

Guía de gestión del hospital de día psiquiátrico



Guía de gestión del hospital de día psiquiátrico



© Edita: *Instituto Nacional de la Salud*
Subdirección General de Coordinación Administrativa
Área de Estudios, Documentación y Coordinación normativa
Alcalá, 56
28014 Madrid

Diseño de Cubierta: Enrique Sánchez-Maroto M.

Depósito Legal: M-46365-1999
ISBN: 84-351-0312-9
NIPO: 352-99-031-3
Número de publicación INSALUD: 1744

Imprime: Grupo Industrial de Artes Gráficas
Ibersaf Industrial, S.L.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
Dirección General de Atención Primaria y Especializada
Subdirección General de Atención Especializada

Guía de gestión del hospital de día psiquiátrico

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
SUBDIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA

Madrid, 1999

GRUPO DE TRABAJO

Representantes Asociación Española de Neuropsiquiatría

M.^a del Rosario de Luis Beorlegui
Hospital de Día "Irubide". Pamplona

Josefina Mas Hesse
Instituto Psiquiátrico José Germain S.S.M. Madrid

Amalia Tesoro Amate
Empresa Pública Hospital del Poniente. Almería

Representantes Sociedad Española de Psiquiatría

Enrique Baca Baldomero
Hospital Puerta de Hierro. Madrid

Valentín Conde López
Hospital Clínico Universitario. Valladolid

Carmen Leal Cercós
Hospital Clínico Universitario. Valencia

Representantes del INSALUD

Coordinador Técnico:

Alfonso Calvé Pérez
Hospital de Día Psiquiátrico
Clínica Puerta de Hierro. Madrid

Apoyo al Coordinador Técnico:

Vicente Ibáñez Rojo
Hospital de Día Psiquiátrico
Clínica Puerta de Hierro. Madrid

Coordinación General:

Leticia Moral Iglesias
Subdirectora General de Atención Especializada

ÍNDICE

	<u>Pág.</u>
1. PRESENTACIÓN.....	9
2. INTRODUCCIÓN.....	11
3. DEFINICIÓN.....	13
4. OBJETIVOS.....	15
4.1. Objetivos terapéuticos.....	15
4.2. Objetivos de gestión.....	16
5. INDICACIONES.....	19
5.1. Requerimientos básicos para la recomendación de la asistencia a HDP.....	19
5.2. Indicaciones clínicas del HDP.....	19
6. PERFIL DE LOS PACIENTES.....	21
6.1. Trastornos psicóticos.....	21
6.2. Trastornos de personalidad.....	22
6.3. Trastornos afectivos.....	23
6.4. Trastornos de alimentación.....	24
6.5. Diagnóstico diferencial.....	24
7. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO.....	25
7.1. Ubicación física.....	25
7.2. Lugar en la red sanitaria.....	25
7.3. Hospitales de Día específicos vs heterogéneos.....	26
7.4. Organización interna.....	26
7.5. Documentación Clínica.....	29

8. ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS.....	31
8.1. Actividades terapéuticas básicas.....	31
8.2. Actividades terapéuticas complementarias.....	32
9. OTRAS PRESTACIONES.....	33
10. ACREDITACIÓN.....	35
10.1. Criterios previos.....	35
10.2. Criterios de acreditación según niveles de clasificación.....	35
11. DOTACIÓN MATERIAL Y DE RECURSOS HUMANOS.....	37
11.1. Capacidad asistencial.....	37
11.2. Recursos de personal.....	37
11.3. Necesidades de espacio.....	38
11.4. Recursos materiales diagnósticos, terapéuticos y administrativos.....	38
12. CRITERIOS DE EVALUACIÓN.....	39
13. BIBLIOGRAFÍA	41

1. PRESENTACIÓN

La reforma de la asistencia psiquiátrica iniciada en las Diputaciones Provinciales en 1981 y relanzada por las Comunidades Autónomas desde 1983 se generalizó y recibió un impulso definitivo con la aprobación de la Ley General de Sanidad de 1986, que entre otros avances significó la integración de la asistencia psiquiátrica y de la salud mental en el Sistema Nacional de Salud, y desplazó la cultura organizacional psiquiátrica desde los hospitales psiquiátricos a la comunidad.

El desarrollo asistencial del nuevo modelo de atención a la salud mental ha generalizado la creación de servicios psiquiátricos integrados en el sistema sanitario general, próximos a la población y atendidos por equipos multiprofesionales que trabajan en red, de forma coordinada con otros servicios de atención especializada, los servicios de atención primaria y los servicios sociales. Sin embargo, a pesar de importantes desarrollos, persisten desequilibrios territoriales, insuficiencias internas y deficiencias estructurales que aconsejan nuevas actuaciones.

Sin perjuicio de las competencias que, en materia de planificación sanitaria, corresponden a las Comunidades Autónomas, el INSALUD tiene la responsabilidad de proveer los servicios asistenciales necesarios para atender adecuadamente las necesidades sanitarias de la población.

A pesar de lo establecido en la Ley General de Sanidad, una de las insuficiencias de la red de servicios psiquiátricos es la falta de dispositivos de hospitalización parcial. Los hospitales de día para adultos son escasos en número y con dotaciones dispares.

La hospitalización parcial en psiquiatría, como elemento diferenciado en la red de servicios de salud mental, aporta un modelo asis-

tencial flexible, integrador, intensivo, coordinado y coste-eficiente, capaz de configurar una oferta de servicios adaptada a las características del área a la que sirve, mejorando y complementando al mismo tiempo los servicios ambulatorios y los de hospitalización completa convencional.

El INSALUD, en su plan estratégico, se propone la potenciación de programas de hospitalización parcial como alternativa a la hospitalización completa médico-quirúrgica. En el momento actual de la asistencia psiquiátrica, la hospitalización parcial emerge como el recurso más importante entre el hospital general y el tratamiento ambulatorio estándar.

Por todo lo anterior, la Subdirección General de Atención Especializada del INSALUD constituyó un grupo de trabajo integrado por las sociedades profesionales representativas a nivel del Estado, para elaborar esta guía de gestión para la hospitalización de día psiquiátrica para adultos.

2. INTRODUCCIÓN

La hospitalización parcial se introduce tras la Segunda Guerra Mundial en paralelo al movimiento de desinstitucionalización con el cierre de los manicomios, la aparición de las comunidades terapéuticas como alternativas a éstos, y de las psicoterapias de grupo. El desarrollo ha sido desigual en cuanto a modelos, funciones, oferta de servicios y tipo de pacientes.

Se trata de un **servicio ambulatorio**, que provee de un **tratamiento más intensivo y estructurado** que el ambulatorio normal durante **una parte del día**, que conforma un sistema menos restrictivo que la hospitalización, estando dirigido a evitarla, servir de puente entre ésta y la comunidad, y aumentar el nivel de funcionamiento de enfermos mentales graves.

Según la Asociación Americana de Hospitalización Parcial: «La Hospitalización Parcial es un programa de tratamiento ambulatorio, activo y de tiempo limitado, que ofrece servicios clínicos estructurados, coordinados y terapéuticamente intensivos dentro de un ambiente («milieu») terapéutico estable... emplea un esquema integrado, global y complementario de enfoques reconocidos de tratamiento... Los programas están designados para servir a personas con deterioro significativo secundario a un trastorno psiquiátrico, emocional o conductual, y también para tener un impacto clínico significativo sobre el sistema de apoyo del paciente... El programa debe ser una unidad organizada, separada e identificable, aunque integrada dentro de la continuidad de servicios de salud mental». Esta definición se reelabora en el presente documento.

En la práctica, los centros siguen modelos teóricos diversos, los resultados son desiguales y, en general, poco evaluados. Son escasos, probablemente por la falta de definición y la ausencia de un sistema de indicadores fiables que permitan una evaluación clara.

Esta guía pretende dar respuesta a estos problemas, desarrollando un modelo de organización de la hospitalización de día psiquiátrica para adultos con una definición y funciones claras, adaptable a las redes del sistema de salud actuales, y con programas de actividades, dotaciones y normas acordes con los modernos criterios de gestión sanitaria, y evaluación.

3. DEFINICIÓN

Se entiende por hospital de día psiquiátrico (en adelante HDP) un dispositivo asistencial de tratamiento activo de trastornos mentales en régimen de día. Es por tanto un instrumento de prevención secundaria.

- Se entiende por *dispositivo asistencial* una institución sanitaria integrada en la red de prestación de cuidados médicos del sistema de salud.
- Se entiende 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.
- Se entiende por *trastorno mental* aquellos que se encuentran 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.
- Se entiende 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 cinco horas.

El hospital de día psiquiátrico ha de ser distinguido de los siguientes dispositivos de la red sanitaria y de servicios sociales que tienen en común con el HDP solamente el ser utilizados por pacientes que permanecen en la comunidad.

- Centro o programas de tratamiento ambulatorio. Destinado a proporcionar tratamiento y seguimiento puntuales en régimen ambulatorio a pacientes psiquiátricos. Un ejemplo puede ser una clínica de litio o un programa de neurolépticos depot. Un HDP 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 HDP 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 HDP 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 HDP no desarrolla programas específicos de este tipo.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivos terapéuticos

- Actuar sobre el **cuadro clínico** que presenta el paciente buscando la mejoría, la desaparición de los síntomas y la remisión parcial o total del mismo. Esta acción se encuadra dentro de la prevención secundaria de la enfermedad.
- Actuar sobre las **circunstancias sociales y familiares** que modulan el curso, la respuesta a los tratamientos y el pronóstico de la enfermedad. Esta acción se encuadra dentro de la detección de factores de protección y de riesgo y de la actuación específica sobre ellos.
- Actuar sobre las **secuelas del proceso patológico**, sean éstas transitorias o estables, debidas a la patología o secundarias a los tratamientos. Esta acción se encuadra dentro de la prevención terciaria de la enfermedad.
- Actuar sobre las **consecuencias sociales del enfermar mental**. Se incluyen aquí las acciones para la minimización del estigma social, así como acciones destinadas a promover y mejorar la actitud y la colaboración del entorno inmediato del paciente y, eventualmente, la prestación de ayuda específica a dicho entorno (fundamentalmente a la familia). Esta acción se encuadra dentro de las labores facilitadoras de reinserción social.

En definitiva, persigue un aumento de la calidad de vida y la satisfacción (disminución del sufrimiento) de los pacientes con trastornos graves de salud mental y de su entorno próximo (familia), mediante la:

- Disminución y/o afrontamiento de la sintomatología psiquiátrica.
- La prevención y reducción de recaídas.
- La prevención del deterioro.
- El mejor ajuste y funcionamiento familiar y social de los pacientes.

Las acciones anteriores pueden ser desarrolladas de forma simultánea o sucesiva en cada caso concreto, teniendo siempre en cuenta que la primera acción, **el tratamiento de la patología activa, es la que condiciona la presencia y permanencia del paciente en este dispositivo**. El cese o mejoría significativa de dicho cuadro clínico activo planteará el alta del paciente y su derivación a otro dispositivo de la red donde proseguir su tratamiento y/o, en su caso, las tareas de rehabilitación y reinserción social.

Mientras se logran estos objetivos, la estancia en el HDP favorece:

- En los **casos en los que ha habido una crisis**, la transición desde la ruptura del funcionamiento personal que supone la enfermedad a una adaptación progresiva a la vida comunitaria, afrontando lo sucedido y mejorando los recursos y habilidades sociales del paciente.
- En los **casos en los que se parte de un funcionamiento crónicamente desadaptativo** (trastornos de personalidad graves, psicóticos con gran repliegue autístico), un cambio en los pacientes hacia nuevas pautas de interacción con él mismo y con lo demás.

4.2. Objetivos de gestión

Han de ser considerados siempre como objetivos subordinados a los terapéuticos y pueden enumerarse así:

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

Estos objetivos tienen fundamentaciones diversas pero confluentes:

- La minimización de la separación del paciente de su medio habitual.
- La reducción del estigma que supone el ingreso.
- La rentabilización de las camas en las unidades de corta estancia.
- El cumplimiento de los tratamientos farmacológicos.
- La reducción de los costes de la enfermedad, evitando reingresos, recaídas y mejorando el funcionamiento social, disminuyendo los costes sociales, familiares y laborales.

Son objetivos de gestión de un HDP comunes a otros recursos sanitarios, entre otros, los siguientes:

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

5. INDICACIONES

5.1. Requerimientos básicos para la recomendación de la asistencia a HDP

- El paciente ha de disponer de cobertura social que garantice su alojamiento y cuidados, si los precisa, durante el período de tiempo que no cubre el HDP.
- El paciente ha de ser capaz de desplazarse hasta el HDP desde su lugar de residencia, por sí mismo o facilitado por instancias sanitarias o sociales.
- El paciente ha de aceptar y ser capaz de colaborar mínimamente con el programa terapéutico del HDP. Esta aceptación ha de procurar hacerse extensiva a la familia o persona/s con la/s que conviva el enfermo.

5.2. Indicaciones clínicas del HDP

Los **trastornos psiquiátricos en los que existe consenso general de la indicación de HDP**, son los pertenecientes a los siguientes capítulos de la CIE:

- F20-29: esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes.
- F30-39: trastornos del humor.
- F40-49: trastornos neuróticos y secundarios a situaciones estresantes. En aquellos casos cuya gravedad aconseje el empleo de HDP y con la probable excepción de los trastornos somatomorfos.

- F50: trastornos de la conducta alimentaria, bajo la forma de programas específicos.
- F60-69: trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto. Con la excepción del trastorno disocial, incluido cuando se presenta en comorbilidad con otra categoría diagnóstica, o cuando los rasgos disociales son predominantes.

Los trastornos psiquiátricos en los que existe consenso general de que no hay indicación de HDP son:

- F00-09: trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.
- F10-19: trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de drogas psicótropas.
- F70-79: retraso mental moderado a grave, incluido cuando se presenta en comorbilidad con otra categoría diagnóstica.

6. PERFIL DE LOS PACIENTES

Sea cual sea el grupo diagnóstico al que pertenezca un paciente y salvo aquellos casos en que el citado grupo diagnóstico supone en sí mismo una contraindicación, **el perfil general de los pacientes** del HDP puede resumirse así:

- a) Pacientes con sintomatología activa.
- b) Capaces de entender y colaborar en su tratamiento.
- c) Sin conductas gravemente disruptivas o heteroagresivas.
- d) Sin riesgo de suicidio que requiera ingreso a tiempo completo.

No son indicaciones válidas para la admisión presentar exclusivamente:

- Necesidades de cuidados mínimos diurnos u otra forma de asistencia no sanitaria derivada de la falta de cobertura familiar durante el horario laboral.
- Problemas de socialización y/o comunicación, sin otra patología subyacente.

Teniendo en cuenta estas variables, las **indicaciones más reconocidas** de HDP son:

6.1. Trastornos psicóticos

- Primeros brotes psicóticos. Con un funcionamiento por debajo de sus posibilidades, tendencia al aislamiento o alejamiento afectivo, pérdida de la autoestima o dificultades para manejar las emociones que aparecen tras la ruptura psicótica. El HDP es un recurso poderoso para educar en la enfermedad, fomentar la conciencia de ésta, hacer de soporte para encajar y superar la

crisis, ayudando a reiniciar satisfactoriamente la vida previa y, si no es posible a efectuar, las actividades más adecuadas a partir de ese momento, previniendo recaídas.

- Pacientes con grave aislamiento, especialmente si es de larga evolución, con escasos contactos, y que no puedan integrarse en actividades normalizadas o de rehabilitación sin un tratamiento intensivo previo, ya sea por desmotivación, ansiedad, autorreferencialidad u otros.
- Pacientes psicóticos con graves dificultades para afrontar su enfermedad, con riesgo de no cumplimiento del tratamiento ambulatorio.
- Pacientes que no mejoran ambulatoriamente y se presupone que en un medio terapéutico más intensivo y con mayores interacciones interpersonales mejorarán. El medio terapéutico facilita muchos aspectos necesarios para iniciar y potenciar el tratamiento, desde la adquisición de conciencia de enfermedad a la motivación y esperanza de cambio, aprender a verbalizar emociones, reconocer y regular afectos y dar las posibilidades de testar la realidad con otros miembros del HDP.
- Pacientes con una reagudización de su sintomatología psicótica, que no precisan hospitalización completa o que, habiendo sido hospitalizados, se encuentran en condiciones de ser dados de alta en la Unidad de Agudos si cuentan con un tratamiento intensivo en el HDP.

6.2. Trastornos de personalidad

Los trastornos de personalidad pueden tener un lugar para su tratamiento en el HDP. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que la presencia de estos pacientes junto a pacientes psicóticos y otras patologías ha de ser manejada convenientemente, sobre todo en el caso del trastorno límite.

La presencia de rasgos prominentes de personalidad antisocial, asociados a otro trastorno de personalidad, han de ser evaluados individualmente para establecer la indicación o no de tratamiento en el HDP. En cualquier caso, estos trastornos exigen la disposición de un programa específico de tratamiento y actividades, evaluando cuidadosamente las ventajas e inconvenientes del empleo de espacios y procedimientos comunes.

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

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

6.3. Trastornos afectivos

- Pacientes recuperándose de una fase maníaca o hipomaníacos que necesitan un seguimiento y ajuste de medicación frecuente.
- Pacientes recuperándose de una depresión o estancados en ésta, donde es importante ajustar el nivel de activación y la pre-

sión vivida desde el entorno a la situación del paciente, potenciando adecuadamente los recursos de éste.

6.4. Trastornos de alimentación

El HDP es una buena alternativa a la hospitalización completa en algunos casos y, sobre todo, facilita que los ingresos hospitalarios sean cortos.

Permite el tratamiento de casos complicados, por ejemplo, con trastorno de personalidad grave, que pueden beneficiarse de un tratamiento terapéutico activo e intensivo, y de una supervisión de su nutrición.

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

- Que se coma en él.
- Que se cuente con una enfermería entrenada en el manejo de estos trastornos.
- Que se cuente con facultativos formados en el tratamiento de estos trastornos.
- Parte del tratamiento es compartido con el resto de los pacientes, pero son necesarias en mayor medida que en otros pacientes terapias y actividades específicas.
- Coordinación con el equipo multidisciplinar que lleva el caso.

6.5. Diagnóstico diferencial

En algunos casos con pacientes de diagnóstico difícil donde es relevante llegar a este y es necesario un período de observación, el hospital de día es un medio ideal al permitir gran variedad de interacciones y oportunidades de esclarecimiento, al tiempo que se evita un ingreso hospitalario completo.

7. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

7.1. Ubicación física

El HDP debe estar situado en el entorno de la comunidad a la que sirve y su emplazamiento ha de atender a **criterios de accesibilidad** en función de distancias y transporte público, y de organización y funcionamiento.

La ubicación del HDP en relación con otros dispositivos del área puede ser muy variable, sin que por ello hayan de verse perjudicados sus objetivos y funciones. No obstante, no hay que ignorar que el hecho de compartir espacio con otro dispositivo de la red puede influir el perfil de actuación del HDP.

En principio se considera la ubicación más idónea la que establece una personalidad propia para el HDP sin perjuicio de los lazos jerárquicos que correspondan en el organigrama específico del Área de Salud.

Esta ubicación ha de preservar una relación muy fluida y preferente con las unidades de hospitalización breve y con los equipos de salud mental ambulatorios junto con un canal constante en la derivación, al alta, de los pacientes del HDP hacia dichos dispositivos.

7.2. Lugar en la red sanitaria

El HDP es un dispositivo sanitario situado en una posición intermedia entre las camas psiquiátricas y los dispositivos ambulatorios. En un sistema en el que el equipo de atención psiquiátrica ambulatoria coordina la atención que ha de recibir el paciente, la relación HDP con otros servicios habrá de hacerse de acuerdo con éste.

- Acceso desde el equipo ambulatorio comunitario y desde las unidades de agudos (casos en los que el HDP es utilizado para acortar estancias). En este caso se informará de la derivación al equipo de salud mental comunitario.
- Derivación al equipo comunitario ambulatorio. En determinados casos envía directamente pacientes a la unidad de agudos o a unidades de rehabilitación. Estas acciones tienen que ser conocidas y asumidas por el equipo ambulatorio que es quien garantiza la continuidad de cuidados a largo plazo.

7.3. Hospitales de Día específicos vs heterogéneos

Se recomiendan los HDP heterogéneos en los que se tengan los recursos necesarios para poder realizar programas individualizados de tratamiento que den cobertura a las necesidades específicas de distintos pacientes.

En cualquier caso, las necesidades de la red de servicios de cubrir un espectro amplio de pacientes o grupos específicos determinarán el tipo de HDP.

7.4. Organización interna

El HDP se organiza como una estructura jerárquica en cuanto a la gestión del personal técnico, administrativo y de servicios y como una estructura flexible en cuanto a la atención a los pacientes. Dicha prestación de servicios se organiza en actividades terapéuticas diferenciadas e identificadas con responsables nominalmente asignados a las mismas.

Sobre el catálogo de actividades que ofrezca el HDP se confeccionará el programa individualizado para cada paciente, que comprenderá fundamentalmente los objetivos a alcanzar, el horario, el número y secuencia de las actividades en las que participará el paciente, y además, las actuaciones con su entorno próximo, especialmente la familia.

Esto es posible llevando a cabo las siguientes actividades y con los siguientes procedimientos:

7.4.1. *Reunión del equipo*

De contenido funcional, centrada en los aspectos operativos del estado, la evolución y las actividades de los pacientes.

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

7.4.2. *Programación terapéutica*

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

La programación terapéutica se hará siguiendo la metodología habitual:

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

7.4.3. Alta y derivación del paciente

El alta del paciente se producirá con las modalidades habituales de las altas hospitalarias, previa reunión en la que se analizarán las razones y conveniencia de la misma. Al no tratarse de un dispositivo de tratamiento coercitivo el alta voluntaria a petición del paciente o de su representante legal, en el caso de incapacidad, es una posibilidad abierta.

Los criterios de alta son:

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

El informe de alta ha de contener las razones de la derivación del paciente al dispositivo de la red considerado más idóneo para seguir el tratamiento.

El dispositivo que ha de recibir al paciente ha de ser informado y participar en el proceso del alta, que en muchos casos es progresivo hasta que su adaptación a la nueva situación sea adecuada.

7.5. Documentación clínica

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

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

8. ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS

La aportación terapéutica más característica del HDP es la condición terapéutica del medio. En este medio terapéutico se desarrolla el programa de tratamiento.

8.1. Actividades terapéuticas básicas

Actividades grupales:

- Psicoterapia de grupo.
- Grupos comunitarios.
- Terapia ocupacional. Talleres de trabajo individual y grupal, incluyendo técnicas de resocialización, grupos de discusión, lectura de prensa, artes plásticas, etc.
- Entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas.
- Grupos específicos para patologías concretas: grupo de imagen corporal, grupo pospandrial, grupo para pacientes con problemas de control de impulsos, etc.).

Atención individualizada:

- Entrevistas individuales.
- Tratamientos farmacológicos con prescripción, control y entrega diaria de la medicación. El HDP facilita un ajuste preciso de medicación con minimización de efectos secundarios y abordaje de cambios de medicación.
- Psicoterapia individual breve reglada.

Atención familiar:

- Intervención familiar mediante entrevistas diagnósticas, psicoedu-

- cativas o terapéuticas.
- Grupos multifamiliares psicoeducativos y de resolución de problemas.

8.2. Actividades terapéuticas complementarias

Psicoterapias específicas de los modelos usualmente utilizados en la clínica

Actividades socioterápicas:

- Programa de facilitación del alta.
- Desarrollo del asociacionismo entre pacientes y familiares.

Tratamientos biológicos:

- Terapia electroconvulsiva. Sólo cuando se garanticen los requerimientos técnicos (anestesia, reanimación, etc.).
- Administración endovenosa de psicofármacos.

9. OTRAS PRESTACIONES

La gestión del HDP incluye las actividades del programa estructurado de tratamiento, otras actividades terapéuticas, entrevistas clínicas, reuniones de evaluación de casos con el equipo y con otros servicios. El horario del programa estructurado de tratamiento, al menos debe abarcar cinco horas.

Además, es fundamental en el proceso de reintegración a la comunidad, impulsar desde el HDP la incorporación de los pacientes a las actividades sociales, de formación, cultura, ocio y tiempo libre, y búsqueda de empleo de uso común para la población general.

El HDP debe estar en condiciones de ofrecer al menos una comida a los pacientes, que será desayuno, almuerzo o cena en función del horario. En los programas de trastornos de la alimentación el horario puede concentrarse alrededor de las comidas principales.

10. ACREDITACIÓN

10.1. Criterios previos

Hay criterios imprescindibles para la acreditación como HDP:

- Definición como centro de tratamiento activo (según lo que se especifica en el presente documento).
- Protocolización de los criterios de admisión y exclusión con justificación escrita de estos últimos.
- Explicitación del lugar que ocupa en la red sanitaria asistencial y de las relaciones funcionales que mantiene con los distintos dispositivos.
- Organigrama interno.
- Criterios de alta y derivación.
- Documentación clínica homologada con los restantes dispositivos de la red asistencial en la que se inserta.
- Definición explícita de los programas terapéuticos de los programas que llevará a cabo, material y personal necesario, indicaciones y contraindicaciones.

10.2. Criterios de acreditación según niveles de clasificación

El primer nivel establece las condiciones mínimas exigibles en cuanto a estructura física, recursos, normas y procedimientos y sistema de evaluación. El segundo nivel establece las condiciones necesarias para un desempeño normalizado de las funciones atribuidas al HDP. El tercer nivel supone un nivel de excelencia.

11. DOTACIÓN MATERIAL Y DE RECURSOS HUMANOS

11.1. Capacidad asistencial

Para dimensionar adecuadamente el dispositivo, debería tenerse en cuenta que conviene ofertar, al menos, dos actividades simultáneas para perfiles diferenciados de pacientes, y recordar que hay pacientes que sólo acuden a actividades determinadas, o algunos días a la semana. Además, el perfil de pacientes y el potencial asistencial de la plantilla de personal, aconseja diseñar el HDP con una capacidad óptima de 30 plazas, de forma que la configuración de los grupos y actividades queden aseguradas. Para garantizar la viabilidad técnica y económica de un HDP se requiere una ocupación media mínima de 15 pacientes diarios.

11.2. Recursos de personal

Calculados para 30 plazas con una ocupación media del 80% y oferta del programa asistencial básico:

- Dos psiquiatras y un psicólogo, uno de ellos con función de Jefe del HDP.
- Personal de enfermería: mínimo tres personas. Al menos una de ellas enfermera, responsable de la gestión de los recursos.
- Terapeuta ocupacional.
- Trabajador social disponible.
- Auxiliar administrativo.
- Celador disponible.

Estas estimaciones de personal deberán ser mayores dependiendo del peso del programa de contención de ingresos y del programa de tratamientos.

11.3. Necesidades de espacio

- Un despacho por facultativo.
- Sala de reuniones/biblioteca.
- Secretaría/archivo clínico.
- Área de enfermería con despacho, y área de observación con cama, botiquín y material sanitario.
- Almacén de material.
- Dos salas de grupo, una de ellas preparada para terapia ocupacional.
- Sala común para los pacientes, polivalente (sala de estar, juegos de mesa, comedor...) con un «office» anexo.
- Sala común para pacientes fumadores.

11.4. Recursos materiales diagnósticos, terapéuticos y administrativos

- Material clínico y de diagnóstico médico.
- Material de enfermería.
- Tests y otro material de diagnóstico psicológico.
- Material de terapia ocupacional y otras actividades socializadoras.
- Material de secretaría.

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

12. CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Todo HDP debe establecer un sistema de evaluación continuada que incluya al menos los siguientes indicadores, cuyos estándares de referencia se enumeran a continuación:

Indicadores de proceso

- Número de pacientes: 23-26.
- Índice de ocupación: 75-85%.
- Capacidad de absorción de la demanda.
Porcentaje admitidos/remitidos al HDP: 80%.
- Demora para la inclusión en programa.
Monitorizar porcentaje de pacientes en cada tramo:
 - Casos urgentes: sin demora.
 - Casos Preferentes: 1-3 días.
 - Otros casos demora: máxima de 1 mes.
- Estancia media; monitorizar el porcentaje de pacientes con estancia:
 - Igual o inferior a 3 meses.
 - Entre 3 y 6 meses.
 - Superior a 6 meses.
- Porcentaje de abandonos: 20-30%.
- Cumplimentación de documentación:
 - Informe de evaluación al ingreso: 100%.
 - Informe con diagnóstico codificado en el momento del alta: 80%.
 - Informe con diagnóstico codificado a los 7 días del alta: 100%.
- Programa individualizado de tratamiento durante la primera semana: 90% de los casos.
- Monitorizar motivos de alta: mejoría, abandono, voluntaria y empeoramiento.

- Continuidad de cuidados. Monitorizar porcentaje de casos con:
 - Alta con cita concertada: 100%.
 - Tiempo transcurrido entre el alta y la primera visita en el equipo de salud mental ambulatorio: inferior a 15 días.
- Autoagresiones: menos del 5%.
- Heteroagresiones o agitaciones: menor del 10%.
- Cumplimiento de los protocolos definidos.

Indicadores de resultado

- Número de reclamaciones: menor del 5%.
- Monitorizar el porcentaje de altas por mejoría que reingresan por la misma causa antes de un mes: menor del 10%.
- Disminución del número de episodios de hospitalización completa en pacientes del HDP.
- Disminución del número de estancias totales en hospitalización total de los pacientes en HDP.
- Medir variables de resultado clínico, incluyendo estado psicopatológico, mejoría clínica global, reingresos, cumplimiento y adherencia terapéutica.
- Medir variables de satisfacción y calidad de vida de pacientes y familiares.
- Medir variables de ajuste social, recuperación o adquisición de actividades, incluyendo las laborales.

13. BIBLIOGRAFÍA

1. Lieberman, RP., *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, 1993.
2. Hassan, FA., Azim, MD., «Terapia de grupo en el Hospital de Día». En Kaplan, HI., Sadock, BJ., *Terapia de grupo*, 3.^a ed. Madrid: Panamerican; 1996.
3. Jones, M., *The Therapeutic Community*. New York: Basic Books, 1960.
4. Herz, MI., «Partial Hospitalization, Brief Hospitalization and Aftercare». En Kaplan, HI., Sadock, BJ., *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 3.^a ed. New York, 1980; 2368-81.
5. Goldberg, K. (ed.), *Differing Approaches to Partial Hospitalization*. New Directions for Mental Health Services, 1988; 38: 5-22.
6. Yalom, ID., *Theory and Practice of Group Therapy*. New York: Basic Books, 1995.
7. Block, BM., Lefkowitz, PM., *American Association of Partial Hospitalization Standards and Guidelines for Partial Hospitalization*. Int J Partial Hosp, 1991; 7 (1): 3-11.
8. Del Olmo, F., Ibáñez Rojo, V., *Tendencias actuales en Hospitalización Parcial*. Archivos de Neurobiología, 1998; 10; 9-30.
9. Parker, S., Knoll, JL., *Partial Hospitalization: An Update*. Am J Psychiatry, 1990; 147 (2): 156-60.
10. Hoge, MA. et al., *The Promise of Partial Hospitalization: A Reassessment*. Hosp Comm Psychiatry, 1992; 43 (4): 345-354.
11. Astrachan, BM., Flynn, HR., Geller, JD., Harvey, HH., *Systems Approach to Day Hospitalization*. Arch Gen Psychiatry, 1970; 22: 550-9.
12. Rosie, JS., *Partial Hospitalization: A Review of Recent Literature*. Hosp Comm Psychiatry, 1987; 38: 1291-9.
13. Goldman, DL., *Understanding Partial Hospitalization through Organizational Models*. Int J Part Hosp, 1990; 6 (1): 73-7.

14. Schene, AH., Gersons, BPR., *Effectiveness and Application of Partial Hospitalization*. Acta Psychiatr Scand, 1986; 74: 335-40.
15. Fallon, IRH., Talbot, RE., *Achieving the Goals of Day Treatment*. J Nerv Ment Dis, 1982; 170 (5): 279-5.
16. Plotkin, DA., Wells, KB., *Partial Hospitalization (Day Treatment) for Psychiatrically Ill Patients*. Am J Psychiatry, 1993; 150: 266-71.
17. Neffinger, GG., *The Partial-Hospital Treatment of the Young Adult Chronic Patient*. Int J Part Hosp, 1987; 4 (2): 117-25.
18. Kiser, LJ., Heston, JD., Prutt, DB., «Child Psychiatry: Partial Hospitalization». En Kaplan, HI., Sadock, BJ. (ed.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 6.^a ed., 1995: 2428.
19. Block, BM. et al., *American Association for Partial Hospitalization Child and Adolescent Special Interest Group: Standards for Child and Adolescent Partial Hospitalization Programs*. Int J Part Hosp, 1991; 7 (1): 13-21.
20. Karterud, S. et al., *Day Hospital Therapeutic Community Treatment for Patients with Personality Disorders*. J Nerv Ment Dis, 1992; 180: 238-43.
21. McCreath, J., *Partial Hospitalization for Borderline Clients: Policy and Practice Implications*. Int J Part Hosp, 1982; 1 (2): 173-84.
22. Gold Award, *A Multifaceted Program for Preventing and Treating Eating Disorders*. Hosp Comm Psychiatry, 1990; 41 (10): 1120-3.
23. Kluiter, H., *Inpatient treatment and care arrangements to replace or avoid it: searching for an evidence-based balance*. Curr Opin Psychiatry, 1997, 10 (2): 160-167.

