
El hospital de día psiquiátrico

C. Udina

Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona.

Desde la segunda guerra mundial, el creciente progreso de la psiquiatría ha hecho posible su ubicación en íntima conexión con otras especialidades médicas.

Durante los últimos veinticinco años, asistimos a un gran crecimiento de los servicios de salud mental, principalmente allende nuestras fronteras. La mejora de los servicios ambulatorios, de unidades psiquiátricas en el hospital general y la creación de centros de salud mental comunitarios, ha derivado, a nivel global, hacia una disminución en los EE.UU. del número de enfermos ingresados en hospitales psiquiátricos, pasando de una población de 500.000 pacientes ingresados a 138.000 en 1980. Al mismo tiempo, y gracias al progreso técnico-farmacológico en el tratamiento de los trastornos mentales y a una mejor consideración de la condición humana de los pacientes afectados, se ha ido desarrollando en las dos últimas décadas una política de salud mental menos restrictiva, permitiendo movimientos, como el de la desinstitucionalización de los enfermos psiquiátricos crónicos.

El proceso de desinstitucionalización ha planteado graves problemas, debido a la dificultad que supone para la comunidad, aportar alternativas en el cuidado de la población crónica afectada. El proceso supone, por una parte, evitar el internamiento en las instituciones clásicas, pero por otra implica la creación de estructuras adecuadas para el tratamiento de los pacientes dados de alta de los hospitales psiquiátricos. Se desprende, pues, la necesidad de plantear y solucionar el segundo paso para conseguir los objetivos de una real desinstitucionalización (Bachrach, 1978).

Diversos estudios sitúan la incidencia de nuevos pacientes psiquiátricos de larga estancia en los hospitales psiquiátricos entre 7 y 13/100.000 habitantes. Tomando en consideración tanto los nuevos como los antiguos pacientes de larga estancia, la prevalencia alcanza cifras de

52/100.000 hasta 123/100.000 habitantes (Graig, 1984). Estas cifras nos plantean la cuestión de la necesidad de una asistencia especializada, para atender los diversos trastornos. En este sentido, apuntamos la necesidad de la creación de unidades especiales para los trastornos por uso de sustancias (toxicomanías, farmacodependencias, drogadicción). En lo concerniente a otros tipos de trastornos, se ha señalado (Gudeman, 1983) que un seis por ciento de la población psiquiátrica requiere una asistencia diferencial; siendo cinco los tipos de pacientes, que deberían gozar de una atención especializada.

El primer grupo lo forman pacientes afectados de demencia, psicosis y enfermedades médicas concomitantes, a los que corresponden 3 camas por 100.000 habitantes. El segundo grupo engloba el retraso mental asociado a una enfermedad psiquiátrica, y precisaría de 3 camas por 100.000 habitantes. El tercer grupo lo componen los pacientes afectados de lesión cerebral, a los que corresponderían 1,5 camas por 100.000 habitantes. El cuarto y quinto grupo lo constituyen los pacientes esquizofrénicos con conducta extravagante, a los que corresponderían 2,5 camas por 100.000 habitantes.

Hospitalización parcial en psiquiatría

Dentro de las alternativas al tratamiento clásico de los trastornos mentales, emerge con fuerza la alternativa a la hospitalización parcial frente a la institucionalización del paciente. Desde la descripción y posterior creación del primer Hospital de Día en 1946 por Comerón hasta la cristalización de la alternativa en la década de los setenta, se ha enfatizado en los aspectos de tipo psicosocial y biológico para definir los principios del hospital de día (Goldman, 1981). La definición de objetivos y funciones primordiales del hospital de día es un elemento básico para

su correcta ubicación dentro de la asistencia psiquiátrica. Debería contemplarse como una alternativa a la hospitalización de 24 horas capaz de facilitar la reinserción social, y que disminuye el número de reingresos, al mismo tiempo que está en disposición de ofrecer estructuras para la rehabilitación de los pacientes considerados como crónicos, cuando presentan una enfermedad de más de seis meses de evolución en fase activa (Astrachan, 1980).

Estos fundamentos de la hospitalización de día son altamente controvertidos y no existe una uniformidad de criterios para definir esta modalidad terapéutica. Los objetivos médicos del hospital de día deben prestar especial atención en el control del cumplimiento del tratamiento, así como facilitar conductas adaptativas del paciente, disminuyendo tanto el tiempo de atención en la unidad psiquiátrica como el número de posteriores reingresos; estos dos últimos aspectos merecen un comentario. La limitación del tiempo de estancias en las unidades psiquiátricas y los programas de tratamiento de día lo único que consiguen es reducir el número de abandonos del tratamiento (Althoff, 1980), pero los resultados clínicos no se diferencian en función de la variable: límite de tiempo de tratamiento.

En lo referente a la disminución del número de reingresos, diversos autores observan y exponen datos contradictorios. Algunos creen que el hospital de día supone una disminución de reingresos, mientras otros opinan lo contrario. En general, se acepta que dos tercios de los pacientes tratados en régimen de hospital de día se benefician de esta alternativa de tratamiento, y hubieran requerido hospitalización total de no haber existido la hospitalización parcial (Astrachan, 1970). De hecho, lo que cobra importancia, es el cuidado poscura tras la hospitalización, sea total o de día, y es posiblemente el aspecto que puede incidir en una disminución de la rehospitalización: hasta tal punto que se han encontrado relaciones significativas entre el aumento del número de visitas poscura y la reducción de los índices de reingresos (McCrane, 1978).

La funcionalidad terapéutica del hospital de día tiene como objetivo primordial la consideración de tal estructura como paso intermedio entre el ingreso en la unidad psiquiátrica del hospital general y el alta (reinserción).

Los pacientes que pueden beneficiarse de la hospitalización de día son los que presentan mayor conciencia de enfermedad y enfermedades psiquiátricas menos graves, así como una edad más joven; por el contrario, los pacientes que

requieren internamiento presentan una historia psiquiátrica más larga, una mayor pobreza de recursos psicosociales y presentan una mayor gravedad del proceso esquizofrénico (Browman, 1983).

Cuando el tipo de tratamiento en el hospital de día se orienta hacia la adquisición de hábitos sociales correctos y hacia objetivos conductuales precisos, se observa (Kandel, 1981) una clara mejoría en la percepción de los cambios futuros en esquizofrénicos crónicos. Por otra parte, es de interés destacar, que la proporción de formas de conducta valoradas como problemáticas por los familiares de esquizofrénicos en tratamiento en un hospital de día es menor de lo que sugiere la propia valoración de los familiares, excepto para aquellos pacientes que presentan dificultades conductuales extremas (Hewitt, 1983). Si bien, como queda reflejado, hay evidentes indicios de que la hospitalización de día es una alternativa de tratamiento válida desde el punto de vista clínico; lo es más, cuando se toman en consideración aspectos de tipo económico. Así, un estudio piloto del tratamiento en hospital de día (Guillette, 1978) sugiere un índice de mejorías del 58 % y una disminución de gastos del orden de los 43 millones de pesetas anuales. El tratamiento de la esquizofrenia por año se cifra en los EE. UU. en 3.000 millones de dólares. Otros autores (Kaplan, 1981; Weisbrod, 1980) apuntan una disminución del orden del 23 al 35 % de los gastos económicos en el tratamiento mediante el hospital de día.

Estos datos, provenientes del contexto anglosajón, plantean la necesidad de una estructuración de la asistencia psiquiátrica, en la que debe ubicarse la estructura del hospital de día.

El hospital de día en el contexto de la asistencia psiquiátrica

En este sentido, es de interés mencionar la reforma de la asistencia psiquiátrica llevada a cabo por el Centro de Salud mental de Massachusetts. Gudeman y cols. organizan la asistencia psiquiátrica en base a una corta hospitalización, seguida de un régimen de hospitalización de día. En el caso de la hospitalización total los pacientes invierten una media de nueve días, y posteriormente son trasladados (transferidos) al hospital de día con una media de estancia de 23 días. Predominan los ingresos directos en el hospital de día y se observa una disminución de la necesidad del ingreso hospitalario, que alcanza niveles del 78 % antes de la reorganización

al 28 % después de la misma. En esta experiencia, el hospital de día se convierte en el centro de la asistencia psiquiátrica. Cabe destacar que el 65 % de admisiones se realizan de forma voluntaria, siendo pues elevado el número de ingresos de carácter obligatorio, lo cual plantea problemas obvios.

En nuestro medio, debemos definir claramente las necesidades de la población que nos corresponde atender. Es preciso un estudio de las necesidades en cuanto al número de camas psiquiátricas dentro del hospital general para poder, a partir de ahí, establecer la dimensión de la hospitalización de día.

Nuestra corta experiencia en la hospitalización psiquiátrica dentro del hospital general ha permitido centrar las necesidades del hospital de día. Sobre un total de 304 ingresos en once meses en la unidad psiquiátrica del Hospital de San Pablo de Barcelona contabilizamos un 18,5 % de reingresos, lo que nos indica, que son precisas 40 camas de hospitalización de día (Martín Santos et al, 1984).

La alternativa a la hospitalización total debe contemplarse dentro de los planes de la reforma psiquiátrica como una estructura válida y posible. En ningún caso, el hospital de día puede, por el momento reemplazar enteramente a la hospitalización total, y debería ser contemplado como una estructura de puente entre el tratamiento ambulatorio y la hospitalización total.

Como apuntan algunos autores (Mosher, 1983), la resistencia de la psiquiatría hacia esta modalidad terapéutica podría deberse al temor de una nueva separación de esta especialidad de la medicina, lo cual no contribuiría al progreso que, al principio, señalábamos.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

- ALTHOFF J.G. The limits in and Leave From a Day Treatment Program. *Hospital and Community Psychiatry*. 39, 12,84-844. 1980.
- ASTRACHAN B.M., FLYNN H.R., GELLER J.D., HARVEY H.H. Systems Approach to Day Hospitalization. *Arch. Gen. Psychiatry* 22,6: 550-559. 1970.
- BACHRACH L.L. A Conceptual Approach to Desinstitutionalization. *Hospital and Community Psychiatry*. 29,9: 573-578. 1978.
- BOWMAN E.P., SHELLEY R.K., SKEFFINGTON A.S., SINANAN K. Day Patients versus In-patient: Factors Determining Selection of Acutely Ill Patient for Hospital Treatment. *Brit. Journal Psychiatry*. 142: 584-585. 1983.
- GRAIG T.J., GOODMAN A.B., SIEGEL C., WANDERLING J. The dynamics of Hospitalization in a Defined Population During Desinstitutionalization. *Am J. Psychiatry* 141. 6: 782-785. 1984.
- GOLDMAN D.L., ARVANITAKIS K.D. Ewen Cameron's Day Hospital and the Day Hospital Movement. *Can. J. Psychiatry* 26,5: 365-368. 1981.
- GUDEMAN J.E., SHORE M.F., DICKLEY B. Day Hospitalization and an Inn Instead Inpatient Care for Psychiatric Patients. *The New England J. of Medicine* 308. 13: 749-752. 1983.
- GUILETTE W., CROWLEY B., SOVITZ A.S., GOLDBERG D.F. Day Hospitalization as a Cost-effective Alternative to Inpatient Care: A pilot Study. *Hospital and Community Psychiatry* 29. 8: 525-528. 1978.
- HEWITT K.E. The behaviour of schizophrenic day-patients at home: an assessment by relatives. *Psychological Medicine* 13: 885-889. 1983.
- KANDEL A., LANGROD J., RUIZ P. Changes in future time perception of Day Hospital Psychiatric patients in response to small group treatment approaches. *Journal of clinical Psychology*. 37,4: 769-775. 1981.
- KAPLAN M. Day Care experiment proves cost-effective. *Hospitals/March* 1,101-104. 1981.
- MARTÍN-SANTOS R., TORRENS M., GUILLAMAT R. Hospital de día: un esglai necessari en l'assistència psiquiàtrica. *Comunicacions en el XII Congrés de Metges i Biòlegs en llengua catalana*. Benidorm. Noviembre, 1984.
- MCCRANIE E.W., MIZELL T.A. Aftercar for Psychiatric Patients: Does it prevent rehospitalization? *Hospital and Community Psychiatry* 29,9: 584-587. 1978.
- MOSHER L.R. Alternatives to Psychiatric Hospitalization: Why Has Research Failed to Be Translated into Practice? *The New England J. Medicine* 309,25: 1579-1580. 1983.
- NEFFINGER G.G. The evolution of an Acute Day Treatment Program. *Hospital and Community*, 31,12: 826-828. 1980.
- NEWTON P.A. An evaluation of the cost effectiveness of day hospitalization for black male schizophrenics. *Journal of the National Medical Association*. 75,3: 273-285. 1983.
- PRYCE I.G. An expanding «Stage-Army of Long-Stay Psychiatric Day-Patients. *British J. Psychiatry*. 141: 592-601. 1982.
- SCHWARTZ W.B., AARON H.J. Rationing Hospital Care: lessons from Britain. *The New England J. Medicine*. 310,1: 52-57. 1984.
- TURKAT D. Problems in defining the needs of desinstitutionalized Patients. *Hospital and Community Psychiatry* 30,4: 375. 1979.
- WEISBROD B.A., TEST M.A., STEIN L.I. Alternative to Mental Hospital to Treatment. II Economic Benefit-Cost Analysis. *Arch. Gen. Psychiatry*. 37,4: 400-405. 1980.

DISCUSION

- S. ERILL: Me gustaría preguntarle al Dr. Udina si existen algunos datos sobre la evolución histórica del hospital de día psiquiátrico, porque probablemente es la forma más antigua de hospital de día, y es posible que cuando se instaurara se partiera de unos presupuestos o de una situación histórica que ha cambiado un tanto.
- C. UDINA: Los datos son muy controvertidos. En cuanto a las referencias a los aspectos económicos, parece que es claro que disminuyen muchísimo los gastos de la comunidad en el tratamiento de los enfermos mentales. En cuanto a si esto puede servir para disminuir el número de ingresos, es un dato muy controvertido. De hecho, el hospital de día se creó en el año 1946 y hace unos diez o quince años ha sufrido un nuevo interés por parte de la inmensa mayoría de psiquiatras.
- F. ESCOBAR: Yo quería preguntarle si asisten pacientes drogadictos en estos hospitales de día de tipo psiquiátrico.
- C. UDINA: El hospital de día que presentábamos es un proyecto. En principio, de momento no tenemos hospital de día formal. Sí que asisten pacientes drogadictos, lo que pasa es que tampoco hay una estructura; sería una parte asistencial especializada, que también debería incluirse dentro de esto, pero que yo creo que debería estar completamente separada del hospital de día psiquiátrico, porque son dos aspectos totalmente distintos.
- F. ESCOBAR: Le he hecho esta pregunta, porque en Granada, el Hospital de la Diputación, tiene una parte muy importante para drogadictos; lo que pasa es que al no tener estructura, al no estar solucionado este problema, se reparten por servicios de medicina interna, por servicios psiquiátricos, y están dando vueltas de un lado a otro, hasta terminar en «la granja».
- C. UDINA: Está en marcha un proyecto en el hospital, para intentar la creación de una unidad de toxicomanías, con seis camas, y con la posibilidad de que se cree un hospital de día, directamente conexionado a la unidad de toxicomanías. Yo insisto en que son dos proyectos distintos. En principio lo que he presentado aquí es un proyecto de hospital de día no para toxicómanos; creemos que el hospital de día para toxicómanos también debe existir, pero debe ser una estructura totalmente independiente de otras especialidades psiquiátricas.
- J. SARABIA: Se ha dicho que en hospitales psiquiátricos hay una admisión obligatoria del 25 % por orden judicial ¿en hospital clásico o en el hospital de día psiquiátrico?
- C. UDINA: En el trabajo de Budeman, se habla del 75 % de ingresos voluntarios, por lo que se supone que el resto deben ser ingresos obligatorios, bien por orden familiar o bien por orden judicial, o también por orden judicial referida al trabajo. Este es un dato que me ha parecido de interés, porque realmente llama la atención el alto porcentaje de gente que ingresa de forma no voluntaria y esto supone que deben ser ingresos, no tanto en el hospital de día sino de hospitalización total, y deben ser pacientes que para pasar al grado de hospital de día, deben tener que estar más tiempo ingresados a pleno tiempo.
- J. SARABIA: Y dentro de la hospitalización psiquiátrica de día del Hospital de San Pablo ¿existe hospitalización obligatoria por orden judicial?
- C. UDINA: En la actualidad no puede existir por una razón: en las unidades psiquiátricas no es posible el hecho de que ingresen pacientes por orden judicial, porque es una unidad abierta. Aunque puede darse el caso de que un juez obligue al establecimiento a tener un enfermo judicial con escolta policial.
- M. CASAS: Por lo que respecta a un hospital de día de toxicómanos, mi opinión es que quizás en estos momentos no esté justificado con el programa que estamos desarrollando en el presente.
Está de moda en la actualidad hacer un período de desintoxicación con estos pacientes, de una semana o diez días y después enviarlos a las granjas. Esto es erróneo y tiene unos fundamentos clínicos y de neuropsicofarmacología que no vale la pena discutir. A mi modo de ver, el toxicómano tiene que sufrir un proceso de deshabitación en el mismo lugar en que ha tomado el tóxico, y por eso se necesitan hospitales de día, porque si los mandas a «la granja» queda muy bien pero no sirve de nada; los resultados son claramente demostrativos: el 90 % de los pacientes, vuelven a tomar el tóxico.
- S. ERILL: Realmente el Dr. Casas acaba de suscitarnos un punto de una importancia extraordinaria: cuáles son las causas o los mecanismos que llevan al individuo a sufrir una adicción, a reincidir y cuáles son los condicionantes, en el sentido más estricto, de esta reincidencia.

Y ha apuntado una solución, la necesidad de que este descondicionamiento se puede realizar en situaciones óptimas en hospitalización de día.

Creo que esto quizá debería servir para que, aprovechando estos pocos minutos que tenemos, alguien más hiciera oír su voz en favor de esta necesidad, para que pueda caer menos en saco roto de lo que cabría esperar, con la intervención aislada de un solo ponente. ¿Alguien tiene algún comentario que hacer a este respecto?

F. ESCOBAR: Yo repito ¿para qué hay que esperar tanto tiempo cuando en Europa, por ejemplo, ya están en marcha hospitales de día para la drogadicción? Y en segundo lugar, no sé a quién le corresponde tratar a estos pacientes, a quién le corresponde organizar este hospital de día.

C. UDINA: Creo que corresponde a las estructuras sanitarias poner en marcha los mecanismos adecuados para que se pueda llevar a cabo este tipo de tratamiento de unidades de desintoxicación y de hospital de día. Y claro, directa e indirectamente a la dirección de cada hospital. En principio a quien corresponde también de una forma directa, es a los psiquiatras; pero probablemente nosotros pensamos, como he dicho antes, que este es un tema que debe apartarse un poco de la psiquiatría, quiero decir que debe ser un tema específico de toxicología, que no tiene que interferir para nada con aspectos asistenciales de tratamiento de enfermos mentales, que creemos que son dos aspectos muy diferenciados.

M. CASAS: No se hace, en primer lugar porque es una moda. Las cosas van en modas, y sobre todo en psiquiatría, donde tenemos veinte escuelas. Pero, aparte de eso, este tipo de asistencia es cara. Tengan en cuenta que, hoy en día, la asistencia a toxicómanos no se hace, o se hace en régimen de situación benéfica a través de «El Patriarca» o a través de instituciones religiosas; pero el Estado no parece preocuparse suficientemente. Nosotros hemos hecho una valoración de los costes que supondría durante 18 meses controlar a los pacientes toxicómanos, haciendo un programa racional, que para nosotros consistiría en

un mes de desintoxicación, tres meses a diez horas, y durante diez u once meses una hora diaria, que también puede ser muy elástico. Esto se cubre con un serie de aspectos basados en la neuropsicofarmacología, con una base suficiente para poder establecer esto. Curiosamente esto resulta más económico de lo que le cuesta a una familia tener un miembro en «El Patriarca». Esto también es otra cosa que no se dice. Creemos que dejar a los pacientes toxicómanos en «El Patriarca», no es lo que necesitan, porque implica apartarlos de la sociedad, evitar su reinserción social y crear una especie de subgrupo de pacientes toxicómanos que dentro de unos años van a ser problemáticos; aparte de que no sirve, porque el paciente tiene que desintoxicarse precisamente, donde ha aprendido a drogarse. Si el Estado cubriera todas esas necesidades, se gastaría mucho y quizá la Seguridad Social no puede permitirse ese lujo. Lo que pasa es que curiosamente con las subvenciones que se dan a «El Patriarca», con lo que pagan las familias y los regalos que se les hacen, resulta muchísimo más caro mantener instituciones como éstas, que no mantener centros de hospital de día de desintoxicación en los hospitales generales. Esto es una cosa realmente curiosa.

J. COSTA MOLINARI: Yo quisiera añadir que el problema de los toxicómanos excede a la competencia del psiquiatra. Es un problema muy complejo donde tienen que intervenir otras instancias y que es difícil de coordinar. En segundo lugar, quisiera decir que los toxicómanos, a mi manera de ver, requieren de un programa diferenciado del resto de los enfermos psiquiátricos. Y para terminar, quisiera decir también que no todo el mundo es susceptible de ser tratado dentro de un hospital de día, por cuanto una de las primeras características es la de ser capaces de seguir este programa, de poder controlar el resto de las horas que están en su ambiente habitual y que no acuden al hospital, cosa que pocas veces se da precisamente en los enfermos toxicómanos que requieren de un control más estricto, sobre todo en las primeras etapas, y que en las fases de rehabilitación se controla su conducta durante las 24 horas.