfermos mentales. La intervención se dirigirá a los aspectos farmacológicos, psicoterapéuticos, psicosociales y familiares.

El tipo de terapias principales en este tipo de dispositivos serán técnicas grupales, de atención individualizada y familiar, así como a terapias específicas: (dinámicas, cognitivo conductuales, etc.).

También actuará como soporte a las familias y promoviendo y participando en programas psicoeducativos. Además de dar información a la familia sobre el dispositivo y sobre la red de asistencia psiquiátrica y de salud mental, convendrá evaluar el entorno del paciente e intervenir sobre el mismo. Para ello se deberá poder emplear terapias familiares y multifamiliares, en la que se puedan adquirir habilidades de resolución de problemas ante una recaída.

Otras terapias biológicas como la electroconvulsiva y la administración endovenosa de fármacos también podrán ser aplicadas en el hospital de día psiquiátrico aunque no siempre en sus dependencias, si bien su vinculación con el hospital permitirá emplear otra zona que reúna mejores condiciones para el mismo.

## Procedimientos

### Reunión del equipo

Una premisa fundamental es que los miembros del Equipo Terapéutico tengan un conocimiento particularizado de todos y cada uno de los pacientes, que permita, en cada caso y de acuerdo a la problemática de cada uno, establecer el tipo de vínculo, actitud y posición que corresponda.

La categoría profesional no indica específicamente la cualificación, los profesionales de Hospital de Día deberán tener una filosofía ecléctica, integradora de distintos modelos de atención (conductuales, clínicos, dinámicos,...)

La atención, dedicación, grado de formación y coherencia interna del equipo es fundamental, para que la actividad terapéutica sea una labor común: toma de decisiones de manera participativa e intercambio de información entre los distintos miembros del mismo. Para ello se realizan reuniones del Equipo Terapéutico diariamente que tendrán un contenido funcional,

centrada en los aspectos operativos del estado, evolución y actividades de los pacientes.

En las reuniones se harán entre otras:

- Programación de ingresos aceptados tras evaluación, determinación del responsable facultativo y enfermería, y del protocolo o programa a aplicar.
- Análisis de posibles altas, estrategia y medidas a tomar en el caso de que el paciente vaya destinado a cualquier dispositivo de la red (incluyendo el encargo de la preparación de la documentación del alta).
- Evaluación del trabajo realizado. Periódicamente se analizan las actividades, grupos y talleres, cumpliendo un objetivo de supervisión y resolución de problemas de equipo, haciendo énfasis en la evaluación del trabajo con los pacientes de especial dificultad.
- Reevaluación de las programaciones terapéuticas de los pacientes que cumplen el tiempo previsto de ingreso.
- Integrar la información de cada paciente haciéndose extensiva a todos los miembros del equipo

### **Programación terapéutica**

Antes de los 15 días de ser admitido en el HDP, todo paciente dispondrá de una programación terapéutica establecida por objetivos. Dichos objetivos se jerarquizarán según el criterio de dar prioridad estratégicamente a lo más urgente sobre lo más importante y de esto sobre lo más nuclear, bien entendido que el objetivo general del programa terapéutico deberá estar basado y construido precisamente sobre la evaluación de las posibilidades de resolución de lo considerado nuclear. Cada paciente tendrá un facultativo responsable de la programación terapéutica y de su cumplimiento.

La programación terapéutica se hará siguiendo la metodología habitual:

- Definición del problema (o problemas) según el diagnóstico.
- Formulación de los objetivos basándose en los problemas detectados.
- Elección de las técnicas terapéuticas y actividades que, razonablemente, permiten esperar la consecución de los objetivos.
- Estimación del plazo previsible para la consecución de los objetivos
- Determinación de los profesionales del equipo que han de intervenir, establecimiento de las modalidades de intervención y de los modos de coordinación de dichas intervenciones.
- Determinación de los recursos materiales necesarios.
- Reevaluación de la consecución previsto en su programa individualizado de tratamiento.
- Documentación clínica
- Evaluación final y alta.

### **Evaluación y Sistema de Registro Hospitalario**

Dentro de los documentos que sirven para el sistema de registro existen:

1.- Registro de Ingreso Hospitalario, donde se anota el número de historia clínica, los datos

del paciente, la Unidad y la fecha de derivación, la fecha de ingreso y el motivo de no ingreso, en cada caso.

2.- Registro de Asistencia Sanitaria incluye datos diarios de número de pacientes que asisten al Hospital, número de profesionales, ingresos, altas, entrevistas individuales y familiares, etc.

3.- Historial clínico que además de las anotaciones de la evolución de los pacientes, diagnóstico y tratamiento y exámenes diagnósticos complementarios, incluye la Solicitud de derivación, la hoja personal de seguimiento, los objetivos individualizados y el informe de alta.

Todo paciente del HDP dispondrá desde su ingreso en el mismo de una carpeta individual que ha de contener, al menos, los siguientes documentos:

- Datos de filiación, administrativos y sociodemográficos.
- Informe de derivación del centro o dispositivo del cual procede.
- Historia psiquiátrica.
- Examen del estado mental en el momento de la admisión.
- Diagnóstico.
- Programa terapéutico inicial con expresión de los procedimientos a utilizar, los objetivos a alcanzar y las evaluaciones.
- Hojas de tratamientos biológicos.
- Hojas de evolución clínica.
- Documentación de enfermería.
- Protocolos específicos en los que está incluido.
- Exámenes diagnósticos complementarios (biológicos y psicológicos).
- Informe de alta-derivación.

Entre los documentos que se utilizan para evaluación del funcionamiento del Hospital existen:

1.- Cuestionarios de satisfacción del paciente en torno a la mejoría subjetiva, a la valoración de las actividades terapéuticas, al entorno físico y a la atención recibida.

2.- Cuestionario de satisfacción de los familiares respecto a la mejoría percibida en su familiar, al entorno físico y a la atención recibida.

## Alta y derivación del paciente

El alta del paciente se producirá habitualmente cuando se alcancen los objetivos marcados, si bien en el Hospital de Día Psiquiátrico habrá las posibilidades de alta propias de cualquier dispositivo de la red de asistencia psiquiátrica y salud mental:

- Altas hospitalarias médico-psiquiátrica.
- Alta voluntaria a petición del paciente o de su representante legal, en el caso de incapacidad.
- Alta por defunción
- Alta por abandono del tratamiento
- Alta por empeoramiento
- Alta por incorporación laboral

Tanto la documentación clínica al alta como los criterios de la misma deberán estar bien establecidos.

- Consecución de los objetivos previstos en el programa terapéutico.
- Fracaso de las expectativas de consecución de dichos objetivos.
- Cuando se considere que en ese momento el paciente puede beneficiarse más de un tratamiento en otro dispositivo asistencial.

Al no tratarse de un dispositivo de tratamiento coercitivo, el alta voluntaria es una posibilidad abierta

El alta del paciente se producirá previa reunión en la que se analizarán las razones y conveniencia de la misma. El informe de alta ha de contener las razones de la derivación del paciente al dispositivo de la red considerado más idóneo para seguir el tratamiento

El dispositivo que ha de recibir al paciente ha de ser informado y participar en el proceso del alta, que en muchos casos es progresivo hasta que su adaptación a la nueva situación sea adecuada, con carácter excepcional, podrá el Hospital de Día hacer seguimiento del paciente y nunca por más de tres meses.

## CARTERA DE SERVICIOS

El Hospital de Día atiende a pacientes psiquiátricos en Horario de 9 a 14 horas de lunes a viernes, ofreciendo al menos los siguientes servicios:

- Orientación diagnóstica.
- Tratamiento farmacológico.
- Terapia grupal.
- Intervenciones familiares.
- Tratamiento psicoeducativo.
- Programas de entrenamiento en habilidades sociales y comunicación.
- Programa de entrenamiento en autoestima.
- Actividades terapéuticas corporales. Entrenamiento en relajación
- Actividades de vinculación con el medio y de animación socio-cultural.
- Taller de expresión plástica.
- Programa de intervención cognitiva
- Otras intervenciones posibles (psicodrama, musicoterapia y etc.)



## PROFESIONALES DEL HOSPITAL DE DÍA

La atención, dedicación y grado de formación y coherencia interna del Equipo Terapéutico es fundamental. Por otra parte los efectos propiamente terapéuticos no provienen solamente del personal tratante, sino también de la intervención e intercambio de los pacientes, fundamental en la terapia de grupo.

Se recomiendan los siguientes profesionales, si bien dependerá en gran medida de la dimensión del Hospital de Día para que se incremente más o menos la plantilla de profesionales, especialmente de profesionales de enfermería y auxiliares de clínica.

Se recomienda entonces lo siguiente:

- 1 psiquiatra. En caso que se superen más de 20 plazas se podrá incorporar un segundo psiquiatra (Xunta Galicia, 1997; Insalud, 1999).
- 1 psicólogo/a Clínico (Xunta Galicia, 1997).
- 1 profesional de enfermería con experiencia en salud mental (psiquiátrica). En el caso de la Xunta de Galicia (1997) se llega a recomendar 2, e incluso 3 por el Insalud (1999).
- 1 Terapeuta Ocupacional (o monitor ocupacional). Opcional.
- 1 Trabajador social, con dedicación parcial.
- 2 auxiliares de enfermería o 3 auxiliares de clínica según la Xunta de Galicia (1997) y ninguno según la Guía del Insalud (1999).

Se procurará la sustitución del personal en periodos vacacionales

## UBICACIÓN Y ESTRUCTURA

Un concepto fundamental para los hospitales de día es la "accesibilidad", ya que en las áreas con una importante dispersión de la población que puede hacer desaconsejable la puesta en marcha de un hospital de día. Poblaciones por debajo de los 80000 habitantes no parecen susceptibles de poner en marcha un dispositivo de estas características. En consecuencia, en Castilla y León, y debido a la dispersión de la población, su eficiencia es más limitada, quedando a nuestro entender como un recurso interesante pero de menor prioridad que los otros que se describen. Por otra parte, la dotación de recursos "óptima" para esta clase de hospitales oscilan entre un máximo de 20 plazas a un mínimo de 10, atendidas por un psiquiatra y un psicólogo. No obstante, se estima que la cantidad de pacientes día deberá situarse entorno a los 8-13 casos. Considerando que no es preciso que todos vayan todos los días y que podrán existir diferentes grados de intensidad terapéutica, no puede establecerse el número de plazas fijo sino estimativo en función de la intensidad asistencial de cada caso, si bien no convendrá superar el número de 20 pacientes en seguimiento por un psiquiatra.

En algunas organizaciones asistenciales se propone que su ubicación debería ser en zona urbana y de forma normalizada (Xunta Galicia, 1997), e incluso en documentos tipo como el de Insalud (1999) no establece claramente el lugar idóneo. Esta circunstancia ha llevado en algunas localizaciones a la confusión con los centros de rehabilitación psicosocial de carácter claramente comunitario.

Sin embargo, el objetivo principal debe ser evitar el ingreso en la Unidad de Psiquiatría en hospital general o que esta se prolongue, en consecuencia, no debería disminuir en el número de recursos que tiene aquella por lo que se considera que su ubicación preferente será en los hospitales con acceso directo a todos los servicios hospitalarios centrales (analítica, radiología, etc.) si bien conviene que tenga un acceso directo a la calle o se requiera lo menos posible entrar en el hospital. En definitiva que esté en el campus hospitalario, esté funcionalmente adscrito a la Unidad de Psiquiatría del hospital general, cuente con todos los servicios centrales del mismo pero que sea accesible rápidamente desde el exterior.

El espacio será suficientemente amplio, con luz natural y ventilación, para el desarrollo de las actividades.

Todos estos espacios están dotados del mobiliario y material correspondiente.

En cuanto a necesidades de espacio se estima lo siguiente (Insalud, 1999):

- Un despacho por facultativo.
- Una sala polivalente para reuniones del equipo y actividades socioculturales.
- Una Cámara de Gesell.
- Una sala de espera.
- Un office.
- Un vestuario para pacientes.

- Tres aseos y duchas.
- Secretaría/archivo clínico.
- Área de enfermería con despacho, y área de observación con cama, botiquín y material sanitario.
- Un espacio para archivo y material fungible.
- Dos salas de grupo, una de ellas preparada para terapia ocupacional: una sala de Terapia de Grupo; una sala de expresión plástica; una sala para las actividades terapéuticas corporales.
- Sala común para pacientes fumadores.

En cuanto a los materiales diagnósticos, terapéuticos y administrativos se precisarían los propios de cualquier dispositivo de asistencia psiquiátrica de esta naturaleza, entre los más utilizados, cuestionarios de personalidad (TCI, MCMI), clínicos (SCL-90, STAI, PANS, escala depresión de Beck), cognitivos (minimental, WAIS)....

De los servicios de diagnóstico médico, podrán realizarse en el HDP las extracciones analíticas, y el resto se remitirán a otros servicios.

## .....Formación e Investigación.....

El Hospital de Día participa del proceso formativo alumnos de primero, segundo y tercer ciclo de formación en Ciencias de la Salud y Sociales. Los residentes asisten durante su periodo de rotación por la Unidad, participando activamente en el funcionamiento del Hospital. Realizan prácticas los alumnos del último curso de psicología y estudiantes de la Escuela de Enfermería.

El tener una línea de investigación permanentemente abierta sobre la metodología y resultados, o diferentes aspectos más particulares del trabajo, no sólo es imprescindible siguiendo las directrices de la O.M.S., sino que además es un indicador básico en la calidad de la asistencia prestada.

Otro aspecto importante de la actividad científica es el planteamiento de una línea de trabajo donde la investigación experimental de diferentes técnicas, metodología y abordaje, puedan ser llevadas a cabo a fin de comprobar sus resultados y extraer las oportunas conclusiones.

Es imprescindible la realización de sesiones clínicas y seminarios, así como acudir a congresos y reuniones científicas sobre el tema, donde se participa para exponer el resultado de las investigaciones y cotejarlas con otras.