

Evolución conceptual y análisis descriptivo del hospital de día de salud mental de adultos de Guadalajara 2008-2018¹.

Conceptual evolution and descriptive analysis of the adult mental health day hospital of Guadalajara 2008-2018.

Antonio Javier Palacios Ruiz. Psicólogo clínico. Hospital de Día de adultos. Servicio de Salud Mental de Guadalajara.

José David Camacho Pérez. Psicólogo clínico. Servicio de Salud Mental de Guadalajara.

Sara Romero Marcos. Psicóloga clínica. Hospital de Torrejón de Ardoz. Madrid.

María García Babiano. Psicóloga clínica. Hospital Central de la Defensa. Madrid.

María del Mar Soler Sánchez. Psiquiatra. Hospital de Día de Leganés.

Resumen: Se explica la evolución del Hospital de Día de adultos de salud mental del Hospital Universitario de Guadalajara, entre los años 2008 y 2018, construida en sinergia con el perfil de las personas tratadas y con la propia evolución conceptual que ha ido realizando el equipo de tratamiento en su modo de trabajar, que ha ido adoptando una perspectiva colaborativa y contextual en la que la condición necesaria para la intervención son siempre las personas y sus vivencias expresadas tal y como son experimentadas, los valores y actitudes el modelo de Recuperación y la integración del grupo multifamiliar como un elemento indispensable de la oferta terapéutica. A lo largo del tiempo el Hospital de Día ha mostrado su eficacia para mantener en el tiempo la reducción del número de ingresos psiquiátricos y su duración y las visitas a urgencias, así como para recuperar la capacidad laboral de las personas atendidas.

Palabras clave: Hospital de Día, salud mental, evolución, recuperación, utilidad, eficacia.

Abstract: The evolution of the Adult Mental Health Day Hospital of the University Hospital of Guadalajara is explained, between 2008 and 2018, built in synergy with the profile of the people treated and with the conceptual evolution that the treatment team has been carrying out. in his way of working, which has been adopting a collaborative and contextual perspective in which the necessary condition for the intervention is always the people and their experiences expressed

¹ Este trabajo no ha sido publicado previamente.



as they are experienced, the values and attitudes the Recovery model and the integration of the multifamily group as an essential element of the therapeutic offer. Over time, the Day Hospital has shown its effectiveness in maintaining the reduction in the number of psychiatric admissions and their duration, and visits to the emergency room, as well as in recovering the working capacity of the people treated.

Key words: Day Hospital, mental health, evolution, recovery, usefulness, effectiveness.

Introducción

Casi de modo simultáneo tanto Cameron en Montreal como Bierer en Londres inauguraron a mediados de los años cuarenta del pasado siglo las primeras experiencias de tratamiento de personas con trastorno mental en régimen de hospitalización parcial. Cameron, en una reunión de la *American Psychiatric Association*, en 1947 fue quien acuñó el término de "hospital de día" al presentar una comunicación titulada: *"El hospital de día, una forma experimental de hospitalización para los enfermos psiquiátricos"* (1).

Con el nombre de Hospital de Día (HD) se denominan diferentes dispositivos que reflejan varios funcionamientos. Así, existirían tres tipos de HD: a) los orientados a la reducción de los síntomas agudos y la resolución de crisis, sustituyendo a la hospitalización psiquiátrica total; b) los orientados a pacientes con sintomatología activa o con alteraciones importantes en su funcionamiento psicosocial, para los cuales el tratamiento ambulatorio no ha resultado eficaz; c) los dirigidos a personas con enfermedades graves y crónicas, que presentan un deterioro importante en su nivel de funcionamiento y cuyo perfil sintomático se tiende a mantener estable. Estos últimos suelen denominarse también centros de día (2,3).

Lo que tienen en común estas tres modalidades es la hospitalización parcial. La Asociación Americana entiende por hospitalización parcial el programa de tratamiento ambulatorio, activo y de tiempo limitado, que ofrece servicios clínicos estructurados, coordinados y terapéuticamente intensivos dentro de un

ambiente terapéutico estable, en el que se emplea un esquema integrado, global y complementario de enfoques reconocidos de tratamientos psicológicos y psiquiátricos (4). El ambiente o medio terapéutico se ha considerado como el elemento diferenciador de la hospitalización parcial (5). El ambiente terapéutico es concepto complejo, compuesto de varias dimensiones, relacionadas con recursos físicos, humanos y organizativos. En las unidades que prestan una atención continuada a las personas con trastorno mental puede considerarse como un tratamiento en sí mismo, una herramienta fundamental de trabajo o el medio que permite la consecución de los objetivos terapéuticos (6).

En el contexto del HD, el ambiente terapéutico hace referencia a la construcción de un medio seguro en el que los pacientes tienen experiencias interpersonales, a partir de las cuales se pueda reconocer y analizar la influencia que los comportamientos funcionales/disfuncionales tienen sobre los demás, buscando qué situaciones o emociones las desencadenan y permitiendo y potenciando el ensayo de nuevas formas de relación que lleven a superar las pautas problema (7). Según Stagnaro el ambiente terapéutico es una forma atenuada de la noción de Comunidad Terapéutica desarrollada y aplicada fundamentalmente por Jones y por Bierer. Estos dispositivos estaban basados en la responsabilización y participación activa en la toma de decisiones por parte de los pacientes, en actividades terapéuticas grupales, en la elaboración de las relaciones interpersonales entre todos los miembros del dispositivo

(pacientes y personal), en el rechazo al aislamiento de la comunidad, en el fomento de la rehabilitación y en la creación de una cultura compartida por pacientes y personal en sus relaciones cotidianas adquiridas mediante grupos compartidos (8).

En España, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en su artículo 20 establece que la atención a los problemas de salud mental se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales ambulatorios y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan la necesidad de hospitalización. El énfasis en el ámbito comunitario facilitará las condiciones para organizar una red de atención a la salud mental que incluya al Hospital de Día como un dispositivo básico. En 1999 el INSALUD publica una Guía de gestión de los Hospitales de Día de Salud Mental, que además de definirlos como "*dispositivos asistenciales de tratamiento activo de trastornos mentales en régimen de día*", los diferenciaba de manera clara de otros dispositivos de carácter ocupacional o rehabilitador (9). Si bien dicha Guía permitió disponer de un documento de referencia estatal, años más tarde seguía habiendo una gran diversidad en organización asistencial en los HD con la consiguiente pérdida de especificidad. La Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) crea en 2007 un Grupo de Trabajo de Hospitales de Día con el objetivo de publicar un documento de consenso sobre las características estructurales y funcionales necesarias para los hospitales de día (10). Se definió el HD como un 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 HD cuando acude, al menos, 20 h/semana, o 3 h/día, que son los criterios mínimos que se requieren en la literatura (11).

En Castilla-La Mancha, el Plan de Salud Mental de 2000-2004, define al Hospital de Día de Salud Mental como un "*dispositivo ambulatorio de tratamiento intensivo de la enfermedad mental, 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*". A finales de 2004 funcionaban 5 Hospitales de Día en las 8 áreas de salud de Castilla-La Mancha (12).

Evolución conceptual del hospital de día de Guadalajara

El HD de Guadalajara se pone en funcionamiento en 1997, para dar respuesta a las necesidades de salud de la población. Los objetivos, procedimientos teórico-prácticos y estructura del nuevo dispositivo no son ajenos al contexto en que surge. También el propio devenir del equipo humano del HD se configurará como un elemento de cambio de la praxis clínica a través del tiempo. En cierto modo, la evolución del HD está mediada por los discursos profesionales y de los usuarios, por sus valores, intenciones, reflexiones, experiencias y retos compartidos dentro y fuera del HD.

El objetivo del presente trabajo es dar cuenta de los cambios en el funcionamiento del HD de Guadalajara tomando como elementos de análisis tanto la evolución del perfil de los pacientes desde 2008 hasta 2018 como la propia evolución del equipo de tratamiento en su quehacer profesional.

Primer período. 1997- 2005.

Puesta en marcha del Hospital de Día

El HD de Adultos de Guadalajara inició su funcionamiento en octubre de 1997 como un dispositivo más del Servicio de Salud Mental del Hospital Universitario de Guadalajara. El programa inicial parte de las definiciones de la *American Association for Partial Hospitalization* sobre hospitalización parcial (4). Se diseñó tomando en cuenta el ambiente terapéutico propio de la Comunidad Terapéutica para cumplir diferentes objetivos: abordaje de pacientes que no puedan ser manejados de forma ambulatoria y que no se benefician de un



internamiento; reducción de la duración de la hospitalización aguda, proporcionando una transición desde la hospitalización hasta la reintegración en la comunidad; y la evitación de la hospitalización en las crisis. En esos primeros años, se empieza con un grupo reducido de 5-7 personas con trastornos psicóticos. La capacidad de atención es de 15 personas simultáneamente. Se realizan actividades 5 días a la semana, con una gran variabilidad en la distribución de horarios. Posteriormente, según características y necesidades de cada paciente, asisten menos días o a actividades prefijadas, como seguimiento post-Alta. Para algunos pacientes, este tipo de intervención se mantiene a más largo plazo, con asistencia 1 día en semana o cada 15 días.

En la memoria del HD de 2004 presentada a la Jefatura del Servicio, se incide en que el programa de tratamiento durará al menos 8 horas diurnas semanales, para un grupo de 6 o más pacientes ambulatorios, proporcionado por dos o más profesionales de distintas profesiones. Consiste en terapias cuidadosamente coordinadas, multimodales e interrelacionadas, dentro del ambiente terapéutico, que es su elemento esencial. Se enfatiza la participación regular del paciente en todo el programa, al menos 2 días por semana durante 3 semanas o más, con períodos de tratamiento mínimo de 3 horas seguidas. Al mismo tiempo se fija una meta a cumplir en el futuro: la atención a un grupo de unos 20-30 pacientes, entre 20-30 horas a la semana, por un grupo multidisciplinar de 5-7 profesionales. Hasta 2005, el HD no dispondrá de un equipo completo, compuesto por una terapeuta ocupacional, una enfermera especialista en salud mental, un psicólogo clínico, una psiquiatra, una auxiliar de clínica y una trabajadora social compartida con otros dispositivos de salud mental.

Segundo período. 2006-2014. Hacia la implementación del Grupo Multifamiliar

Progresivamente se va consolidando un grupo de unos 25 pacientes tratados simultáneamente y se incrementa el número de personas

con diagnóstico de Trastorno de personalidad que aceptan tratamiento en el Hospital de Día. Se pasa del 7% del trienio 1997-2000, al 11% en 2007 y 25% en 2010 (13,14). Se establecen dos programas diferenciados según diagnóstico y otro programa común para todos. Debido a la dispersión geográfica existente en la provincia y las dificultades de desplazamiento, se establecieron asistencias individualizadas de manera que los pacientes tenían que venir un mínimo de dos días a la semana. En la memoria de funcionamiento de 2012 se incide tomar como central el concepto de Ambiente o Clima terapéutico propio del diseño de Comunidad Terapéutica, *“esto significa que todas las actividades que se realizan están enfocadas terapéuticamente, que todas las interrelaciones que aparecen son utilizadas de forma terapéutica, y todas las situaciones que acontecen en el aquí y ahora tienen que ver con el grupo que se forma, incluyendo pacientes y equipo terapéutico. De esta forma, las principales modalidades terapéuticas empleadas, además de las biológicas, son la terapia por el medio y la psicoterapia de grupo, ya sea verbal u ocupacional”*.

En la memoria de 2014, se añade en la definición de HD que es un dispositivo de psicoterapia ambulatoria intensiva en el que se trabaja con abordajes de tipo cognitivo, terapia basada en la mentalización y fundamentos de la teoría del apego. La actividad asistencial semanal se divide en dos días específicos para personas con trastornos psicóticos, un día para personas con trastornos de personalidad y trastornos afectivos graves y dos días a la semana con horario común para todos los usuarios. Los pacientes acuden 2, 3 ó 4 días en semana, según necesidades y posibilidades de desplazamiento. En abril de 2014 se inicia el Grupo Multifamiliar. Participa todo el equipo, los usuarios y sus familiares o allegados de su elección, y sigue los principios establecidos por la teoría y técnica de Jorge García Badaracco en Buenos Aires (15). Sin la participación de la familia, los cambios conseguidos por el paciente no se pueden generalizar. En las familias con problemas psíquicos graves, existe gran dependencia física y emocional entre sus miembros, encontrándose

éstos dentro del grupo familiar en diferentes estados de inmadurez emocional y sufrimiento. Las familias precisan atender las relaciones que se dan entre sus miembros incluyendo al paciente en una situación de interdependencia patógena y que no ha podido desarrollar un sí mismo genuino. Los padres tienden a tomar la identidad de educadores y cuidadores, así entienden su función parental. Debemos ayudarles a que desarrollen su capacidad de acompañamiento emocional y a que establezcan interdependencias emocionales sanas que ayuden a crecer (16). Los objetivos son poder ver al paciente con sufrimiento psíquico severo como una persona con posibilidad de realizar cambios profundos en sus relaciones familiares y en sus capacidades mentales, que le permitan concebirse como un ser humano capaz de pensar y de relacionarse con su historia y su ambiente. Igualmente es importante encontrar personas que les comprendan y que crean en ellos, que entiendan la dimensión humana del sufrimiento mental, para conseguir la disminución de los aspectos autísticos y narcisistas, aceptando recibir y aprender de los compañeros y de los pacientes. El HD es un lugar privilegiado para que se den sinergias con el Grupo Multifamiliar.

Tercer período. 2015-2018.

La influencia del Grupo de Trabajo de Hospitales de Día de Castilla-La Mancha

El HD de Guadalajara forma parte del Grupo de Trabajo de Hospitales de Día de Castilla-La Mancha (CLM), reconocido y promovido por la Coordinación Regional de Salud Mental. La finalidad última del Grupo de Trabajo es la mejora de los procedimientos y prácticas clínicas a partir de los conocimientos, experiencias y reflexiones compartidas. Dentro de las actividades del grupo están la realización de Jornadas anuales. Durante las V Jornadas Regionales de Hospitales de Día de CLM, celebradas en abril de 2016 y a las que asistieron tanto los usuarios como los equipos, se presentaron las conclusiones de un trabajo de investigación. El objetivo era valorar en qué medida el trabajo realizado desde los HD favorecía la Recuperación, fomentando y promoviendo procesos individuales de recupe-

ración tanto en las personas atendidas como en los equipos. El marco de la Recuperación pone en valor las vivencias subjetivas de las personas y favorece la creación de nuevos significados y sentidos de la vida tratando de restaurar o desarrollar un sentido significativo de pertenencia y un sentido positivo de identidad, más allá de las limitaciones derivadas del trastorno mental (17). El concepto de Recuperación que interesaba al Grupo de Trabajo subrayaba la importancia del proceso personal que trasciende la recuperación clínica y que tomaba en consideración la reivindicación de los derechos individuales de las personas y la importancia de los factores sociales como productores de malestar psíquico (18). Creando aún más horizontalidad y corresponsabilidad en los tratamientos. La investigación constaba de dos fases, una cuantitativa en la que se analizan las respuestas obtenidas Cuestionario de Evaluación del Desarrollo de Entornos Favorables para la Recuperación (REE), y otra cualitativa en la que se utilizó la metodología DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades) para evaluar la experiencia que tanto usuarios como equipos tenían de sus HD (19). La conclusión principal del estudio fue que el mismo proceso de investigación cuanti/cualitativo fue lo más relevante por cuanto validó procedimientos de construcción de conocimiento compartido con la participación de usuarios y profesionales de manera conjunta y horizontal (20).

El tema elegido para las VII Jornadas Regionales de Hospitales de Día celebradas en 2018 fue "El Buen Hospital de Día". En esta ocasión la metodología elegida fue una adaptación de los diálogos anticipatorios propuesta por Seikkula y Arnkil. Usuarios y equipo del HD tenían que evocar el funcionamiento deseado en su centro en un futuro ya sucedido. Se dialoga en presente, como si ese futuro deseado y anticipado ya hubiera ocurrido. Interesa saber cuáles fueron las acciones que facilitaron el resultado evocado. Los participantes solo pueden hablar por turnos, cuando uno habla, los otros escuchan sin interrupciones. La idea subyacente es promover el diálogo interno en vez de comentar las declaraciones de unos y otros. Las discrepancias

entre las anticipaciones de los intervinientes enriquecen el debate y sirven para construir la complejidad, de manera que se busca activamente la multiplicidad de voces, de anticipaciones y acciones derivadas. Todos los participantes están en pie de igualdad (21). El HD de Guadalajara que evocaron como deseable usuarios y equipo era un dispositivo plenamente integrado y ubicado en la comunidad con múltiples actividades normalizadas realizadas en el espacio público, en el que se prioriza el aprendizaje en grupo, se acompaña a las personas, se pueden ensayar nuevas conductas, en el que las familias están más implicadas y se pueden realizar actividades conjuntas familias-usuarios con el fin de favorecer un mejor entendimiento, se facilita la asistencia mejorando el acceso a los medios de transporte, se incrementan las actividades deportivas y relacionadas con lo artístico, en el que los conflictos y dificultades derivadas de la experiencia y convivencia grupal son motores de cambio, en el que se incide en las historias vitales de cada persona y no en lo sintomatológico, en el que se co-construyen continuamente los objetivos y actividades necesarias para continuar con el proyecto de vida de cada cual, en el que nada se da por sabido y hecho, en el que el alta no supone una quiebra del proyecto de recuperación. Es un dispositivo coordinado con el resto de la red de Salud Mental, el equipo de tratamiento favorece las iniciativas de sus miembros y la delegación de tareas entre ellos, el espacio físico está cuidado y es suficiente, se lleva a cabo un proyecto de investigación que nos permite aprender sobre nosotros mismos y se integra a las personas que acuden derivadas al dispositivo durante toda su permanencia en el mismo.

Análisis descriptivo de los pacientes ingresados 2008-2018

Descripción de la muestra (Tabla 1)

La muestra la constituyen las 249 personas que aceptaron tratamiento en el HD desde 2008 a 2018 incluido, 21 de ellas con un ingreso previo en el HD antes de 2008 o un ingreso posterior; se excluyen 7 personas que si bien estaban atendidas en 2008 ingresaron

en años anteriores. Se realizó un estudio prospectivo en el que se recogieron variables de tipo sociodemográfico, de proceso y de resultado hasta enero de 2020. Posteriormente se procedió al análisis descriptivo de la muestra a fin de conocer los cambios en el perfil sociodemográfico y clínico.

En los once años estudiados se han derivado 322 personas, de las que 249 aceptaron tratamiento. La media de personas atendidas cada año es de 47, que son las personas que aceptan tratamiento en un año concreto más las personas que habiendo ingresado con anterioridad no han sido dadas de alta todavía. El promedio de personas atendidas se ha calculado restando de las personas atendidas ese año las personas dadas de alta en ese mismo año. De esta manera se obtiene una estimación de la cantidad de personas que en un momento dado son tratadas simultáneamente, en este caso la media de dicho indicador es de 24. La media de asistencia al HD es del 70,34%.

Características sociodemográficas (Tabla 2)

La edad media de los pacientes ha ido disminuyendo de 40,68 años en 2008 a 32,61 en 2018. La mayoría son hombres, excepto en 2013, en el que el porcentaje de mujeres fue superior y el año 2016, en el que la proporción fue la misma. Estos resultados contrastan con los de otros HD donde la mayoría de las personas atendidas son mujeres (22, 23). Hay mayor porcentaje de personas solteras que va aumentando progresivamente, del 59,15% en 2008 al 87% en 2018. La media total de personas que no tienen la ESO es del 27%. 2014, 2016 y 2017 fueron los años en los que hubo el mayor porcentaje de personas que no llegaron a terminar la ESO, constituyendo un 45,5%, un 40% y otro 40% respectivamente. El porcentaje de pacientes que se encontraban en activo al inicio de HD es bajo, siendo el más alto un 21,4% en 2009. La situación de incapacidad laboral permanente presenta el porcentaje más alto alcanzando un 92% en 2017. No se aprecia una tendencia clara en relación al porcentaje de pacientes con minusvalía más allá de que la gran mayoría al inicio del trata-

miento en HD no la tienen. A lo largo de todos los años, la proporción de pacientes que no tienen ningún familiar que haya estado en tratamiento en la Red de Salud Mental es muy superior al de aquellos que tienen algún familiar cercano en tratamiento. En relación a los fallecimientos de figuras parentales se observa que el porcentaje está en torno al 8%, no habiendo diferencias entre padre y madre. El número de separaciones entre los padres de las personas que acuden al HD es muy bajo hasta 2016, a partir de ese año el porcentaje aumenta, observándose que en 2018 es del 56,5%.

Características del proceso asistencial (Tablas 3 y 4)

La mayor parte de los pacientes tienen su primer contacto con la red de Salud Mental en la Unidad de Salud Mental de Adultos (USMA), oscila entre el 37,9% y el 66,7%. La mayoría de las derivaciones realizadas a HD proceden de la USMA. Esta tendencia permanece estable con un porcentaje medio de 65,7%, excepto 2017 donde baja al 48%. Si bien la media de meses transcurridos desde que la persona tiene el primer contacto en la red de Salud Mental hasta su inclusión en HD presenta una elevada variabilidad, desde 2015 se aprecia una clara tendencia ascendente. Si la mitad de las personas tratadas durante los primeros 6 años tenían 24 meses de antigüedad en la red de Salud Mental, en los siguientes 5 años aumentaba hasta los 57 meses. El tiempo de espera medio desde que una persona es derivada al HD hasta que tiene la primera cita osciló entre 26,21 y 57,91 días. El tiempo de espera medio desde que empieza el proceso de evaluación hasta la inclusión en el dispositivo osciló entre 16,86 y 46,68 días. En relación al tiempo de tratamiento en HD se han considerado dos variables. “*El tiempo de ingreso*”, definido como los días que transcurren desde el momento del ingreso hasta el momento de alta, presenta una gran variabilidad. A partir de 2015, año que marca el máximo de días de todo el período analizado (mediana de 488,5 días), hay una progresiva y significativa reducción alcanzando en 2018 su valor mínimo (mediana de 168 días). “*La asistencia*”, medida solo en los días

que se acude, arroja una tendencia similar, en 2014 se alcanza el valor máximo (mediana de 141 días) para ir descendiendo hasta que en 2018 se alcanza el mínimo de días (mediana de 29 días).

En relación al tipo de alta del HD, se considera *programada* cuando tanto equipo como paciente la acuerdan en base al cumplimiento de objetivos previamente consensuados; *voluntaria* cuando la persona considera concluido su proceso y lo comunica, aunque a criterio del equipo queden parte de los objetivos por alcanzar; y *abandono* cuando la persona decide dejar el dispositivo y no avisa de su decisión. Desde 2008 hasta 2015, la proporción de altas programadas ha sido muy superior, superando el 50% durante ese periodo. A partir de 2016 hay un cambio importante, siendo el abandono terapéutico la forma de alta más frecuente. Es importante reseñar que la media del tiempo desde que ingresan en HD hasta que se van de alta, para las personas que abandonan el dispositivo es de 218 días, para las que piden su alta voluntaria de 177 días y para las que se van de alta programada de 525 días.

Características diagnósticas (Tablas 5, 6 y 7)

Con respecto al diagnóstico hemos ido observando una variabilidad significativa con el paso de los años. En 2008 un 63,6% de los pacientes cumplían criterios diagnósticos para trastornos psicóticos, de los cuales un 50% presentaba criterios para esquizofrenia, y en 2018 el 39,1% cumplía criterios para trastornos psicóticos, de los cuales el 17,4% los cumplía para esquizofrenia. De la misma manera ha ido aumentando el número de pacientes que presentaban trastornos de personalidad a su ingreso, siendo los más comunes los trastornos de personalidad límite y evitativo. Si en 2008 ingresan tan solo un 13,6% de pacientes con diagnóstico de Trastorno de personalidad, en 2016 lo hacen un 60%. El resto de los diagnósticos clínicos están repartidos entre los trastornos del estado de ánimo, siendo los más frecuentes el trastorno bipolar y el trastorno depresivo mayor recurrente. 2018 es el año de mayor heterogeneidad clínica.



Discusión

Globalmente en el HD de Guadalajara, desde 2008 a 2018 incluido, se atiende un mayor número de hombres que de mujeres, la gran mayoría están solteros, con estudios académicos básicos, 36 años de media, con diagnóstico de trastorno psicótico y trastorno de la personalidad fundamentalmente, sin casi fallecimientos parentales, muy mayoritariamente sin padres separados y en el que el 60% no tiene antecedentes de trastorno mental en su familia de origen. Los tiempos medios de tratamiento están en torno a los 341 días, lo cual contrasta con lo descrito por otros autores que informan de tiempos muy inferiores (24, 25 y 26). Antes del tratamiento en HD, suelen encontrarse en situación de incapacidad laboral permanente y sin minusvalía, si bien con el paso del tiempo aumenta la posibilidad de tenerla. Los estudios indican que la mayoría de pacientes que ingresan en HD se encuentran en situación de desempleo (27). Las vías consolidadas de derivación son la Unidad de Salud Mental y la UHB. La elevada variabilidad en el tiempo de espera para el ingreso a lo largo de todos los años como en un mismo año, se explica porque así se regula la cantidad de personas que pueden ser tratadas al mismo tiempo, que a su vez depende en gran medida de la urgencia de la derivación, del número de altas dadas y del número de profesionales del equipo disponibles en ese momento.

En relación a los diagnósticos es donde se aprecian los mayores cambios, de ser un dispositivo con una mayoría significativa de personas con trastornos psicóticos se pasa a un dispositivo donde son minoría merced al aumento en las derivaciones de personas con otros problemas, fundamentalmente trastornos de la personalidad. Se da así respuesta a las USM, principal derivante. Otro factor contextual que también puede haber influido puede hallarse en la estrategia asistencial que en 2008 impulsó el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) basada en la elaboración de procesos asistenciales de salud mental. En el área de salud de Guadalajara se creó un grupo de trabajo con el fin de elaborar un proceso asistencial de intervención precoz en primeros episodios psicóticos

(IPPEP). El HD aparece en el proceso como un dispositivo altamente recomendable para el tratamiento de dichos episodios y durante estos años se derivan al dispositivo mayoritariamente personas con primeros episodios psicóticos. Diferentes estudios informan que los pacientes tratados en HD estaban significativamente más satisfechos y se beneficiaban más del tratamiento que aquellos atendidos en dispositivos ambulatorios (28). En abril de 2012 se dispone ya de una versión del IPPEP dispuesta para su implantación en ese mismo año, si bien una nota previa del propio documento avisa de que tiene un claro carácter provisional (29). Finalmente, el proceso asistencial pierde impulso y no logrará implantarse tal y como estaba descrito. Es probable que su no implantación afectara al modo de organizar la atención sanitaria a las personas con estos problemas y se priorizaran otros dispositivos distintos al HD.

Desde 2015 se aprecia un cambio de tendencia en el perfil de los pacientes ingresados, aumenta el tiempo desde que acuden por primera vez a la red de Salud Mental hasta que son derivados al HD, y disminuye ligeramente el número de personas cuyo primer contacto con la red de salud mental es un ingreso en la UHB, también aumenta la heterogeneidad clínica y disminuye de manera muy significativa la proporción de personas con trastornos psicóticos en tanto aumenta la de personas con trastornos de personalidad. Este cambio de tendencia, en relación al diagnóstico y a la proporción de mujeres ingresadas está en consonancia con lo encontrado en otros estudios (30, 31, 32). Sin embargo, en los HD de agudos, como alternativa eficaz a la hospitalización, la mayoría de las personas en tratamiento tienen diagnóstico de Trastorno psicótico (33,34). También se amplía el número de personas con incapacidad laboral permanente y que están separadas de sus parejas, aumenta también de manera clara el número de personas que abandonan el tratamiento y disminuye el tiempo de tratamiento en el HD.

Conclusión

Los cambios en el HD de Guadalajara a lo largo de los once años estudiados deben entenderse

en un contexto social amplio y dinámico donde múltiples factores concurren para determinar el funcionamiento y organización actuales. Esta evolución ocurre en sinergia con el perfil de las personas tratadas en el dispositivo y con la propia evolución conceptual que ha ido realizando el equipo en su modo de trabajar, lo que implica un gran esfuerzo de integración y elaboración, con grandes dosis de rigor, flexibilidad y capacidad de adaptación para dar respuesta a la complejidad de la clínica diaria. El tratamiento ofrecido ha sido eficaz por cuanto se ha mantenido a lo largo del tiempo la reducción y duración de las hospitalizaciones psiquiátricas de las personas atendidas, las visitas a urgencias han disminuido en los primeros meses tras el alta y se ha recuperado la capacidad laboral estimada para las personas con trastorno mental severo (35). El modelo de HD de Guadalajara, inscrito dentro de la categoría de "programa de tratamiento de día" es un tipo de dispositivo capaz de proporcionar a grupos de pacientes en distintas situaciones vitales, con diagnósticos y perfiles

sociodemográficos diversos y cambiantes, un tratamiento intensivo y prolongado en el tiempo, organizado en un ambiente terapéutico como contexto necesario para implementar diversos procedimientos grupales, familiares e individuales y que se adapta con rigor y flexibilidad a las demandas de atención a la salud mental de la población. Con el transcurrir del tiempo, el modelo de HD ha ido acercándose al evocado en las VII Jornadas Regionales de Hospitales de Día de CLM celebradas en 2018, de manera que se ha integrado el grupo multifamiliar como un elemento indispensable de la oferta terapéutica, se han reforzado las actividades en la comunidad y enfatizado los valores y actitudes que sustentan el modelo de Recuperación (autonomía, esperanza, empoderamiento, eliminación del diagnóstico clínico como un factor organizador de actividad asistencial), se ha adoptado una perspectiva colaborativa y contextual en la que la condición necesaria para la intervención son siempre las personas y sus vivencias expresadas tal y como son experimentadas (36).

Contacto

Antonio Javier Palacios Ruiz ✉ apalacios@sescam.jccm.es
Servicio de Salud Mental de Guadalajara • Instituto de enfermedades neurológicas
Hospital de Día de Adultos • Paseo de la Estación nº 2 • Guadalajara 19001

Bibliografía

1. Stagnaro JC. El Hospital de Día. Historia y conceptualización. Revista Argentina de Psiquiatría. 2012; 23 (102): 107-118.
2. Rosie J. Partial Hospitalization: a review of recent literatura. Hospital and Community Psychiatry. 1978; 38: 1291-1299.
3. Lana F, Marcos S, Litvan L, Mur E, Jugo M, Moreno G, et al. Programas para Trastornos Psicóticos: El Hospital de Día en las Psicosis. ¿Cuándo? ¿Cómo? ¿Por qué? Comunicación presentada en la IX Jornada Nacional de Hospitales de Día. AEN. 2013.
4. Block M, Lefkovitz P. American Association for Partial Hospitalization Standards and Guidelines for partial hospitalization. International Journal of partial hospitalization. 1991; 7 (1): 3-11.
5. Olmo F, Ibáñez V. Hospitalización parcial: conceptos y tendencias actuales. Archivos de Neurobiología. 1998; 61 (1): 9-29.

6. Ambiente terapéutico en salud mental [Internet]. Junta de Andalucía. 2010 [citado 10 enero 2021]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/Ambiente_Terapeutico_SM_SAS_2010_0.pdf
7. Mas Hesse J. Hospital de Día de Alcalá de Henares. Un hospital de día orientado a fomentar la mentalización. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría* 2019; 39 (136): 259-280.
8. Rodríguez Cueto I. La comunidad terapéutica Manu Ene para toxicómanos: una evaluación (1983-1996) [tesis doctoral]. Universidad de Deusto; 2001.
9. Guía de gestión para el Hospital de Día Psiquiátrico del INSALUD (1999). Disponible en: <http://www.ingesa.mscbs.gob.es/fr/estadEstudios/documPublica/psiquiatrico.htm>
10. Grupo de trabajo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría sobre Hospitales de Día. Cuaderno técnico de la AEN, 12. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2009.
11. DiBella G, Weitz G, Poynter-Berg D, Yurmack J. *Handbook of partial hospitalization*. New York, Brunner/Mazel publishers. 1982.
12. Salud Mental: Organización y dispositivos. [Internet]. [mscbs.gob.es](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Salud_Mental_Organizacion_Y_Dispositivos.pdf). 2021 [cited 21 June 2021]. Available from: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Salud_Mental_Organizacion_Y_Dispositivos.pdf
13. Soler M, Ucedo M, Castillo MD, Sánchez P. Evaluación de los tres primeros años de funcionamiento del Hospital de Día de Guadalajara. Póster presentado en las VII Jornadas de la Asociación Castellano-Manchega de Neuropsiquiatría y Salud Mental. Guadalajara: abril 2002.
14. Torés MA, Palacios AJ, Huerta M, Rueda C, Soler M. Datos estadísticos obtenidos del registro de pacientes del Hospital de Día de Guadalajara. Póster presentado en las XI Jornadas de la Asociación Castellano-Manchega de Neuropsiquiatría y Salud Mental. Guadalajara: mayo 2008.
15. García Badaracco J. *Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar*. Madrid. Ed: Tecnipublicaciones; 1992.
16. López Atienza JL, Blajakis I. El clima emocional en los grupos multifamiliares: su construcción y contribución al cambio. *Teoría y práctica grupal psicoanalítica*, 2012; 2(1): 81-93.
17. Valiente C, Vázquez C, Peter Smith S. Marco teórico de la evaluación: desde la rehabilitación psicosocial a la recuperación. En: Fernández J, Touriño R, Benítez N, Abelleira C. (Editores). *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial*. Valladolid, FEARP, 2010. p. 15-30.
18. Hernández Monsalve M. Psicopatología y recuperación. *Informaciones psiquiátricas*. 2013; 213(3): 285-319.
19. Aliaga FM, Gutiérrez-Braojos C, Fernández-Cano A. (2018). Las revistas de investigación en educación: Análisis DAFO. *Revista de Investigación Educativa*, 36(2), 563-579. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/rie.36.2.31246>.
20. Soler M, Arenas J, Alonso M, Guillén, A. Metodología participativa para la evaluación de la implantación de prácticas que favorecen la recuperación en los hospitales de día de Castilla-La Mancha. Comunicación presentada en las XXVI Jornadas de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Cartagena: junio 2016.
21. Seikkula J, Arnkil T. *Diálogos terapéuticos en la red social*. Barcelona: Herder; 2016.
22. Martínez García de Castro M, Bergero Miguel T, Perles Roselló F. Ambiente y Factores terapéuticos de un hospital de día de salud mental. Un estudio cualitativo. *Cuadernos de temas grupales e institucionales*. *Revista Área 3*: 2013; 17.
23. Verdaguer E, Castillo JA, Plaza A. Efectividad del tratamiento y seguimiento longitudinal de pacientes con TLP tratados en Hospital de Día. *Psicopatología y salud mental*, 2017; 30: 17-28.
24. Figuera D. Una experiencia del hospital de día basada en el apego y focalizada en los vínculos. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*. 2019; 39 (136): 239-258.
25. Grifoll C. Situación actual de los hospitales de día en Cataluña. *Revista de Psicopatología y Salud mental*, Junio 2011; M3: 23-30.
26. Navascués A, Calvo-Medel D, Martín B. Efectos del bienestar subjetivo y psicológico en los resultados terapéuticos de un hospital de día. *Revista Acción Psicológica*, diciembre 2016; 13(2): 143-156.
27. Bales D, van Beek N, Smits M, Willemsen S, Jan, Busschbach J, Verheul R, Andrea H. Treatment outcome of 18-month, day hospital mentalization-based treatment (MBT) in patients with severe borderline personality disorder in the

- Netherlands. *Journal of Personality Disorders*. Agosto 2012; 26(4): 568-582. Disponible en: <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.4.568>
28. Horvitz-Lennon M, Normand SL, Gaccione P, Frank RG. 2001. Partial Versus Full Hospitalization for Adults in Psychiatric Distress: A Systematic Review of the Published Literature (1957–1997). *American Journal of Psychiatry*. Junio 2001; 158(5):676-85.
29. Grupo de trabajo del área de salud de Guadalajara. Intervención precoz en primeros episodios psicóticos (IPPEP). SESCAM. 2012. Disponible en https://sanidad.castillalamancha.es/files/ippep_vimp_-_1_160412.pdf
30. García Núñez D, Serrano López D, Trafach G. Hospital de Día de la XSM-IAS: Adultos e Infanto-Juvenil. *Cuadernos Psiquiatría Comunitaria*, 2012; 11 (1): 67–201.
31. Fernández-Martina H, Iglesias-de-Senab C, Fombellida-Velasco I, Vicente-Torres M, Alonso-Sardón M, Mirón Canelo JA. Satisfacción del paciente como indicador de calidad en salud mental. *Revista Calidad Asistencial*. 2016; 31(5):254-261.
32. Bardón C. Intervención en crisis y patologías emergentes. *Psicopatología y salud mental*. 2011, M3, 83-86.
33. Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F, Sledge W, Kluiters H, et al. Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) Acute day hospital versus admission; (2) Vocational rehabilitation; (3) Day hospital versus outpatient care. *Health Technol Assess* 2001; 5(21).
34. Vázquez-Bourgon J, Gómez Ruiz E, Hoyuela Zatón F, Salvador Carulla L, Ayesa Arriola R, Tordesillas Gutiérrez D, et al. Diferencias en la efectividad clínica y funcional, entre trastornos psiquiátricos, de un hospital de día psiquiátrico de agudos para pacientes con enfermedad mental aguda. *Revista Psiquiatría y Salud Mental*. Enero-Marzo 2021; 14(1): 40-49.
35. Palacios Ruiz, A.J., Roldán del Cerro, M. y Soler Sánchez, M. del M. (2023). El tratamiento de personas con trastorno mental en un hospital de día de adultos. Análisis de su efectividad 2008-2018. *Clínica Contemporánea*, 14(1), Artículo e2. <https://doi.org/10.5093/cc2023a2>
36. P Johnstone L, Boyle M, Cromby J, Dillon J, Harper D, Kinderman P, et al. *The Power Threat Meaning Framework: Overview*. Leicester: British Psychological Society, 2018.

Tabla 1. Muestra de pacientes durante el período 2008-2018

Año	Nº Pacientes derivados	Nº Pacientes que aceptan	Nº Pacientes atendidos	Nº Altas de pacientes	Nº Atendidos - Altas	Asistencia (%)
2008	25	22	47	23	24	70,90
2009	36	29	45	22	23	67,98
2010	30	24	47	25	22	64,36
2011	20	21	42	18	26	67,72
2012	32	19	45	21	24	77,25
2013	24	22	47	21	26	66,09
2014	33	22	46	21	25	69,02
2015	30	22	47	23	24	73,65
2016	29	20	47	18	29	75
2017	36	25	51	31	20	76
2018	27	23	43	25	18	65,74
Total	322	249	507	248		
Media	28	22	47	22	24	70,34

Tabla 2. Frecuencia en porcentaje de las variables sociodemográficas de la muestra

Variables	Categorías	Años										
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Edad	Mujer	36.4	44.8	37.5	42.9	42.1	63.6	31.8	40.9	50	40	34.8
	Hombre	63.6	55.2	62.5	57.1	57.9	36.3	68.2	59.1	50	60	65.2
Sexo	Mujer	36.4	44.8	37.5	42.9	42.1	63.6	31.8	40.9	50	40	34.8
	Hombre	63.6	55.2	62.5	57.1	57.9	36.34	68.2	59.1	50	60	65.2
Estado civil	Soltero	59.1	65.5	54.2	66.7	84.2	72.7	72.7	77.3	75	84	87
	Casado	36.4	20.7	20.8	33.3	15.8	22.7	13.6	13.6	20	8	8.7
	Separado	4.5	13.8	25	0	0	4.5	13.6	9.1	5	8	4.3
Estudios	Sin Eso	22.7	24.1	37.5	23.8	10.5	22.7	45.5	9.1	40	40	26.1
	Eso	45.5	31	29.2	38.1	36.8	27.3	31.8	22.7	35	8	26.1
	Grado Medio	0	17.2	12.5	0	10.5	0	4.5	22.7	15	20	21.7
	Bachillerato	9.1	3.4	8.3	14.3	31.6	22.7	13.6	27.3	5	24	17.4
	Universitario	22.7	24.1	12.5	23.8	10.5	27.3	4.5	18.2	5	8	8.7
Situación laboral antes de HD	Activo	9.1	21.4	12.5	19	5.3	13.6	4.5	0	0	4	8.7
	Incapacidad Laboral Transitoria.	9.1	7.1	0	14.3	5.3	9.1	4.5	13.6	13.6	0	8.7
	Incapacidad Laboral Permanente	77.3	53.6	58.3	38.1	36.8	36.4	31.8	59.1	59.1	92	78.3
	Paro	0	17.9	25	28.6	47.4	40.9	54.5	27.3	27.3	0	0
	Estudiante	4.5	0	4.2	0	5.3	0	4.5	0	0	4	4.3
Minusvalía antes de HD	Sí	4,5	21,4	47,8	28,6	26,3	27,3	36,4	27,3	20	36	30,4
	No	95,5	78,6	52,2	71,4	73,7	72,7	63,6	72,7	80	64	69,6
Antecedentes familiares	Ninguno	59.1	46.4	47.8	38.1	52.6	81.8	77.3	63.6	85	64	47.8
	Madre	9.1	17.9	13	28.6	26.3	18.2	9.1	13.6	10	12	26.1
	Padre	4.5	17.9	8.7	4.8	0	0	4.5	13.6	0	8	17.4
	Hermanos	18.2	14.3	17.4	19	0	0	4.5	9.1	0	12	4.3
	Ambos Padres	9.1	3.6	13	9.5	0	0	0	0	5	4	4.3
	Otro	0	0	0	0	21.1	0	4.5	0	0	0	0
Fallecimiento parental	Ninguno	90.9	86.2	87.5	95.2	94.7	95.5	90.9	100	80	88	95.7
	Madre	0	3.4	0	4.8	0	4.5	9.1	0	10	0	4.3
	Padre	9.1	6.9	12.5	0	5.3	0	0	0	0	12	0
Padres separados	No	81.8	71.4	91.7	66.7	94.7	95.5	72.7	81.8	65	52	43.5
	Sí	18.2	28.6	8.3	33.3	5.3	4.5	27.3	18.2	35	48	56.5

Tabla 3. Frecuencias en porcentaje de las variables categóricas del proceso asistencial

Variables	Categorías	Años										
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Dispositivo primer contacto	CEDT	4.5	3.4	8.3	4.3	0	0	4.5	0	10	4	8.7
	UCA	0	0	0	4.8	0	4.5	0	0	0	0	4.3
	UHB	13.6	44.8	20.8	4.8	31.6	27.3	27.3	27.3	15	16	17.4
	Urgencias	0	6.9	0	38.1	10.5	13.6	0	18.2	10	20	8.7
	USM	77.3	37.9	66.7	38.1	52.6	50	54.5	45.5	60	48	39.1
	USM-IJ	4.5	6.9	4.2	9.5	5.3	4.5	13.6	9.1	5	12	21.7
Origen derivación al HD	USM	72.7	65,6	66,7	76.2	78.9	72.7	68.2	59.1	55	48	69.6
	UHB	18.2	27,6	29,2	19	21.1	22.7	22.7	31.8	25	36	21.7
	Urgencias	0	0	0	4.8	0	0	0	0	0	0	0
	CEDT	9.1	6,9	4,2	0	0	0	4.5	0	20	8	8.7
	UCA	0	0	0	0	0	4.5	0	9.1	0	8	0
	USM-IJ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	UME	0	0	0	0	0	0	4.5	0	0	0	0
Tipo de alta de HD	Programada	59.1	72,4	62,5	61.9	73.7	63.6	77.3	59.1	25	40	30.4
	Voluntaria	18.2	13,8	20,8	9.5	15.8	13.6	18.2	18.2	15	16	34.8
	Abandono	22.7	13,8	16,7	28.6	10.5	22.7	4.5	22.7	60	44	34.8

USM: Unidad Salud Mental Adultos.

USM-IJ: Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.

UHB: Unidad Hospitalización Breve.

CEDT: Centro de Especialidades y Tratamiento.

UCA: Unidad de Conductas Adicivas.

UME: Unidad de Media Estancia.

Tabla 4. Frecuencias de los días de espera y del número de días de ingresos

Variables	Años										
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Meses en la red de Salud Mental	34.2 (29)	39.7 (89)	73.3 (42)	55.06 (37.5)	31.3 (18)	31.2 (10)	61.7 (34)	94.6 (39)	100 (48)	112.9 (98)	112.3 (67)
Días espera hasta 1ª cita	28.91 (21.5)	26.21 (19)	42.08 (27)	51.6 (30)	44.11 (36)	57.91 (49)	26.32 (21.5)	38.18 (35.5)	47.20 (45)	44.40 (35)	27.83 (27)
Días espera hasta Ingreso en HD	36.36 (27.5)	16.86 (13)	18.79 (13.5)	19.33 (17)	39 (26)	34.45 (28)	32.59 (26.5)	40.09 (21.5)	31.95 (33.5)	46.68 (30)	32.65 (31)
Días efectivos de ingreso en HD	71.95 (66.5)	73.29 (58)	96.32 (65)	97.32 (83)	114.7 (98)	66.15 (67)	124.1 (141)	109.7 (109)	77.95 (55)	78.64 (44)	84.39 (29)
Días ingreso en HD	375.4 (391.5)	358.5 (310)	416.3 (376)	447.1 (323)	429.7 (421)	359. (322)	506.6 (462)	437.7 (488)	346.8 (306)	318 (221)	270.8 (168)

Los valores están expresados en media aritmética y mediana (entre paréntesis).

Tabla 5. Frecuencias en porcentaje de los diagnósticos de los pacientes que ingresan en HD

Grupos Diagnósticos CIE-10	Años										
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	8.7
Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y delirante, y otros trastornos psicóticos no relacionados con el estado de ánimo	63.6	55.2	50	57.1	73.7	36.4	68.2	54.5	20	56	39.1
Trastornos del estado de ánimo	13.6	13.8	12.5	4.8	0	4.5	0	9.1	15	8	21.7
Trastornos de ansiedad, disociativos, relacionados con estrés, somatomorfos y otros trastornos mentales no psicóticos	9.1	6.9	12.5	4.8	5.36	13.6	4.5	4.5	0	0	0
Síndromes de comportamiento asociados a trastornos fisiológicos y factores físicos	0	0	0	4.8	5.3	0	0	4.5	5	0	4.3
Trastornos de personalidad y comportamiento del adulto	13.6	24.1	25	28.6	15.8	45.5	27.3	22.7	60	28	26.1
Trastornos generalizados y específicos del desarrollo	0	0	0	0	0	0	0	4.5	0	4	0

- Recibido: 21/04/2023.
- Aceptado: 05/06/2023.