

GRUPO DE TRABAJO DE LA AEN SOBRE HOSPITALES DE DIA

JUSTIFICACIÓN

Tal y como se refleja en la Estrategia de Salud Mental del Ministerio de Sanidad y Consumo, los sistemas de atención a la salud mental de las distintas comunidades autónomas se han desarrollado en los últimos veinte años en el marco propuesto por la Ley General de Sanidad y el Documento de la Comisión para la Reforma Psiquiátrica, pero lo han hecho a ritmos y con planteamientos no siempre coincidentes. Tampoco existe un acuerdo en cuanto a nomenclaturas, ni un sistema de información que permita la construcción de un registro de la actividad o, al menos, de los recursos sanitarios públicos dedicados a la atención a la Salud Mental en España.

Uno de los dispositivos en los que se atiende a los pacientes con trastorno mental severo, paradigmáticos en cuanto a las dificultades señaladas más arriba, lo constituyen los hospitales de día (HD), últimos dispositivos estrictamente sanitarios que se incorporan a la red de recursos que configuran la asistencia en Salud Mental. En los últimos años se han abierto numerosos hospitales de día, lo que supone probablemente un avance en la atención de pacientes con trastornos mentales graves, pero no hay aún consenso sobre qué es un hospital de día, y se agrupan con el mismo nombre dispositivos muy diferentes, tanto por el tipo de actividades que en ellos se realizan como por la población a la que se dirigen, los recursos humanos con los que cuentan y los resultados que obtienen.

Aunque el conocimiento y la posibilidad de establecer comparaciones entre los sistemas de atención a la salud mental es uno de los propósitos de la Estrategia en Salud Mental, la falta de acuerdo sobre nomenclatura y la incompatibilidad de los sistemas de información de las diversas comunidades autónomas, hacen que no sea previsible que a corto plazo se disponga de una base de datos que permita disponer de esta información.

En este contexto, y dado el interés por conocer la situación actual de los HD en las diferentes CCAA, así como de ofrecer una opinión sobre ellos y consensuar instrumentos de medida que puedan servir para evaluar resultados, se aprobó en noviembre de 2007, por iniciativa de la AEN, formar un grupo de HD con el objetivo de que trabajara sobre estos temas y elaborara un documento que recogiera los resultados. Se trata del segundo grupo sobre HD en la AEN. En el primero, que estuvo activo entre 1998 y 2000, se llegó a un consenso sobre definición de hospitales de día, indicaciones, contraindicaciones, planes de tratamiento y recursos necesarios para llevarlos a cabo que se publicó en la revista de la AEN (1), y estuvo en la base de las intervenciones de las personas designadas por la AEN

para participar como expertos en la elaboración de la “Guía de gestión de hospitales de día psiquiátricos. INSALUD”, del año 2000 (2)

COMPOSICIÓN DEL GRUPO de consenso: se ha invitado a participar a profesionales de distintas comunidades con experiencia en la organización, puesta en marcha y funcionamiento de hospitales de día, entre los que se ha incluido a psicólogos, psiquiatras y enfermeras. Para ello se ha partido de la información sobre hospitales de día del observatorio de la AEN, y se han designado en la Junta Directiva de la AEN responsables de la actividad en las diferentes asociaciones autonómicas.

La composición del grupo, con aquellos que aceptaron la invitación a participar, fue la siguiente (desde entonces varios miembros del grupo han cambiado de destino por distintas causas, no siempre voluntarias) :

MADRID:

- Josefina Mas Hesse, psiquiatra, coordinadora del HD del área 3, coordinadora del grupo de HD de la AEN.
- Juan Carlos Azcárate, psicólogo, coordinador del HD de Chamartín.
- Pilar Famoso, enfermera del HD del área 9.
- Diego Figuera, psiquiatra, coordinador de uno de los HD del área 7 (Ponzano).
- Ana Moreno, psiquiatra, coordinadora del HD del área 9.
- Teresa Suárez, psiquiatra, coordinadora del HD del área 8.
- Posteriormente se ha incorporado David Núñez, psicólogo, coordinador del HD del área 11

CATALUÑA:

- Carmen Masferrer, psicóloga, del HD Centre Forum de l’Hospital del Mar.
- Miguel Martínez, psiquiatra, HD Sant Boi.
- Anacris Sierra, psiquiatra. HD. Centres Assistencials Emili Mira i Lopez. Santa Coloma de Gramanet

CASTILLA LA MANCHA:

- M^a Mar Soler, psiquiatra, HD de Guadalajara.

ANDALUCÍA:

- Mercedes Castro, Hospital de Día del Área de Salud Mental del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.
- Amalia Tesoro, psiquiatra USMC de Camas, Sevilla.
- Vicente Rojo, psiquiatra, HD de Torrecárdenas, Almería.

GALICIA :

- M Jesús García Alvarez, psiquiatra, coordinadora HD de Ferrol, Galicia.

ASTURIAS :

- Carolina Menéndez, psicóloga clínica. C.R. San Lázaro, Oviedo

PAÍS VASCO :

- Jose Luis López Atienza, psiquiatra, coordinador del HD Uribe Costa.

NAVARRA:

- Charo de Luis Beorlegui, psicóloga, HD de Pamplona.

ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO Y METODOLOGÍA

El Grupo se creó por iniciativa de la AEN con los siguientes objetivos:

- 1) Crear un documento que ofrezca una visión general de los hospitales de día que existen actualmente en nuestro medio, y ofertar un consenso sobre las características estructurales y funcionales necesarias para los hospitales de día.
- 2) Buscar indicadores que permitan la evaluación de resultados en HD.
- 3) Crear una red estable de hospitales de día en el Estado, que permita la comunicación e investigación conjunta.

La metodología ha consistido en utilizar la red, comunicarse en multiconferencias y celebrar reuniones periódicas (1 al año). Hasta el momento se han mantenido 2 reuniones presenciales y 5 multiconferencias, aunque se ha trabajado fundamentalmente por correo electrónico tanto para la elaboración de la encuesta de recogida de datos de hospitales de día, como para la elaboración del documento sobre la situación de los hospitales de día y el inicio de la creación de una red de estos dispositivos.

Al inicio se diseñó un plan de trabajo, cuya primera fase ha consistido en recopilar información sobre el estado de los hospitales de día del Estado, analizarla y redactar un informe sobre la situación en cada una de las diferentes Comunidades a las que se ha accedido. Previamente se llegaron a acuerdos sobre los mínimos necesarios para considerar a un paciente en tratamiento en HD y se ha hecho una pequeña revisión bibliográfica de resultados en HD.

En febrero de 2008 se propuso retomar unas Jornadas sobre Hospitales de Día, que se habían mantenido en el pasado durante siete años, desde las primeras que se realizaron en 1982, en St Joan Despí, hasta las de 1988 en Madrid. Se ofreció Madrid para realizar esta primera (re)edición, que tuvo lugar el 21 de noviembre de 2008. En ellas se presentó un resumen de los resultados del trabajo de realizado por el grupo para conocer la situación de HD en el Estado (anexo 1). Es voluntad del grupo de HD mantener unas jornadas anuales, por considerarlo beneficioso para el intercambio de opiniones y la aproximación entre HD.

DEFINICIÓN DE HOSPITAL DE DÍA

Al analizar los datos nos encontramos con ciertas dificultades a la hora de entendernos, que pusieron de manifiesto que coexistían diferentes interpretaciones sobre lo que es el tratamiento en hospital de día, ya que en estos centros se hacen intervenciones tan dispares como rehabilitación o tratamientos ambulatorios intensivos, no siempre diferenciados del tratamiento del hospital de día propiamente dicho.

Se definió, por consenso, el HD como recurso de atención continuada, de tratamiento intensivo y estructurado, limitado en el tiempo y orientado a la continuidad de cuidados en la comunidad. Se caracteriza por el tratamiento por el medio, definido como la utilización del tiempo y el espacio de manera terapéutica, mediante la integración de distintas actividades terapéuticas, trabajo en equipo interdisciplinar, con diferentes recursos, con el objetivo de llevar a los pacientes de la heteronomía a la autonomía. Se considera que un paciente está en tratamiento de hospital de día cuando acude, al menos, 20 hs/semana, que son los criterios mínimos que se requieren en la literatura (DiBella (3) se refiere a un horario de 20-35 hs semanales)

Se sigue así la definición de Hospitalización Parcial de la Asociación Americana: “un programa de tratamiento ambulatorio, activo y de tiempo limitado, que ofrece servicios clínicos estructurados, coordinados y terapéuticamente intensivos dentro de un ambiente terapéutico estable (...) emplea un esquema integrado, global y complementario de enfoques reconocidos de tratamiento (...). El programa debe ser una unidad organizada, separada e identificable aunque integrada dentro de la continuidad de servicios de salud mental”.

REVISIÓN DE BIBLIOGRAFÍA

Se ha empezado a compilar bibliografía sobre evidencia disponible respecto al tratamiento en hospitales de día internacionales. En una revisión de 2001 de la estricta Colaboración Cochrane, se admite que, aunque limitada, hay evidencia para justificar el suministro de programas de tratamiento diurno y hospitales de día de transición, no habiéndola en cambio para la atención a través de centros de día (4).

1.- El HD de transición o alternativa a la hospitalización

Para la *American Psychiatric Association* (5) “la hospitalización parcial puede ser usada como una alternativa inmediata al tratamiento hospitalario para pacientes psicóticos agudos o para continuar la estabilización tras un breve ingreso hospitalario. (.....) tiene la ventaja de evitar la interrupción de la vida del paciente, el tratamiento se realiza en un ambiente menos restrictivo y reduce el estigma asociado a la hospitalización psiquiátrica”. Para afirmar esto se basa en una revisión de estudios controlados que muestran que la hospitalización parcial es, al menos, tan efectiva como el tratamiento en unidad de agudos o, incluso, según algunos estudios, más efectivo en aspectos como reducción de tasa de rehospitalización, reducción de síntomas, y preservación del funcionamiento social.

Una revisión sistemática de Cochrane, de 9 ensayos en los que pacientes con trastornos mentales en fase aguda fueron asignados aleatoriamente a hospitales de día o unidades de hospitalización, concluye que el tratamiento en hospitales de día

produjo una mejoría en el estado mental más rápida, sin que hubiera diferencias en los días de ingreso ni en la tasa de reingresos, considerándose por ello que “el cuidado en los hospitales de día puede lograr reducciones sustanciales del número de personas que necesitan atención hospitalaria, a la vez que se mejora el resultado de pacientes”(6).

Otro metanálisis importante es el de Schene de 2004 (7), del que resulta que la hospitalización parcial es una buena alternativa para alrededor de una tercera parte de los pacientes que necesitan hospitalización. No parece implicar desventajas sobre la segunda ni en la recuperación clínica, ni en el funcionamiento social, ni en readmisiones o riesgo de suicidio, mientras que la recuperación parece mas rápida en hospitalización parcial, no resulta una carga para las familias y los pacientes quedan más satisfechos. En conclusión, el autor argumenta que deben existir más hospitales de día con la función de ser alternativa a la hospitalización total.

Guinea y cols (8) recogen las sugerencias de Bowman et (9) al de que el HD es más adecuado que la hospitalización psiquiátrica convencional en una unidad de agudos para pacientes jóvenes, con historia psiquiátrica corta y con suficiente apoyo familiar y social y presentan resultados alentadores en el seguimiento de 88 pacientes tratados en HD, con diagnósticos heterogéneos, con una estancia media de 11 meses.

2.- El HD como alternativa al tratamiento ambulatorio para trastornos mentales severos

Hay menos publicaciones sobre este tema que sobre el anterior. Tanto en la Guía del Insalud como en el anterior documento de la AEN se delimita el perfil de pacientes que serían susceptibles de la opción de tratamiento en HD: se habla de subagudos o en condiciones de retraining importante que dificultan el acceso a los servicios ambulatorios ordinarios o requieren una contención durante una etapa del tratamiento de los pacientes que estos no pueden dar.

Los estudios de Bateman y Fonagy sobre resultados del MBT (tratamiento basado en la mentalización) en hospital de día parece avalar el tratamiento en HD de determinados pacientes con TLP (con más necesidad de contención que los que pueden ser tratados con tratamiento intensivo ambulatorio), ya que con él logran disminución de síntomas y frecuencia de ingresos significativamente mayor que con el tratamiento ambulatorio estándar (11), y esta disminución se mantiene a los 18 meses del alta (12). A partir de estas investigaciones el HD se incluyó la guía de la APA de 2001 como un modo de tratamiento eficaz para TLP (13). En la revisión Cochrane se recoge este estudio, afirmando que “hubo evidencia derivada de un ensayo, que indica que los programas de tratamiento diurno son superiores a la atención ambulatoria continua en términos de una mejoría en los síntomas psiquiátricos. No hubo evidencia que indicara si los programas de tratamiento diurno

eran mejores o peores que la atención ambulatoria en cuanto a otras variables de resultados clínicos o sociales, o bien en cuanto a los costos”(14).

Los tratamientos a los que se refieren son de una duración de 18 meses, en cambio, otros autores (15) llegaron a la conclusión de que los resultados de tratamiento de pacientes con TLP en su HD, limitado a pocos meses, no era efectivo, si bien lo era para otros trastornos de la personalidad, como dependiente. Es decir, el tratamiento en HD de día para TLP aparece como una intervención útil siempre que su duración sea suficiente y que las modalidades de tratamiento sean adecuadas para esta patología.

Es interesante la publicación de Harrison et als (10) comparando el hospital de día de Massachussets, paradigmático como alternativa a la hospitalización, con nuevos servicios ambulatorios “home treatment” recientemente implantados, que cuentan con más ratio de profesionales que el HD, cobertura de 24 hs y trabajo domiciliario. Su evaluación de los servicios sugiere que estos nuevos dispositivos permiten tratar pacientes más graves que el HD original, y que se asocian con un aumento de la severidad de enfermedades agudas que pueden ser tratadas con éxito sin ingresar, añadiendo que su coste estaría entre el del hospital y el HD.

Por tanto al hablar de HD como alternativa al tratamiento ambulatorio hay que discriminar de qué tipo de tratamiento se trata (habitual en servicios ambulatorios, tratamiento intensivo ambulatorio, programas de seguimiento, trabajo domiciliario o en la calle) para poder acercarnos a programar qué tratamiento es mejor para qué pacientes.

DOCUMENTO SOBRE SITUACIÓN ACTUAL DE HD

Para conocer la situación actual de los HD se han llevado a cabo las siguientes actividades:

- Elaboración y revisión de una encuesta para recopilar datos sobre funcionamiento de los hospitales de día del Estado (anexo 2)
- Enviar esta encuesta a todos los HD de la red pública a los que se ha podido acceder. En general se ha encontrado colaboración por parte de los HD y de los coordinadores de área sanitaria y responsables de salud mental de las Comunidades Autónomas (CCAA) a los que se les ha solicitado.
- Organizar la información. Al empezar a revisar en el grupo la información recopilada, se vio necesario que en cada una de las comunidades se revisaran, reorganizaran y redactaran en un informe que incluyera también el contexto sanitario local y los planes de salud mental vigentes.
- Elaborar un documento sobre la situación actual de los HD (a partir de los informes de las Comunidades Autónomas, realizados con los datos de los HD que han respondido a la encuesta en que se les solicitaban, a los únicos que nos referimos a partir de aquí).

En el estado español, los HD han pasado en los últimos años de ser recursos excepcionales a extenderse por todas las CCAA, siendo reconocidos en la planificación de las áreas sanitarias como dispositivos necesarios, lo que se refleja en su progresiva inclusión en los planes de salud mental.

Los informes elaborados a partir de los datos recibidos revelan que entre ellos hay similitudes pero también diferencias, tanto entre Comunidades como dentro de ellas.

Los HD de las distintas CCAA tienen en común que en ellos se atienden pacientes con patología mental grave, con coincidencia en los diagnósticos (trastornos psicóticos, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de la personalidad...), habiendo bastante acuerdo en los criterios de exclusión, que en general coinciden con los que se marcaron en la "Guía de gestión de hospitales de día psiquiátricos. INSALUD" (2) y en el documento del grupo de HD de la AEN de 2000 (1): en general tienen definido el número de plazas, que se encuentra 15-30 plazas, siendo excepcionales los que cuentan con más (al analizar los datos parece que cuando es así, se debe a que incluyen otros programas, como rehabilitación); la mayoría están incluidos en la red de salud mental, con derivación desde los equipos del área y devolución a los centros ambulatorios al alta, asegurando la continuidad de cuidados; también hay una cierta homogeneidad en los formatos de tratamiento que se ofrecen (no tanto en los modelos de tratamiento ni en la formación de los

profesionales que los aplican) y en que el paciente tenga un facultativo de referencia, aunque el tratamiento se realice desde un equipo multidisciplinar.

Las diferencias se refieren fundamentalmente a dos cuestiones, tras las cuales encontramos HD con funcionamientos bien dispares:

La primera tiene que ver con los objetivos, ya que en algunos casos están netamente dirigidos a funcionar como alternativa a que el paciente sea hospitalizado o a servir de transición entre la hospitalización y el tratamiento ambulatorio, mientras que en otros el objetivo prioritario es el tratamiento intensivo a medio plazo en régimen de HD (como se explica más adelante, el componente de alternativa a la hospitalización está también presente, pero de otra manera).

La segunda se refiere a si los programas de HD están bien delimitados o no respecto a otros programas que en ocasiones se ofrecen en los mismos locales y con el mismo personal, siendo los programas más frecuentes el de rehabilitación y el de tratamiento ambulatorio.

1.- CONTEXTO

En el grupo de trabajo de HD consideramos que para entender la situación actual de los HD necesitábamos conocer el contexto en que se habían ido desarrollando, por lo que recopilamos información al respecto, que se resume a continuación:

Con la reforma sanitaria, iniciada con el primer gobierno del PSOE (1982), se potencia el tratamiento ambulatorio sobre el hospitalario y el desmantelamiento de los antiguos hospitales psiquiátricos, creándose las condiciones para empezar a organizar una red única de atención sanitaria a los pacientes con trastornos mentales y para ir potenciando los servicios de atención ambulatoria (hay que recordar que anteriormente los recursos estaban dispersos, dependiendo de distintas administraciones sin relación entre sí, frecuentemente localizados en hospitales, mientras que la gran mayoría de la población era atendida por el neuropsiquiatra del INSALUD, cuya dedicación era de sólo 2hs diarias).

En este contexto se abren más hospitales de día, al principio por voluntad de profesionales sensibles a las necesidades de tratamiento de pacientes graves e interesados en evitar las complicaciones que podía conllevar la hospitalización, al separar al paciente de su medio y someterle a unas condiciones que en ocasiones conllevaban trauma o estigma. De esta forma, hace aproximadamente dos décadas, en los 80, se abre un número importante de HD en las diferentes CCAA. Por otra parte, enseguida se empiezan a poner en funcionamiento los primeros HD que obedecen a un plan de salud mental para el área a la que sirven, con funciones y objetivos predeterminados por los promotores de tales planes, así como relaciones y límites claros con el resto de recursos del área. Es lo que ocurre con el HD del Instituto Psiquiátrico José Germain, en la CAM, inaugurado el 1 de julio de 1992.

Como se comentaba más arriba, la importancia del papel de los hospitales de día en el conjunto de recursos sanitarios para atender las necesidades en salud mental

de la población ha ido siendo progresivamente reconocida por las diferentes administraciones en las últimas décadas. Esto se plasma por primera vez a nivel estatal en el interés del INSALUD de crear una “Guía de gestión de hospitales de día psiquiátricos” (2), para lo que se requirió la colaboración, a finales de la década de los noventa, de expertos de la AEN (Asociación Española de Psiquiatría) y la SEP (Sociedad Española de Psiquiatría) con las personas designadas por el Insalud para su elaboración. De esta manera en el año 2000 se publicó, por primera vez, un documento de ámbito estatal con una definición y unas directivas sobre objetivos, recursos y actividades de los hospitales de día de salud mental.

Esto supuso un paso adelante en la delimitación de estos servicios, que fueron diferenciados claramente de recursos rehabilitadores u ocupacionales, y que quedaron definidos como “dispositivos asistenciales de tratamiento activo de trastornos mentales en régimen de día”. Entendiendo por *dispositivo asistencial* “una institución sanitaria integrada en la red de prestación de cuidados médicos del sistema de salud”, por *tratamiento activo* “la aplicación de todas aquellas técnicas y procedimientos terapéuticos que el avance científico y la experiencia clínica han demostrado como efectivas para el alivio, mejoría o curación de un proceso patológico que se encuentra en actividad”, por *trastorno mental* “aquellos que se encuentra contenidos en y definidos por las clasificaciones psiquiátricas al uso y, específicamente, por la décima edición de la clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud: CIE-10”, y por *régimen de día* “la asistencia prestada durante la jornada diurna lo que ha de suponer, al menos, la posibilidad de que el paciente permanezca en el dispositivo asistencial durante 5 horas diarias”.

Asimismo, se distinguió el Hospital de Día de “los siguientes dispositivos de la red sanitaria y de servicios sociales:

- Centro o programas de tratamiento ambulatorio. Destinado a proporcionar tratamiento y seguimiento puntuales en régimen ambulatorio a pacientes psiquiátricos. Un ejemplo puede ser una clínica de litio o un programa de neurolépticos depot. Un HD puede disponer de programas propios de estos centros pero su espectro de actividades es mucho más amplio.
- Centro de rehabilitación ambulatoria. Destinado a proporcionar un programa de rehabilitación a aquellos pacientes estabilizados. Se le ha llamado también Centro de Día, terminología que induce a confusión. Un HD puede desarrollar algún programa de rehabilitación específico pero su actividad básica está focalizada en el tratamiento activo.
- Club de Enfermos o Centro Psicosocial. A este dispositivo también se le ha 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). El HD no desarrolla programas específicos de este tipo.
- 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. El HD no desarrolla programas específicos de este tipo”.

En los últimos planes de salud mental de las diferentes CCAA se reconoce a los HD como dispositivos básicos dentro de la red de salud mental y se recomienda su implementación.

La pionera en incluir los HD entre los servicios sanitarios de su red de salud fue **Andalucía**, con el decreto 338/88 de la ordenación de los servicios de atención a la Salud Mental, pero entonces definía los HD como dispositivos de carácter experimental, entendiendo como experimental que había que evaluarlo y en función de sus resultados extenderlo o no.

Posteriormente, en el decreto 77/2008 que actualiza y deroga el anterior, se les considera dispositivos necesarios la red sanitaria, que ocupan un lugar intermedio entre las unidades de hospitalización y las unidades de salud mental comunitarias.

En **Galicia** en el Decreto 389/94 ya se incluye a los hospitales de día entre los dispositivos básicos de las redes de salud mental, definiéndolos en su Art. 8 como “centros de hospitalización parcial con la misión de desarrollar funciones intermedias entre la unidades de salud mental y las unidades de hospitalización”, se señala también su carácter asistencial-terapéutico, diferente del de los Centros de Día, con función primordialmente rehabilitadora. Sin embargo entre sus funciones se alude a la rehabilitación, además de señalar su papel de alternativa a la hospitalización. Posteriormente, en 1999, se desarrollan más detalladamente sus “funciones asistenciales multidimensionales e intensivas, que no pueden ser realizadas por las unidades de salud mental y con menor alteración vital y social que la que supone el ingreso hospitalario” y se establece tanto su ubicación como sus recursos humanos. En el último *Plan estratexico de Saúde mental Galicia 2006-2011* se señala la necesidad de potenciar los programas de rehabilitación psiquiátrica extrahospitalaria a través del desarrollo de los hospitales de día, los equipos de continuidad de cuidados y los dispositivos de apoyo comunitario; se plantea como objetivo que en todas las áreas haya cobertura de programas de HD con una estancia media de cuatro meses; y se concluye que son y deben ser la principal alternativa a la hospitalización psiquiátrica.

En **Castilla la Mancha** en el PSM 2000-2004 se estipula que cada área sanitaria debe contar con este dispositivo de forma obligatoria, contemplándose sus funciones, capacidad y dotación de recursos. Se define como “programa ambulatorio de tratamiento intensivo que sirve como alternativa a la hospitalización completa y como complemento al tratamiento ambulatorio de la unidad de salud mental en los casos más graves”. En el de 2005-2010 se mantiene las ratios del anterior y definición de los hospitales de día sin modificaciones sustanciales.

Madrid tiene una larga tradición de hospitales de día salud mental, que se inicia ya con el franquismo (anteriormente, durante la guerra, y por la penuria de recursos, se creó un primer hospital de día en Madrid). En la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad (LOSCAM) de Madrid de 26 de diciembre de 2001 se recoge la voluntad de desarrollar los HD y en el PSM 2003 – 2008 se concreta la decisión de la Oficina de Salud Mental de la CAM de dotar de hospital de día a todas las áreas sanitarias de la Comunidad, estableciéndose las indicaciones y contraindicaciones y el tipo de personal que deben tener. Entre sus objetivos se contempla la evaluación, diagnóstico y tratamiento integral de los pacientes hasta ser dados de alta; actuar sobre los factores de protección y riesgo que modulan el curso de la enfermedad; y, como en la guía de gestión de HD psiquiátricos del INSALUD, garantizar la permanencia del paciente en la comunidad con intervenciones que van desde la intervención en crisis hasta el cambio en profundidad.

En **Asturias**, con el Plan Estratégico de Salud Mental 2001-2003 se consideraron las diversas estructuras intermedias que estaban funcionando como una única estructura funcional, con un equipo también único para las tareas de rehabilitación, tratamiento terapéutico y comunidad terapéutica poco delimitadas entre sí. Desde 2006 estas estructuras se rigen por el Programa de Atención a las Personas con Trastorno Mental Severo, que no establece ninguna diferencia entre dispositivos de rehabilitación y hospitales de día, ni entre estos y comunidades terapéuticas, y contempla ingresos programados en estructuras intermedias, en régimen parcial o a tiempo completo, con los siguientes objetivos: “programas estructurados de tratamiento, situaciones de crisis o de alto riesgo que no requieren hospitalización en unidades hospitalarias, descanso familiar y hospitalización parcial en diferentes regímenes horarios”

En **Cataluña**, en septiembre de 1979 el Govern de la Generalitat recibió las competencias en materia de salud pública, y en 1990 aprobó la Lley d'Ordenació Sanitaria de Catalunya, estableciendo el desarrollo del Plan de Salud como el instrumento indicativo y marco de referencia de todas las actuaciones en materia sanitaria del Govern de la Generalitat. Desde entonces, Catalunya dispone de una red sectorizada de asistencia especializada que ha incluido los dispositivos asistenciales que existían anteriormente. Pero la Diputació de Barcelona, ya en la década de los 80, sufragó los costes de la sectorización, incorporando a su red de atención pública la modalidad del hospital de día. En esta categoría aparece el Centro de Psicoterapia Barcelona (CPB), hospital de Día de titularidad privada que contaba con un año de funcionamiento y que se adhirió a la red de asistencia. A partir de entonces, se ha ido ampliando el número de HD. Cabe reseñar, no obstante, que el primer H.Día de la provincia fue el H.Día Torre de la Creu en Sant Joan Despí.

En **Navarra** se incluye el Hospital de Día dentro de la red de servicios de Salud Mental desde la puesta en marcha del Plan de Salud Mental en el año 1986, que lo definía como centro de hospitalización parcial en el que el paciente pueda recibir tratamiento intensivo desde un enfoque multidimensional: farmacológico, terapia de

apoyo, terapias de grupo etc, sin estar separado de su medio familiar y social, especificando que “cubrirá las funciones de hospitalización parcial dentro del circuito asistencial, para aquellos pacientes que requieran una atención especializada intensiva, pero ésta no pueda (o no sea conveniente desde el punto de vista terapéutico) ser provista desde su entorno habitual; asimismo podrá funcionar como un dispositivo de tránsito entre la hospitalización y el reintegro en la comunidad...” En este Plan se localiza los HD dentro de la red de salud mental, y se integran en ella los dos que entonces existían, el H San Francisco Javier, abierto desde 1980 y el HD de la Fundación Argibide, desde 1982.

En el año 1998 se reestructuraron los servicios de día y de rehabilitación y se redefinió el Hospital de Día de Salud Mental como un centro asistencial de carácter intersectorial para la atención de pacientes con trastornos y diagnósticos más complejos o severos que no puedan ser atendidos por los Centros de Salud Mental, con funciones de acogida y evaluación, de tratamiento y hospitalización parcial, y de coordinación con los Centros de Salud Mental y Unidades de Hospitalización Psiquiátrica. Posteriormente no ha habido ningún otro cambio, ni normativa sobre Hospitales de Día .

En el **País Vasco** se publicaron en 1990 unos “Documentos técnicos de Salud Mental” a cargo de Osakidetxa, donde se consideraban modalidades de HD diferentes en función de cuales de los siguientes fueran sus objetivos predominantes: 1) el abordaje terapéutico de las crisis, evitando la hospitalización; 2) ser paso intermedio entre el ingreso hospitalario y el tratamiento ambulatorio habitual y 3) un abordaje terapéutico más intensivo que el que se puede ofertar desde el Centro de Salud Mental en pacientes en los que no está justificado realizarlo en unidad de hospitalización. Se reconocía que no eran necesariamente objetivos incompatibles, ya que un hospital de día enfocado a la terapia intensiva puede ejercer también funciones de contención en crisis. Las actividades, horarios y tiempo de estancia de cada HD se consideraron relacionadas con que se adhiriera a un u otro de los objetivos antes enumerados, por ejemplo, para los últimos se habla de “espacios psicoterapéuticos con una cierta sofisticación de medios”. Se establecen indicaciones de HD. Se diferencian los HD de los Centros de Día, destinados a la rehabilitación.

Se observa que en algunos PSM el énfasis se hace en la función de alternativa a la hospitalización, mientras que en otros se contemplan las distintas funciones y modalidades de HD. Por otra parte, no en todos se distinguen claramente los HD de otras estructuras intermedias, fundamentalmente de las de rehabilitación.

2.- DATOS RECOGIDOS

Los datos de las encuestas revelan la versatilidad de los hospitales de día y su capacidad de dar respuesta a distintas necesidades de la red sanitaria, y permiten observar cómo generalmente se definen y ocupan un u otro lugar en función del grado de desarrollo de otros recursos, cuya carencia intentan suplir.

Esto ocurre fundamentalmente con las tareas de rehabilitación, también se observa cómo desde los HD se han generado programas de tratamiento intensivo ambulatorio en zonas en las que ésta labor no era desarrollada por los servicios de salud mental ambulatorios.

En general, aparecen dos modalidades de hospital de día relativamente diferenciadas, en una prima la contención, en otra los tratamientos psicoterapéuticos, aunque ambos incluyen los dos componentes:

- 1.-HD de transición, destinado a de evitar o acortar ingresos hospitalarios.
- 2.- Tratamiento psicoterapéutico intensivo a medio plazo en régimen de HD.

2.1.- PACIENTES ATENDIDOS EN LOS HOSPITALES DE DÍA

2.1.1.- En cuanto a las **indicaciones**, en general se atiende a pacientes con patología mental grave, en una franja etaria entre 18 y 65 años. La mayoría están destinados a pacientes con diagnósticos heterogéneos, fundamentalmente trastornos psicóticos, trastornos de la personalidad, trastornos neuróticos graves y trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Los monográficos atienden fundamentalmente TCA, aunque hay también un HD monográfico para TLP y TCA, así como un HD para psicóticos, ambos en el área 7 de Madrid y hay algunos HD, como dos de Álava, destinados al tratamiento de pacientes con toxicomanías o alcoholismo. Cuando en un área o una CCAA hay uno de estos HD monográficos, las patologías que en ellos se tratan se excluyen generalmente de los otros HD. Así ocurre con los TCA en Galicia, algunos HD de Cataluña y Asturias. Pero esto no es siempre así, y tanto en Madrid como en Castilla la Mancha la existencia de un HD para TCA de toda la Comunidad no supone que los pacientes con este diagnóstico no se atiendan en el resto de HD.

2.1.2.- Los **criterios de exclusión son**, para la mayor parte de los HD, pacientes con trastorno orgánico de la personalidad, personalidades disociales o con conductas psicopáticas graves que pongan en peligro la supervivencia del grupo, comorbilidad con retraso mental que dificulte la incorporación a las actividades terapéuticas del hospital de día, uso de sustancias psicotropas que interfiera con el tratamiento y riesgo de suicidio inmediato. En algún HD no hay ninguno, como el de Santiago de Compostela, o se incluye ausencia de soporte familiar mínimo, como en Castilla la Mancha. Otros criterios están implícitos, como son los límites etarios, o la cronificación excesiva para los HD que tienen un perfil más psicoterapéutico, o no necesitar recursos de rehabilitación en los destinados a recuperar o mantener habilidades.

2.1.3.- Las **poblaciones de referencia** son muy diferentes, no sólo en número sino en agrupamiento, ya que la mayoría está ubicado en poblaciones grandes, pero otros se dirigen fundamentalmente a poblaciones rurales más o menos dispersas, que pueden quedar a hora y media o hasta dos horas de distancia. Para estos casos sólo se provee transporte en Andalucía, mientras que en alguna otra autonomía,

aunque no se proporcione transporte, se puede devolver en determinados casos el importe de los gastos que genera, como ocurre en Castilla la Mancha o Ferrol y Compostela

2.1.4.- El **número de plazas** oscila entre 10 y 200. Estas diferencias tan marcadas son excepcionales, y los que refieren un número tan elevado de plazas son HD con programas que no son exclusivamente de HD. Lo más frecuente es que los HD tengan entre 15 y 30 plazas:

La mayoría de los HD de Castilla la Mancha tienen 20 plazas, así como dos de los tres de Navarra, en Madrid el número de plazas es de 20-30 y en Galicia oscilan entre 15 y 20. Las mayores diferencias las encontramos en Cataluña, con 10 plazas en Berga y 60 en el HD CPB y Llíria (aunque la mayoría de sus HD tiene también 20), en Andalucía, entre los 15- 20 de Huerca Overa y los 70 del Hospital Reina Sofía y, sobre todo, en el País Vasco, con 12 plazas en Zumárraga y 200 en Álava, aunque de nuevo encontramos que la mayoría de los HD vascos está entre 20-30 plazas.

2.1.5.- Asimismo el **número de pacientes tratados en el** año es muy variable, yendo desde 24-26 (HD área 1 de Madrid, Granada, o Málaga) a los 306 que informa el Hospital Virgen de la Macarena en Sevilla (de nuevo con programas que no son estrictamente de HD).

Esto es frecuente porque en muchos HD se cubren otras actividades y no siempre se diferencian actividades y pacientes que están en cada programa. Es muy habitual tener programas de tratamiento parcial, tanto como forma de preparar el alta como de atender a algunos pacientes que por sus características (por ejemplo, en Guadalajara se incluyen aquellos que por vivir en zonas muy alejadas) no podrían acudir diariamente. Estos programas en algunos casos suponen tantos o más pacientes que los programas de HD, como ocurre en Uribe Costa, en Galicia, o en algún HD de Día de Madrid, como los del área 7 y 8. En Asturias no está delimitado el tiempo de atención a distintos recursos intermedios, entre los que se incluye comunidad terapéutica, rehabilitación y HD. En Andalucía es frecuente que se compaginen las funciones de HD con las de rehabilitación.

2.2.- DERIVACIÓN, PRESTACIONES Y ALTA

2.2.1.- La **vía de acceso** es la derivación desde el servicio de salud mental ambulatorio, por el facultativo que lleva al paciente a lo largo del tiempo, o desde el ingreso hospitalario. En algunos casos hay otras posibilidades, como Cataluña donde algunos HD admiten pacientes desde servicios sociales, CASD, ADP el MILLE o los centros de día; Galicia, que admite derivaciones desde los dispositivos de rehabilitación hospitalaria, y en algunas áreas desde Servicios Sociales, Asociaciones de Familiares y Atención primaria, Navarra desde media estancia, y, como peculiaridad, en el HU Virgen de la Macarena de Sevilla se admiten derivaciones del Juzgado de primera Instancia.

2.2.2.- Los **horarios** de unos y otros hospitales de día son diferentes, y no siempre se llega a las 5 hs/día ni se ofrece atención todos los días laborables, pero en la mayoría los horarios oscilan entre las 5y las 6 hs diarias, extendiéndose a 7 en algunos casos. Sólo algunos incluyen la comida en su horario.

2.2.3.- Las diferencias en cuanto al **límite de tiempo** que el paciente puede mantenerse en tratamiento son importantes: prácticamente no está predeterminado en Madrid, Castilla la Mancha, Asturias, Navarra, Andalucía ni País Vasco, pero sí en otras comunidades. En Galicia el tiempo de estancia se fija en 4 meses en el *Plan estratexico de Saúde mental Galicia 2006-2011*. En Cataluña hay HD con una limitación del tiempo que oscila entre 1 mes en el de Granollers y Sabadell y 8 meses en Lleida, siendo de 2 meses en Centre Fòrum y Ntra. Sra. de la Merced, 3 meses en Sta. Coloma, Alt Penedès, Berga, Poble Sec, Maresme y Sant Boi, mientras que no hay límite de tiempo en Girona, Hospitalet, Vic, Mataró, CPB, HD Lluria, Tarragona, Mollet del Vallés y Manresa. Aunque en Navarra el tiempo de tratamiento en HD no esté restringido, la tendencia es a acortarlo a 1-2 meses.

2.2.4.- Aunque el tratamiento en el HD se lleva a cabo por un equipo, en la mayoría está establecido el profesional (facultativo) que se hace cargo del tratamiento de cada paciente (excepto en algunos de Castilla-La Mancha), y es habitual hacer **contrato de tratamiento**.

2.2.5.- En cuanto a las **intervenciones terapéuticas**, encontramos que en general se ofrece terapia individual, manejo de la medicación, actividades grupales y entrevistas familiares. En la mayoría hay terapia grupal y con menor frecuencia, terapias familiares o grupos multifamiliares. Hay diferencias en la formación y perfil profesional de los miembros del equipo encargados de realizar estas intervenciones, así como en las técnicas y modalidades de tratamiento que se engloban tras estos ítems tan generales, por ejemplo, en el formato de terapia grupal se incluye terapia interpersonal, terapia basada en la mentalización, terapia conductual dialéctica, psicoeducación, grupo de habilidades, o grupo de buenos días)

En los HD en los que priman los aspectos rehabilitadores, como ocurre en algunos de los vascos, el tratamiento se centra en las intervenciones dirigidas ya sea a la rehabilitación activa, como ocurre en los de Zamudio, destinados a la recuperación de habilidades, ya a otro tipo de intervenciones individuales, grupales, familiares o sociales dedicadas al mantenimiento de habilidades y prevención de recaídas.

No se ha preguntado por el manejo del ambiente terapéutico por considerar que las respuestas podían corresponder a realidades demasiado diversas para poder compararlas

3.6.- Respecto a la **continuidad de tratamiento** en general el paciente sale de alta con cita programada con el facultativo de referencia en el centro de atención ambulatorio y con informe de alta.

2.3 – RECURSOS

Ubicados en el hospital o en locales independientes, generalmente en relación con que tengan como función prioritaria la alternativa a, o transición de, la hospitalización o el tratamiento psicoterapéutico intensivo a medio plazo (los destinados a la rehabilitación están indistintamente cerca o lejos del hospital).

En lo que se refiere a **dotación de personal**, encontramos diferencias en la ratio de psicólogos, psiquiatras, enfermeros y terapeutas ocupacionales, el personal que aparece en la mayoría de los HD, diferencia que se amplifican si nos fijamos en otros profesionales en contacto frecuente o permanente con los pacientes, ya que la diversidad en lo que respecta a trabajadores sociales, auxiliares, celadores, u otros trabajadores, incluyendo psicopedagogos, es grande. Hemos realizado unas tablas de profesionales por cada 10 plazas en algunas CCAA, pero son datos orientativos, es prácticamente imposible comparar los recursos humanos de los HD. Por un lado, porque el número de pacientes atendidos que figuran en nuestros datos tiene que incluir necesariamente en algunos casos pacientes de programas distintos de HD, pero al no estar diferenciados resultan ratios distorsionadamente bajas en algunos HD, como el de Virgen de la Macarena. Además con mucha frecuencia los tiempos que los profesionales dedican al HD no están bien acotados, ya que o tienen dedicación a tiempo parcial (y en cada caso queda establecida de una manera lo que esto significa en horas de HD), o comparten sin delimitación clara su actividad de HD con otros programas como los de comunidades terapéuticas en el caso de los asturianos, rehabilitación en el de muchos de los andaluces o programas de tratamiento intensivo ambulatorios, en alguno de los de Madrid o País Vasco. Hechas estas acotaciones, los recursos de profesionales con que cuentan los HD de las diferentes CCAA son los siguientes:

En **Andalucía** (tabla 1) encontramos que aunque en el HU Virgen de la Macarena de Sevilla hay cinco psiquiatras, en la mayoría hay dos. En general tienen un sólo psicólogo, aunque en tres de ellos hay dos; enfermeras hay en todos, oscilando su número entre las cuatro de Torrecárdenas y 1 en Virgen de la Macarena. No todos tienen terapeuta ocupacional.

En **Cataluña** (tabla 2) hay algunos HD en los que no hay ningún profesional dedicado en exclusiva a dicho dispositivo, estando compartidos con otras unidades (Poble Sec, Vic). La mayoría mantienen una ratio de psiquiatra/pacientes de 1/10, pero ésta puede variar hasta 1/25. Todos cuentan con psicólogo con una ratio similar a la de los psiquiatras, excepto en HD Llúria y CPB con una ratio en de 1/60 de psicólogos. Para el grupo de facultativos se constata variabilidad en cuanto a tiempo de dedicación, ya que en algunos HD están dedicados a tiempo parcial. En lo que se refiere a la presencia de enfermería, en general la mayoría desarrollan su jornada laboral a tiempo completo en HD. Todos tienen trabajador social (excepto Girona, Sta. Coloma y Centro Fòrum de H. del Mar), sea a tiempo completo o parcial. El terapeuta ocupacional aparece en casi la mitad de los HD de Catalunya.

En los todos HD de **Galicia** hay un psiquiatra, un psicólogo, y enfermero, aunque en dos casos el psicólogo es a tiempo parcial. Terapeuta ocupacional hay en dos.

En **Castilla la Mancha** (tabla 3) es común a todos ellos disponer de 1 psiquiatra, 1 psicólogo, 1 enfermero y 1 terapeuta ocupacional.

En **Madrid** (tabla 4) hay 1-2 psiquiatras en cada HD, entre 0 (en área 3) y 3 psicólogos (Sta Cristina) - en general en Madrid psicólogos y psiquiatras de HD son psicoterapeutas- , entre 1 y 3 enfermeros (Sta Cristina) y entre 0 (en área 9 y 2 terapeutas ocupacionales, no estando este personal en todos los casos a tiempo completo. . La proporción de psicólogos por cada 10 pacientes es de 0.33 en la mayoría de los hospitales de día, pero hay diferencias entre el área 3, donde no hay ninguno y el HD para TCA y TP del área 7, con 0.50. La ratio de psiquiatras también es variable, desde 1 para cada 10 pacientes en el área 3 hasta 0.33 en la 8 o en la 7 (psicóticos). Además en ocasiones, psicólogos (área 4) o psiquiatras (área 7, HD de TCA y TP) están a tiempo parcial. El porcentaje de enfermeras también presenta disparidades, entre 1.33 en el área 4 y 0.33 en la 8, así como el de terapeutas ocupacionales, que va desde ninguno en el área 9 a 0.66 en las áreas 4 o 7 (psicóticos).

En **Navarra** cuentan con un psiquiatra en los tres HD, pero uno de ellos, el de Tudela, es a tiempo parcial. En todos menos en el de Tudela hay un psicólogo, un terapeuta ocupacional y dos enfermeros.

En el **País Vasco** hay diferencias significativas, sobre todo entre los que se definen como de rehabilitación, los que tratan pacientes con dependencias o los de orientación terapéutica en programas de HD La mayoría tienen psiquiatra, pero en unos casos a tiempo total, como en el Servicio de Rehabilitación comunitaria de Alava o la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de Donosti, hay dos a tiempo total en Sestao y en el HD específico de toxicomanías; y en otros a tiempo parcial, como los HD de Zamudio, Baracaldo, Erandio y Bermeo, o Basauri, hay dos psiquiatras a tiempo parcial en Uribe. En el de Rentería y en el de Ortuella no tienen psiquiatra, en el primero hay un psicólogo clínico compartido con el CSM y en el segundo uno a tiempo total. Hay un psicólogo a tiempo parcial en Zamudio, en el Basauri y en el de toxicomanías y a tiempo total en los dependientes de I Hospital de Bermeo y en el Servicio de Rehabilitación de Alava.

Enfermería hay en todos, en unos a tiempo total (Bermeo, Sestao, Basauri, Ortuella, Alava, Rentería y Donosti) y en otros a tiempo parcial (Zamudio, Uribe, Zumárraga) Terapeutas ocupacionales hay sólo en Sestao, Basauri, Uribe, Donosti y Zumárraga. Los que se definen claramente como de rehabilitación y los que tratan pacientes con toxicomanías tienen un mayor número de monitores, oscilando el número de estos profesionales en los distintos HD.

TABLAS

Tabla 1: ANDALUCIA

	Los Morales	Macarena	La Inmaculada	Sta Ana	La Axarquía	La Merced
Psiquiatra	0.27	0.66	1	0.57	0.8	0.66
Psicólogo	0.13	0.16	0.5	0.57	0.4	0.33
Enfermero	0.27	0.16	1	0.57	1.2	0.66
Terapeuta ocupacional		0.5	0.5	0.28	0.4	
Auxiliar enfermería	0.27			0.28	0.4	0.33
Auxiliar administrativo		0.16	0.16	0.28		0.16
Trabajador Social		0.33				
Monitor ocupacional				0.57	0.8	0.33

Porcentaje de profesionales por cada 10 plazas en los hospitales de día de Andalucía. Sin información sobre dedicación total o a tiempo parcial. **HD Los Morales**, CH Reina Sofía, Córdoba, **HD HU Macarena**, Sevilla, **HD H La Inmaculada**, Huércal Overa (Almería), **HD H Santa Ana**, Motril (Granada), **HD H La Axarquía**, Vélez Málaga (Málaga), **HD Empresa Pública H Poniente**, El Ejido, (Almería), **HD Nuestra Señora de la Merced**, Osuna (Sevilla). El **Hospital de Día del Hospital Punta Europa** del Campo de Gibraltar (Cádiz) no tiene un número limitado de plazas.

Tabla 2: CATALUÑA

	Althaia Sant Joan de Deu. Manresa	HDPa del HSM de Lleida	H.Día de Berga	HDía Policlínica N ^a S ^a de la Merced	HDía Alt Penedès	Hospital General de Vic	HDía Centre Fòrum	Tarragona	Llúria	Poblesec	Maresme
Psicólogos	0,66	1*	1*	0,66*	1*	1,66*	0,83*	0.4	0.16	1.76*	0.95*
Psiquiatras	0,66	1*	1*	0,66	1*	5,83*	0,83	0.4	0.66	1.17*	0.95*
Enfermeros	0,66	1*	1*	0,66	1	1,66	1,66	0.4	0.16	1.76*	0.95*
Terapeutas Ocupacionales	0,66	1*	1	0,66*		0,83		0.8		1.17*	0.47
Auxiliar Enfermería	1,33*			0,66							
Monitor ocupacional					1						
Auxiliar Administrativo	0,66*	0,50*	1*	0,66*	1*	0,83*		0.4	0.16	0.58*	0.95*
Fisioterapeuta				0,66*							
Auxiliar Farmacia				0,66*							
Trabajador Social Farmacéutico	0,66 *	0,50*	1*	0,66*	1*	0,83*		0.4	0.16	0.58*	0.47
Cuidadores				0,66*					0.66		
Musicoterapeuta									0.16		
Educador											0.47

	CPB	Girona	Granollers	Mataró	Mollet	Parc Taulí	Sta. Eulalia	St. Boi	Santa Coloma Gromenet	de
Psicólogos	0.16	0.8	1	0.66	0.42	2.5*	0.33	0.66	0.5	

Psiquiatras	0.66	0.4	1	1.33*	0.75	0.5	0.66	1	1
Enfermeros	0.16	0.8	0.5	0.66	0.5	1	0.33*	0.66	0.5
Terapeutas Ocupacionales		0.4		0.66	0.9				
Auxiliar Enfermería		0.4	1				0.66	1.33	1
Monitor ocupacional									
Auxiliar Administrativo	0.16	0.4*	0.5*			0.5*	0.33*	0.66*	
Fisioterapeuta									
Auxiliar Farmacia									
Trabajador Social	0.16		0.5*	0.66*	0.08*	0.5*	0.33*	0.66*	
Farmacéutico									
Cuidadores	0.66								
Musicoterapeuta	0.16								
Educador									

Porcentaje de profesionales por cada 10 pacientes en los hospitales de Día de Cataluña

*: dedicación al hospital de día a tiempo parcial.

Tabla 3: CASTILLA LA MANCHA

	Albacete	CiudadReal	Guadalajara	Talavera	Toledo
Psiquiatra	0,50	0,50	0,66	0,33 *	0,50
Psicólogo	0,50	0,50	0,66	0,33 *	0,50
Enfermero	0,50	0,50	0,66	0,66	0,50
Terapeuta Ocupacional	0,50	0,50	0,66	0,66	0,50
Auxiliar enfermería	1	1	0,66	0	1
Trabajador social	0,1 *	0,1 *	0,13 *	0,13 *	0,1 *
Monitor ocupacional	0	0	0	0,66	0
Auxiliar administrativo	0,1 *	0,1 *	0,13 *	0,13 *	0

Porcentaje de profesionales por cada 10 plazas en los hospitales de día de Castilla-la Mancha

*: dedicación al hospital de día a tiempo parcial

Tabla 4: MADRID

AREA.....	1	2	3	4	6	7 -1	7 -2	8	9	10	11	H Sta Cristina
psicólogos	0.40	0.33	0	0.66		0.33	1.50* 0.50	0.4	0.33	0.33	1	0.68
psiquiatras	0.80	0.33	1	0.66		0.33	1.50*	0.4	0.66	0.66	0.66	0.45
enfermeros	0.40	0.33*	0.50	1.33		0.66	0.50	0.4	0.66	0.33	0.33	0.68
terapeutas ocupacionales	0.40	0.66*	0.50	0.66		0.66	0.50*	0.4	0	0.33	0.33	0.22
auxiliar clínica	0.40			0.66			0.50	0.4				
monitor ter. ocupacional		0.33*	0.5									
auxiliar administrativo			0.5**	0.66		0.66	0.50*	0.4	0.33	0.33	0.33*	0.22
celador (o auxiliar. de control)			0.5**	0.66		0.66				0.33		
				0.66								
trabajador social		0.33*		0.66		0.66*	0.50*	0.4				0.45*
auxiliar doméstico						0.66			0.33*			
técnico auxiliar							0.50	0.4				
psicopedagogo											0.33	
Supervisor clínico											0.33*	

Porcentaje de profesionales por cada 10 plazas en los hospitales de día de Madrid..

*:dedicación al hospital de día a tiempo parcial.

** compartido con hospital de día de adolescentes. Se denomina a los del área 7 en 7-1 el de Ponzano para pacientes psicóticos y 7-2 el destinado a TCA y TLP

COMENTARIOS y RECOMENDACIONES

La multiplicidad de funciones en los hospitales de día no es nueva, ya Harris, en 1957 decía que el hospital de día es un lugar en el que los pacientes psiquiátricos pasan la jornada, beneficiándose de un régimen terapéutico, volviendo por la noche a su casa, residencia, pensión u hotel, y añadía que esta definición engloba todos los tipos de hospitales de día, sean cuales sean los cuidados administrados. Años más tarde, en los 80, ante las dificultades de comparar HD por tratarse de dispositivos muy distintos, Rosie (16) propuso distinguir tres tipos de HD: los que son alternativa a la hospitalización, los programas de tratamiento en régimen de día y los centros de cuidados de día. Estos últimos han ido dejando de ser considerados HD, pasando a verse unos como recursos ocupacionales (2) y a discutirse su efectividad (4,7); y otros a enmarcarse como centros de rehabilitación.

Hace unos años el European Day Hospital Evaluation (EDEN) publicó el primer estudio comparativo de las características de los HD en distintos países europeos (Alemania, Inglaterra, Polonia, República Eslovaca y República Checa) realizado durante el periodo de un año (2001-2002), con un cuestionario estructurado desarrollado por ellos (17). Encontraron que los HD no tienen un perfil consistente, y los agruparon en tres categorías de acuerdo con el tipo de servicios ofrecidos: en el primer grupo reunieron a los destinados a tareas de rehabilitación, en el segundo los que combinan la idea de tratamiento agudo como alternativa al ingreso con tratamiento psicoterapéutico y el tercero los que combinan el tratamiento agudo como alternativa al ingreso con la rehabilitación. El perfil de pacientes atendidos varía entre ellos, en el primer grupo, destinado a rehabilitación, se excluyen con mayor frecuencia descompensaciones agudas, y se admiten un mayor porcentaje de pacientes con trastornos esquizofrénicos; en el segundo grupo se admite una mayor proporción de pacientes con trastornos de ansiedad y personalidad y el tercer grupo está entre los dos anteriores, pero más cerca del primero. El grupo EDEN considera que estas diferencias indican una falta de política sanitaria y guías profesionales que definan como deben ser los servicios establecidos bajo el nombre de hospitales de día.

Como ya se ha dicho, en el Estado español encontramos fundamentalmente dos modalidades de HD, la alternativa al ingreso o transición entre éste y la comunidad al alta y los destinados de manera prioritaria a tratamiento psicoterapéutico a medio plazo o a rehabilitación (aunque, en consonancia con las indicaciones de la guía de INSALUD, los Centros de Rehabilitación están diferenciados de los HD en muchas CCAA, ya sea físicamente o como programas distintos de intervención).

Ambos tipos de HD están claramente diferenciados, con distintos recursos, personal, actividades, intensidad de las intervenciones terapéuticas que pueden poner en marcha y tiempo de tratamiento. Eso no significa que funcionalmente tengan límites estrictos, ya que muchos pacientes en programas de tratamiento de

día fluctúan en su evolución, sobre todo al inicio, y necesitan la función de contención del HD y de alternativa a la hospitalización, mientras que los HD de transición tienen que ofertar también tratamiento psicoterapéutico dirigido al cambio en el funcionamiento de los pacientes.

Realmente ambos tipos de HD son alternativa a la hospitalización, aunque de manera diferente: es evidente en los de transición y los organizados como alternativa al ingreso en unidad hospitalaria de agudos, pero también cumplen esta función los programas de tratamiento intensivo, aunque estos últimos están encaminados más que a ser alternativa a un ingreso concreto, a actuar sobre evoluciones caracterizadas por múltiples ingresos y frecuentación de la urgencia sin mejora en la evolución del paciente, para lo que se requieren intervenciones probablemente distintas para diferentes patologías tanto en su duración como en las modalidades de tratamiento idóneas (psicosis, TP, TCA). Por esto no son comparables las estancias en unidades de agudos, que tienden a ser muy cortas, y los tratamientos en estos HD, que realmente a lo que son alternativa es a la suma de ingresos y urgencias.

Ante esta polisemia del término HD es importante, fundamentalmente con vistas a la planificación y a la investigación, que se acote su significado añadiendo al término HD su función prioritaria (por ej, HD alternativo a hospitalización y de transición, HD alternativo a hospitalización con programa de tratamiento psicoterapéutico intensivo, HD alternativo a hospitalización y rehabilitador; mientras que el HD meramente rehabilitador parece destinado a ser reemplazado por Centro de Rehabilitación)

Respecto a esto, lo que encontramos en la literatura es que la hospitalización parcial como alternativa a la hospitalización está evaluada y ha resultado ser tan o más eficaz que la última en diferentes estudios (5,6,7).

Empiezan a mostrarse beneficios de tratamiento en programa de HD frente a tratamiento ambulatorio, en determinadas situaciones o momentos de la evolución del trastorno, con modelos de intervención concretos, y duración suficiente (11, 12, 15), estando incluido el HD en la guía de TLP de la APA. Este tipo de tratamiento ha tenido una repercusión importante entre los clínicos por estar destinado a una patología emergente y difícil de tratar, con gran coste para los pacientes, sus familias y los recursos sanitarios. Pero para que sea efectivo los HD deben proporcionar intervenciones terapéuticas que hayan mostrado su eficacia, con personal formado en ellas, y con una duración de los tratamientos media (de 12 a 18 meses) lo que no es posible, por definición, en HD de transición de la hospitalización. Quizás sea este uno de los terrenos con menos desarrollo entre los HD de nuestro entorno, donde, en general, se ha invertido más en recursos destinados a pacientes crónicos graves en los casos de trastornos de tipo psicótico que en aquellos con trastornos de la personalidad, intentando posteriormente incorporar a los servicios diseñados para psicóticos a pacientes con trastornos de la personalidad, lo que, si no se acompaña de modificaciones para ajustar el tratamiento a sus características, se sigue de desbordamiento de los dispositivos con escasos resultados para los pacientes. Middleton et al (18) llegaron a

Conclusiones similares en 2002, al estudiar incapacidad persistente en pacientes con trastorno mental crónico, ya que en su caso encontraron que ésta persistía en un porcentaje de casos de pacientes psicóticos a pesar de que se estaban aplicando de manera adecuada por parte de los servicios de salud mental, y cumpliendo por parte de los pacientes, los mejores tratamientos disponibles en el momento; pero esto no era así para “neurosis” grave, para donde recomendaban la inyección de recursos adicionales.

Es necesario realizar más investigación sobre resultados de tratamientos en HD, continuar con las referidas a tratamiento de pacientes con trastorno de la personalidad y estudiar los resultados que se obtienen con otros diagnósticos, que probablemente ratifiquen la experiencia que tenemos quienes trabajamos en ellos de que son positivos en un porcentaje significativo de casos (como sugiere el estudio de Múgica y Guinea (8) mostrando mejoría de los pacientes con diferentes diagnósticos tras 11 meses en HD); o la evaluación de los logros al alta y a los 24 meses, manifestando disminución en utilización del servicio de urgencias e ingresos, con mejor adherencia al tratamiento, en un reducido grupo de psicóticos (24 pacientes) que fueron derivados al HD de Alcalá por mal cumplimiento del tratamiento y complicaciones en su evolución (19).

En cuanto a cuestiones estructurales, hemos encontrado, como en el estudio del grupo EDEN antes citado, que los HD no tienen un perfil homogéneo en nuestro Estado. En el estudio europeo las similitudes entre los cinco países se refieren a tres grandes cuestiones: 1) en general en todos ellos se da una similar importancia a proveer tratamiento agudo, 2) son excuidos en general trastornos asociados con alteraciones en el funcionamiento en la vida cotidiana, riesgo alto de complicaciones somáticas y necesidad de control de conductas, y 3) se identifican algunas actividades terapéuticas de los modelos de psiquiatría social. En otras cuestiones son heterogéneos, así, se encuentran diferencias en cuanto a 1) tener o no un número fijo de plazas, 2) la relación entre el número de plazas del HD y el tamaño del área sanitaria de referencia, 3) la organización y afiliación a una unidad de internamiento psiquiátrica, 4) la cualificación de los profesionales que lo atienden, y 5) las expectativas de que el paciente acuda diariamente o no.

En España encontramos que:

- La mayoría de los HD tienen un número determinado de plazas, siendo el número más frecuente entre 15 y 30, una cantidad de pacientes con la que se puede funcionar en régimen de HD, y que está próxima a los límites (entre 20-30) que marca la literatura (15) para estos dispositivos. Cifras más altas parecen incompatibles con la creación y mantenimiento de un medio terapéutico al que los pacientes asistan de manera cotidiana.
- Los horarios y expectativas de que los pacientes acudan diariamente son variables, pero en general se encuentra entre las 5-6 hs diarias. Consideramos, como se ha expuesto al inicio, que para que podamos decir que un paciente está en tratamiento en HD ha de poder acudir al menos 20

hs/semana. Los programas de tratamiento a tiempo parcial han de estar diferenciados, de manera que podamos saber qué pacientes están en tratamiento en HD y cuales acuden sólo a algunas de las modalidades de tratamiento que en ellos se ofertan.

- Aunque es común a todos los HD atender pacientes con patología mental grave, y a casi todos ser heterogéneos en cuanto a diagnóstico, en la realidad, como afirman los autores del informe europeo (17) el tipo de tratamiento ofertado y el tiempo en que es posible mantenerlo va a delimitar en cada caso el perfil de pacientes atendido, tanto en cuanto a diagnóstico como situacional, y también los resultados. No hay estudios que apoyen la opción de HD monográficos o con diagnósticos heterogéneos, pero hasta el momento la tendencia en el Estado español es a hacerlos abiertos a distintos trastornos mentales, con la excepción de los TCA, para los que con relativa frecuencia se están implementando HD específicos, y los dos HD diferenciados por patologías del área 7 de Madrid. Parece difícil o inviable multiplicar mucho el número de HD de cada área en función de patologías, sobre todo en zonas pequeñas, o de población dispersa o rural pero, en cualquier caso, en los hospitales de día con pacientes on situaciones y diagnósticos heterogéneos es necesario que existan programas diferenciados y planes individualizados de tratamiento para dar cabida a personas con distinta problemática y necesidades.
- Hay grandes diferencias respecto al número de pacientes de los que tenemos constancia de que han sido tratados en unos y otros HD, aunque las cifras de que disponemos están distorsionadas al haberse respondido en algunos casos el número total de pacientes atendidos en el centro en el que está el HD, en lugar de estrictamente los atendidos en tratamiento de HD, sumándose por el contrario éstos a los que han seguido otras intervenciones. Por otra parte, aún entre aquellos casos que sólo se ha respondido el número de pacientes tratados en HD, de nuevo surge la necesidad para poder comprender las cifras de saber a qué tipo de HD nos referimos, ya que los que sean claramente de transición van a tener, por definición, estancias más cortas que los que incluyen tratamiento a medio plazo.
- Respecto a la cuestión de realizar otros programas desde los HD, como ocurre en algunos HD, esto depende de las necesidades y organización de cada servicio, pero en cualquier caso, han de ser compatibles con el mantenimiento del trabajo en el HD y estar incluidos en la red de atención a los problemas de salud mental del (las) área(s) sanitaria(s). Por ejemplo, está muy extendido el seguimiento de los pacientes en régimen de tratamiento parcial en el HD al terminar el tratamiento completo, permitiendo altas fraccionadas, lo que facilita al paciente la reintegración en su medio y la separación del HD. Pero para que éste no se convierta en un sustituto del CSM y el HD no quede bloqueado por esta actividad, el tratamiento parcial debe ser limitado en el tiempo, sería suficiente con un tiempo corto, de 1-3 meses, siempre que hubiera medios para continuar el tratamiento en el CSM. En cambio, parece especialmente complicado compaginar tareas de tratamiento terapéutico intensivo con tareas de rehabilitación, entendiendo por

tal los programas destinados a la recuperación de habilidades. En un momento en que la tendencia es a la especialización, estas dos áreas de tratamiento requieren técnicas y entrenamientos muy complejos y diferenciados, así, por ejemplo, entre las intervenciones en un programa de tratamiento en hospital de día para pacientes con TLP o las destinadas a que recupere habilidades un paciente con psicosis residual hay una gran distancia y es difícil pensar que los profesionales van a poder estar bien formados en ambas. Aunque, como siempre, los límites entre tratamiento a distintas patologías no son rígidos, y vemos que algunos pacientes psicóticos se benefician de técnicas de tratamiento diseñadas para TLP o que algunos pacientes con TLP, más deteriorados, mejoran su funcionamiento con actividades de rehabilitación; o que durante el tratamiento rehabilitador puede convenir desarrollar alguna actividad terapéutica o durante el tratamiento terapéutico actividades rehabilitadoras.

En cualquier caso, como se indica en la definición del recurso de la Asociación Americana de Hospitalización Parcial “el programa (de HD) debe ser una unidad organizada, separada e identificable aunque integrada dentro de la continuidad de servicios de salud mental”.

- Los criterios de exclusión son similares para la mayoría de los HD, con las salvedades y limitaciones de cada tipo de HD.
- En general los HD están incluidos en la red de atención a los problemas de salud mental, con un sistema de derivación entre dispositivos que facilita la continuidad del tratamiento, lo que es importante para optimizar su rendimiento.
- Hay grandes diferencias en los territorio de referencia, tanto geográfica como poblacionalmente y también en el desarrollo de sus sistemas de atención a la salud pública.
- Los grandes bloques de formatos de tratamiento que se aplican en cada uno son relativamente parecidos, pero esta ilusión se desvanece si se consideran los objetivos, la duración máxima posible o media, el ambiente del HD, la formación de los profesionales o el modelo de intervención. Ante una aparente identidad de dispositivos se encuentra una gran variabilidad, que necesita ser estudiada en función de resultados, aplicabilidad y utilidad para las necesidades de las redes de salud mental del territorio que cubren. Karterud et als (20), tras aplicar el mismo sistema de control de calidad a cuatro HD en Noruega (comparando tamaño del servicio, número de pacientes tratados, tamaño del equipo, coste por tratamiento, variables demográficas, variables del curso de la enfermedad, diagnósticos, uso de medicación, ambiente del servicio, complicaciones durante el tratamiento, resultados del tratamiento en cuanto a síntomas, problemas interpersonales, funcionamiento global y satisfacción de los pacientes) opinan que los sistemas de control de calidad ofrecen la posibilidad de dar un feedback útil a cada unidad, hacer una estimación realista de la potencia de estos tratamientos y hacer planes de salud mental que los incluyan. También en nuestro caso una mayor clarificación de lo que se ofrece en los HD y de sus

resultados probablemente ayude a mejorar la planificación y ajustar su lugar en la red de salud mental

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.- Grupo de trabajo de la AEN sobre Hospitales de Día Psiquiátricos. Revista de la AEN, 74: 369-372; junio 2000

2.- [Instituto Nacional de Gestión Sanitaria - Estadísticas / Estudios ...\)](#)

3.- DiBella et al: Handboock of partial hospitalizacion. Brunner/Mazzel Publ. New Cork 1982

4.- Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano AM, Tyrer P. Hospital de día versus atención ambulatoria para trastornos psiquiátricos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, *número* 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd.

5.- American Psychiatry Association. "Clinical Resources; Schizophrenia: Ch. III: Treatment principles and alternatives, G Treatment Settings; 1.c." En www.psyc.org , enero de 2002.

4.-

6.- Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F, Sledge W, Kluiters H, Roberts C, Hill E, Wiersma D. En : La Biblioteca Cochrane Plus, *número* 2, 2008. Oxford, Update Software Ltd.

7.- Schene, Aart H. The effectiveness of psychiatric partial hospitalization and day care. *Current Opinion in Psychiatry*, 2004; 17(4):303-309.

8.- Múgica M y Guinea R. Hospital de día y rehabilitación. Ponencia presentada en las IV Jornadas AMRP Madrid, 1998.

9.- Bowman et al.; "Day patient versus in-patient: factors determining acute ill patients for hospital treatment". *British Psychiatry Journal*, 1983; 142: 584-587.

10.- Harrison J et als. Day hospital vs. home treatment. *Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38:541-546.



11.- Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry* 1999; 156 (10): 1563-9.

12.- Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: a 18 month follow-up. *American Journal of Psychiatry* 2001; 158 (1): 36-42.

- 13.- Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. American Psychiatric Association. The American Journal of Psychiatry; Oct 2001; 158,10.
- 14.- La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2006. Oxford, Update Software Ltd.
- 15.- Piper, Rosie, Joyce, Azim. Time-limited day treatment for personality disorders: integration of research and practice in a group program. American Psychological Association. Washington. 1996
- 16.- Rosie JS : Partial Hospitalization : a review of recent literature. Hospital and Community Psychiatry 1987; 38:1291-1299.
- 17.- Kallert T.W. et als. A comparison of psychiatric day hospitals in five European countries. Implications of their diversity for day hospital research. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2004; 39: 777-788.
- 18.- Middleton et als. Using needs assessments to understand continuing disability in patients with enduring mental illness. Implications for considerations of service development. Journal of Mental Health 2002; 11, 1: 55-6
- 19.- A. Merino, V. Aliseda, C. Catasús, A. Ruiz. Poster presentado en el Congreso de ADHES (adherencia, insight y satisfacción del paciente) del 17-10-08 celebrado en Sevilla.
- 20.- Wilberg T, Karterud S, et als. Quality assurance of psychiatric day hospital treatment III. Health care system level. Nord J Psychiatry 1998; 52: 431-439

ANEXO 1 :

ANEXO 2: ENCUESTA HOSPITALES DE DÍA

FECHA:

a) HOSPITAL DE DÍA. GENERAL

NOMBRE DEL HD:

DIRECCIÓN:

NOMBRE COORDINADOR:

CORREO ELECTRÓNICO:

- Secretaría:

- Coordinador:

a.1.- ¿ESTÁ SECTORIZADO?

SI

NO

a.2.- POBLACIÓN DE REFERENCIA:

.....

a.3.- TERRITORIO QUE ABARCA, (0 TIEMPO MÁXIMO QUE TARDA EL PACIENTE EN DESPLAZARSE)

.....

a.4.- FACILIDAD DE TRANSPORTE

Sí

No

a.5.- N° DE PLAZAS:

a.5.1.- En programa de HD (considerando como tal cuando el tratamiento del paciente está totalmente a cargo del HD):

a.5.2.- En otros programas más limitados (sólo va a algunas actividades del HD):

.....

a.6.- HORARIO:

a.7.- ¿HAY LÍMITE EN EL TIEMPO MAXIMO DE ESTANCIA?

Sí

No

Si la respuesta es sí ¿Cuál es el límite en el tiempo de estancia?

a.7.- TRES OBJETIVOS PRINCIPALES DEL HD.

b) NUEVOS

b.1.- Número de pacientes que han iniciado tratamiento en el hospital de día en el año 2006:.....

b.2.- ¿Qué tipo de patologías se tratan en el Hospital de Día?

Trastornos de personalidad

Psicóticos

Trastornos de la conducta alimentaria

Trastornos neuróticos graves

Otros (especificar):.....

.....

.....

b.3.- Criterios de exclusión.

.....

.....

.....

b.4.- ¿quién puede derivar al Hospital de Día?

Profesional de referencia en el CSM ambulatorio:

SI

NO

Profesional de referencia en el hospital

SI

NO

Otros

SI. Especificar:.....

.....

NO

c.- PACIENTES TRATADOS EN EL HOSPITAL DE DÍA

c.1.- Número total de pacientes que han estado en tratamiento en el hospital de día en el año 2006:

c.1.1.- En programa de HD (considerando como tal cuando el tratamiento del paciente está totalmente a cargo del HD):

c.1.2.- .2.- En otros programas más limitados (sólo va a algunas actividades del HD):

d) RECURSOS HUMANOS: ¿Qué profesionales componen el equipo del Hospital de Día? (señalar con una cruz si es a tiempo completo o parcial) :

Psiquiatras: nº.....

Tiempo completo

Tiempo parcial

Psicólogos: nº.....

Tiempo completo

Tiempo parcial

Enfermeros: nº.....

Tiempo completo

Tiempo parcial

Terapeutas ocupacionales: nº.....

Tiempo completo

Tiempo parcial

Trabajador Social: nº

Tiempo completo

Tiempo parcial

Auxiliar.Adm: nº.....

Tiempo completo

Tiempo parcial

Otros (especificar):.....

Tiempo completo

Tiempo parcial

.....

Tiempo completo

Tiempo parcial

.....

Tiempo completo

Tiempo parcial

e.- INTERVENCIÓN

e.1.- ¿Está definido un profesional como responsable del plan de tratamiento en el hospital de día?

Sí

No

e.2.- ¿Se hace contrato terapéutico?

Si

No

e.3.- Prestaciones (cartera de servicios):

e.3.1.- Intervención individual

e.3.2.1.- Terapia individual:

Sí

No

Si la respuesta es sí: ¿qué profesionales realizan la intervención?

e.3.2.2.- Entrevistas individuales regladas:

Sí

No

Si la respuesta es sí: ¿qué profesionales realizan la intervención?

e.3.2.3.- Manejo de medicación

SI

NO

Si la respuesta es sí: ¿qué profesionales intervienen?

e.4.- Intervenciones familiares.

e.4.1.- Terapia familiar

Sí

No

Si la respuesta es sí: ¿qué profesionales realizan la intervención?

e.4.2.- Entrevistas familiares

SI

NO

Si la respuesta es sí: ¿qué profesionales realizan la intervención?

e.4.3.- grupos multifamiliares

SI

NO

Si la respuesta es sí: ¿qué profesionales realizan la intervención?

e.5.- Intervenciones grupales.

Sí

No

Si la respuesta es sí ¿qué intervenciones se realizan y qué profesional realiza cada una de ellas?

e.4.5: Otras (especificar)

f.- MODELO ASISTENCIAL (señalar con una cruz el que sea prioritario en el hospital de día)

REHABILITADOR

TERAPÉUTICO

INTERVENCIÓN EN CRISIS

g.- COORDINACIÓN CON OTROS RECURSOS DE LA RED

g.1.- ¿Hay coordinación con otros recursos de la red que aseguran la continuidad del tratamiento al alta del Hospital de Día?

SI

NO

g.2.- cuando el paciente termina el tratamiento en el hospital de día ¿se le da informe de alta?

g.3.- Al alta ¿sale el paciente con cita en CSM?

SI

NO

h.- ADSCRIPCIÓN ADMINISTRATIVA

.....

i.--TIPO DE GESTIÓN.....

j.- ubicación (poner una cruz)

j.1.- independiente

j.2.- en hospital

j.3.- en el centro de atención ambulatoria

j.4.- unido a recursos de rehabilitación

j.5.- otras.