

Las múltiples caras de la hospitalización parcial

The many faces of partial hospitalization

Michael Hoge

Manuel Paris*

Luis M. Añez

Universidad de Yale,
New Haven, Estados Unidos

Antoni Corominas

Fundación Hospital de Mollet,
Barcelona, España

Recibido: 19 de septiembre de 2008

Revisado: 5 de noviembre de 2008

Aceptado: 5 de enero de 2009

Resumen

Se revisa el papel de la hospitalización parcial dentro del marco de la continuidad asistencial de los servicios de salud mental. A partir del análisis de cuatro casos ejemplificadores de las diversas opciones terapéuticas de estos programas, se cuestionan algunos mitos en relación con esta modalidad y se subrayan las evidencias establecidas con respecto a ésta. Asimismo, se identifican sus principales funciones y los aspectos fundamentales e idiosincráticos que caracterizan a este tipo de recursos.

Palabras clave: hospitalización parcial, hospital de día, continuidad asistencial, factores terapéuticos, asistencia en salud mental.

* Correspondencia: Michael Hoge, Departamento de Psiquiatría, Universidad de Yale; Manuel Paris, Departamento Psiquiatría de la Universidad de Yale (Connecticut Mental Health Center); Luis M. Añez, Departamento de Psiquiatría, Universidad de Yale (Servicios Hispánicos, Connecticut Mental Health Center); Antoni Corominas, Fundación Hospital de Mollet (Barcelona). Dirección postal: Manuel Paris, Yale University School of Medicine, The Hispanic Clinic, One Long Wharf Dr., New Haven, CT 06511, correo electrónico: manuel.paris@yale.edu

Abstract

This paper reviews partial hospitalization in the context of the continuum of care of mental health services. This is accomplished through the analysis of four case examples that illustrate different modalities offered by these programs. Myths about this treatment modality are discussed in light of available evidence. The principal functions, in addition to the fundamental and unique features characteristic of partial hospitalization are identified and discussed.

Key words: partial hospitalization, day hospital, continuity of care, therapeutic factors, mental health care.

Introducción

Este artículo pretende aportar puntos de reflexión en torno a los orígenes, funciones e ingredientes terapéuticos de la hospitalización parcial, así como acerca de los retos implicados en la optimización de su efectividad en el marco de un modelo integral de tratamiento.

A partir de la experiencia de los autores en el campo de la hospitalización parcial, se pretende examinar las diversas vertientes de esta modalidad terapéutica desde la descripción de cuatro casos clínicos que ejemplifican sus principales indicaciones. Posteriormente, se analizan las principales funciones, ingredientes y limitaciones de este tipo de recursos.

Las múltiples “caras”

Caso clínico Nº 1: Ana

Una estudiante universitaria llamada Ana, de veinte y pocos años es llevada a urgencias de un hospital general por una compañera de habitación. La muchacha ha venido sufriendo un estado depresivo progresivamente más grave, marcado por un ánimo triste, sentimientos persistentes de culpa y minusvalía, dificultades para dormir y disminución del apetito. Ha estado faltando a la mayoría de sus clases, lo que le ha acarreado fallas y el riesgo de ser expulsada de la escuela. Al principio, su novio la apoyaba, pero se cansó de la relación, hasta el punto que le dijo que ésta había terminado. Ana realizó una tentativa autolítica por sobre-

ingesta de analgésicos y alcohol. En urgencias fue valorada por un psiquiatra con dedicación parcial en el hospital de día para pacientes agudos.

Aun considerando el riesgo autolítico, no lo valoró como inminente. Dado que la paciente no tenía antecedentes de intentos previos, tenía un buen apoyo por parte de amigos y compañeros universitarios, y aceptaba un abordaje terapéutico que implicaba un compromiso en el sentido de no repetir tentativas, el psiquiatra programó su ingreso en hospital de día para pacientes agudos.

Tal como se acordó, Ana fue acompañada al hospital de día por su compañera de habitación. El psiquiatra inició una pauta de tratamiento antidepresivo, la paciente recibió asesoramiento individual diario con una trabajadora social del equipo y, asimismo, participó en diversos grupos terapéuticos. Simultáneamente, fue remitida para tratamiento en la consulta ambulatoria universitaria, en la cual se la citó tras una semana de tratamiento en hospital de día.

Ana parecía beneficiarse del contacto diario con el hospital de día, aunque, al mismo tiempo, se hallaba un poco temerosa de los pacientes psicóticos y depresivos graves que participaban en el programa. Parece que esto precipitó lo que podríamos denominar un “vuelo hacia la salud”, tal como ella misma reconoció al admitir que “quizá” sus problemas no eran tan terribles como los que debían afrontar sus compañeros del hospital de día. Pronto empezó a hablar de reanudar sus actividades habituales; comenzó a acudir a algunas de sus clases en la universidad y fue dada de alta

del hospital de día tras dos semanas, continuando el abordaje ambulatorio.

Caso clínico N° 2: Jorge

Este varón de treinta y cinco años, diagnosticado de esquizofrenia al final de su adolescencia, representa otra de las caras de la hospitalización parcial. Jorge ha sido ingresado catorce veces desde que empezó la enfermedad, y algunos de los periodos de hospitalización han durado varios meses. Sin embargo, durante los dos últimos años no ha precisado ningún reingreso. Sufre alucinaciones auditivas de forma crónica, consume habitualmente marihuana y alcohol, tiene una limitada capacidad atencional que ha condicionado en gran medida sus actividades productivas, y sus habilidades de cuidado personal e higiene se hallan empobrecidas.

Jorge vive en un piso protegido con un nivel moderado de supervisión por parte del equipo terapéutico. Se dedica a vagabundear día y noche, se ve implicado periódicamente en problemas con la policía a raíz de su conducta mendicante y en ocasiones agresiva hacia la gente. Ha sido detenido en diversas ocasiones por delitos menores. Jorge recibe abordaje farmacológico y psicosocial por parte del equipo de salud mental de su sector. El responsable del paciente está preocupado por la ausencia de mejorías y la falta de actividades adecuadas, por lo que le deriva al programa de hospitalización parcial del servicio. Tras dos citas para la entrevista de valoración de ingreso en que el paciente no se presenta, el responsable "gestor" del caso decide acompañarle a la tercera cita, en la que acepta de mala gana el ingreso. El responsable del caso espera que el hospital de día aporte cierta estructura a la vida diaria de Jorge, mejore su nivel de funcionamiento y permita una revaloración adecuada de los múltiples fármacos que está tomando.

El paciente parece interesado básicamente en disponer de comida gratis y en algunas de las actividades grupales. No se presenta durante los primeros días en los que estaba programada su asistencia, pero finalmente entra en el programa.

Durante los siguientes tres meses, el paciente acude esporádicamente y participa de forma irregular en los grupos y actividades programadas, aceptando algunas y rechazando otras. El psiquiatra realiza ajustes en su medicación y aprovecha la oportunidad de observar día a día la respuesta clínica a las modificaciones terapéuticas durante un amplio periodo de tiempo. El personal del equipo encargado de las actividades rehabilitadoras implica a Jorge en la preparación de algunas comidas y en los grupos de higiene personal dentro del programa. Además, realizan una visita domiciliaria en la que le ayudan a organizar mejor las condiciones de su vivienda y le conectan con grupos de ayuda mutua y actividades rehabilitadoras que puede continuar tras el alta. Cuando el paciente abandona el hospital de día, el responsable del caso valora que ha habido una leve mejoría en cuanto a estado de ánimo, grado de interferencia de sus alucinaciones, su nivel de actividad y su higiene personal.

Caso clínico N° 3: María

María representa una tercera cara de la hospitalización parcial. Es una mujer de mediana edad, con el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y trastorno depresivo. Lo más problemático es su patrón crónico de autolesiones. Se ha realizado cortes hasta el extremo de haber requerido hospitalización desde el punto de vista médico y psiquiátrico. El último ingreso en la Unidad de Psiquiatría duró diez días y ocurrió tras producirse cortes en los brazos con un cristal roto. Al alta fue derivada a una Unidad de Hospitalización Parcial de corta estancia con el objetivo de escalonar la transición desde la hospitalización completa hasta el tratamiento ambulatorio y la reintegración social.

Durante su primera tarde en el hospital de día sintió fuertes impulsos de cortarse y fue incapaz de comprometerse verbalmente a contener esta conducta durante la noche. Así, fue remitida nuevamente a la Unidad de Hospitalización por la noche, volvió al hospital de día a la mañana siguiente y realizó con éxito la transición a su piso a la segunda noche. María asistió al hospital de día

durante las siguientes cuatro semanas con bastante regularidad. El equipo evaluó su riesgo autole-sivo, según valoraciones diarias, y le suministró apoyo telefónico algunas noches y fines de semana mediante un número que proporcionaba apoyo en situación de crisis, al que ella podía llamar.

Durante su ingreso en hospital de día volvió a contactar a su terapeuta ambulatorio y empezó a asistir una vez por semana a un club psicosocial local por las noches. Durante la última semana acudió al hospital de día sólo tres de los cinco días de cara a facilitar su desvinculación y adaptarse a la falta estructura que volvería a marcar su vida cotidiana al ser dada de alta. Cuando esto ocurrió, seguía experimentando pensamientos recurrentes en relación con autolesionarse, pero con menor frecuencia e intensidad.

Caso clínico N° 4: Jaime

Jaime representa la cuarta cara de la hospitalización parcial. Sólo tiene quince años, pero ya ha vivido infinidad de problemas. Reside “oficialmente” con su madre soltera; el padre está ausente de la vida de este chico. Jaime tiene sus capacidades intelectuales limitadas, de forma probablemente secundaria a alguna patología orgánica cerebral. No asiste a clase de forma repetida y su rendimiento académico es malo. Tiene dificultades en el control de sus impulsos y se ha visto implicado en numerosas ocasiones en peleas, habiendo herido de gravedad a otros chicos, al menos una vez. Las peleas, vandalismo y robos le han comportado numerosas detenciones y juicios con el resultado de penas de libertad condicional.

Cuando recientemente le pegó a su mamá, ella llamó a la policía. Tras dos noches en un Centro Penal de Menores, fue remitido al hospital de día de adolescentes del sector. Asistió juiciosamente al hospital de día y controló su conducta en casa, bajo la amenaza de reingresar en el penal. Sin embargo, cuestionaba al equipo y cada una de las normas del programa durante las primeras dos semanas de tratamiento. A pesar de su actitud de oposición, parecía disfrutar de la atención de algunos miembros del equipo y de la camaradería

con algunos de sus compañeros. Le fue retirada la medicación, ya que, de hecho, no parecía beneficiarse de ella. Asistió a grupos que aplicaban estrategias cognitivo-conductuales para el control de impulsos y obtuvo recompensas a partir de un programa conductual que proporcionaba incentivos por “buena conducta”.

Su mamá acudió a sesiones semanales con Jaime y un terapeuta para analizar los desencadenantes de los conflictos en casa y para identificar respuestas alternativas y constructivas a estas situaciones. Además, la señora asistió a grupos de terapia familiar para aprender estrategias de cara a mejorar el ejercicio de su rol materno. Luego de tres semanas, Jaime empezó a repartir su tiempo entre el hospital de día y la escuela. Al cabo de dos meses fue dado de alta del hospital de día y volvió a asistir regularmente a la escuela. La frecuencia de sus conductas antisociales e ilegales se redujo en cierta medida y los conflictos con su madre disminuyeron.

Ambigüedad y confusión

Las anteriores fueron las cuatro caras de la hospitalización parcial. Se podrían describir otras, como el programa parcial nocturno para pacientes con adicciones o el modelo de hospital de día/residencia, en el cual el hospital de día se combina con estancias nocturnas que, en general, son bastante escasas y con escasa dotación de personal. Existen programas de día para niños, programas parciales de tarde para niños y adolescentes al término de la jornada escolar y amplios programas de día en los cuales pacientes crónicos y graves pueden integrarse en número considerable a lo largo de uno o dos años.

De hecho, existen muchas caras de la hospitalización parcial, lo que acrecienta la confusión acerca de la naturaleza de esta modalidad clínica. El propio nombre, hospitalización “parcial”, es probablemente infortunado, ya que transmite no tanto lo que esta modalidad es, sino lo que no es. Significaría algo menos que la hospitalización; es hospitalización incompleta. El nombre transmite la sensación de algo inacabado o sin dirección clara.

E incluso el nombre de “hospitalización de día”, que es más descriptivo, parece difícil de entender para muchos profesionales, pacientes y familias. Si la hospitalización significa 24 horas al día, ¿qué puede significar la hospitalización de día?

Si analizamos la historia de este enfoque terapéutico, vemos que probablemente se originó en Rusia, aproximadamente en 1930. No surgió a partir de una brillante teoría o de una investigación científica, sino como respuesta a la escasez de camas de hospitalización. Fue una solución “parcial” al detectar la necesidad de proveer de servicios hospitalarios a pacientes para quienes éstos no estaban disponibles (Marshall, 2003).

Toda esta ambigüedad e incertidumbre ha realzado la importancia de estudiar, definir y entender esta modalidad terapéutica. La hospitalización parcial puede tener muchas caras, pero, igual que las múltiples caras de los pacientes que tratamos, debemos intentar entenderlos individualmente, con sus singularidades, puntos débiles y aspectos positivos. De lo contrario, seguirán siendo simplemente rostros sin nombre en medio de la multitud. La falta de definiciones claras y de modelos de programas se ha aducido como la razón principal de que los profesionales no deriven, los pacientes no acepten y los organismos encargados de la provisión de servicios no implementen esta modalidad terapéutica.

Tipos de hospitalización parcial

Si bien las denominaciones pueden variar, parece haber tres grandes tipos de hospitales parciales, que se pueden identificar más adecuadamente, según su principal función terapéutica (Hoge, Davidson, Hill, Turner & Ameli, 1992; Scheifler & Lefkowitz, 2003; Schene, van Lieshout & Mastboom, 1988).

- Primera función: tratamiento de estabilización aguda. Los programas de esta modalidad se centran en la reducción de los síntomas agudos y la resolución de las crisis psiquiátricas, sustituyendo la hospitalización psiquiátrica (Gudeman, Dickey, Evans & Shore, 1985;

Pang, 1985; Rosie, 1987; Sledge, Tebes, Wolff & Helminiak, 1996; Sledge, Tebes, Rakfeldt, Davidson, Lyons, & Druss, 1996). Estos programas suponen la auténtica alternativa a la hospitalización, ya sea evitando un ingreso o permitiendo un acortamiento de la estancia, al facilitar un escalonamiento desde la hospitalización hacia el tratamiento ambulatorio. Las estancias medias se sitúan, por lo general, entre dos y seis semanas. Hay quien argumenta que estos programas, y sólo éstos, se deberían denominar “hospitales de día”, enfatizando la estrecha relación entre el tratamiento agudo suministrado en estos dispositivos y el tratamiento que ofrecen las unidades de hospitalización de agudos.

- Reducción de síntomas y mejora del funcionamiento: éstas son las funciones que persiguen el segundo tipo de programas de hospitalización parcial. Las estancias medias para estos programas se sitúan en un mínimo de tres meses, denominados por algunos como “tratamientos de día”, en lugar de Hospitales de Día. Estos programas suelen tratar pacientes con sintomatología intensa o con alteraciones importantes en el funcionamiento, para los cuales el tratamiento ambulatorio no ha resultado eficaz, o bien resulta inadecuado mantener al paciente en su entorno. De todas formas, los individuos que acceden a este tipo de programas no se suelen hallar en un riesgo inminente de hospitalización.
- Rehabilitación: ésta es la tercera modalidad de hospitalización parcial. En estos programas se incorporan los sujetos con enfermedades graves y crónicas, que implican un deterioro importante de su nivel de funcionamiento. Los pacientes pueden mostrar síntomas significativos, pero su perfil sintomático se tiende a mantener bastante estable. Aunque las hospitalizaciones puedan representar una parte importante de su historial, prevenir ingresos no es la función primordial de estos programas, a los que algunos llaman “tratamiento de día” o “centro de día”. Por el contrario, la provisión de cierta “estructura” encaminada a mantener los actuales niveles de funcionamiento y su posible mejora al suministrar servicios de rehabilitación, representan los

objetivos principales. Las estancias pueden superar el año (Schene, 2004).

Dilemas e interrogantes

Infrautilización

Los subtipos descritos nos ayudan a enmarcar algunos dilemas, vulnerabilidades e interrogantes acerca de la modalidad de la hospitalización parcial. Lo más preocupante es que muchos de los programas bien concebidos, organizados y enfocados, a menudo sufren la llamada “infrautilización paradójica” (Fink, Longabaugh & Stout, 1978). Las razones de esta infrautilización no han sido claramente identificadas, pero se han barajado diversas posibilidades (Hoge et al., 1992), entre las que se encuentran las siguientes:

- La práctica tradicional de utilizar la hospitalización completa en situaciones agudas.
- La predisposición de los clínicos, los pacientes y las familias a favor de la seguridad de la hospitalización completa.
- Los aspectos económicos y dependientes de la organización y planificación de los recursos que han incentivado la hospitalización completa en detrimento de la parcial.

La infrautilización de los hospitales de día de agudos es quizás más difícil de explicar. En casi todos los servicios, las camas de agudos son escasas y los dispositivos de urgencias están desbordados, pero aun así puede haber plazas sin ocupar en los hospitales de día. Una valoración a fondo sugiere que la hospitalización de día puede ser el tratamiento más apropiado para un determinado grupo de pacientes en un determinado momento del tiempo: justo cuando la hospitalización completa no es imprescindible o ya no es necesaria, pero el tratamiento ambulatorio es insuficiente (Horvitz-Lennon, Normand, Gaccione & Frank, 2001).

No obstante, si el episodio de hospitalización parcial va a ser breve y vamos a captar ese momento del tiempo en el cual la modalidad resulta la más adecuada, nuestro gran reto es identificar a los candidatos adecuados en el momento preciso,

derivarlos a nuestros hospitales de día de forma inmediata, tratarlos allí de forma eficaz y derivarlos rápidamente a tratamiento ambulatorio. Sin embargo, nuestros sistemas asistenciales tienden a funcionar lentamente. Las transiciones de los pacientes a través de las barreras entre un programa y el siguiente tienden a enredarse entre trámites burocráticos, requisitos relacionados con la documentación médica y el complicado proceso que supone la recepción y valoración del paciente por parte del equipo (Hoge & Howenstine, 1997).

La pregunta que surge es si en realidad estamos preparados para realizar la difícil tarea que nuestro modelo de hospitalización parcial de agudos requiere ¿Podemos ser lo bastante preciso en la identificación de pacientes apropiados y tan eficientes como para proporcionar el cuidado y los servicios necesarios? Existen diversos factores que pueden resultarnos útiles en nuestros esfuerzos.

- Los programas de tratamiento agudo tienden a prosperar más en sectores en los cuales la población es densa y en los que existen en todo momento pacientes para quienes la hospitalización parcial es más apropiada.
- Si queremos evitar ingresos en hospitalización completa es posible que tengamos que acudir a los Servicios de Urgencias u otros centros de crisis. La experiencia de algunos de los autores de este artículo en Yale reveló que la tasa de ingresos en el programa de hospitalización parcial aumentó cuando el personal del programa acudió a la Unidad de Urgencias, evaluó al paciente, lo consideró adecuado para derivación a hospitalización parcial y se ofreció a acompañar al paciente directamente al programa. Este proceso parece haber ayudado a superar las dudas o miedos que el médico, paciente o familia pudieran tener acerca de esta nueva alternativa.
- Finalmente, el hecho de asignar a un clínico con dedicación ambulatoria a una rotación breve dentro del programa de hospitalización parcial o a un trabajo compartido con responsabilidades dentro del programa, casi siempre le convierte en convencido creyente de la efectividad de éste. Una vez familiarizados

con el proceso de hospitalización parcial, los clínicos derivarán pacientes con mayor frecuencia.

Fase activa de tratamiento

Aunque pocos cuestionan la relativamente corta estancia en programas de hospitalización parcial aguda (Hoge, Farrell, Strauss & Posner, 1987), surgen preguntas con respecto a la justificación de estancias más prolongadas o intermedias en los programas que hemos denominado como “tratamientos de día”. El reto para estos programas de hospitalización parcial es demostrar que estas estancias más largas redundan en una reducción de síntomas y una mejoría en el funcionamiento del paciente. Sabemos que los síntomas agudos, generalmente, responden al tratamiento rápidamente, pero no sabemos con certeza qué capacidad tienen los programas de hospitalización parcial para lograr mejorías continuadas en el perfil sintomático de un paciente después de las primeras semanas de tratamiento.

Con respecto a la mejoría del nivel de funcionamiento, la pregunta que nos hacemos es si los programas de hospitalización parcial constituyen el mejor ambiente en los cuales proporcionar servicios de rehabilitación. Por ejemplo, sabemos que los pacientes que aprenden una habilidad en un despacho o programa ambulatorio, muchas veces tienen dificultades para generalizar estas habilidades en sus rutinas diarias. Esto ha llevado a algunos a proponer que la provisión de cuidados intensivos en unidades de hospitalización completa o en programas de hospitalización parcial debe ir seguida de intervenciones de rehabilitación en contextos más reales, dentro de la comunidad. Por ejemplo, en el estado de Vermont, dos programas de hospitalización parcial fueron convertidos en su totalidad en programas ocupacionales comunitarios; de esto se obtuvieron resultados superiores en comparación con pacientes en programas de hospitalización parcial (Torrey & Becker, 1995).

A partir de estas experiencias, podemos concluir lo siguiente:

- Es fundamental tener claro en nuestros programas de hospitalización parcial cuáles son los objetivos que estamos tratando de lograr con cada paciente.
- Debemos concretar las intervenciones que estamos utilizando para lograr esos objetivos.
- Debemos reevaluar continuamente si estamos progresando hacia esos objetivos, así como trasladar a los pacientes a niveles de tratamiento menos intensivos cuando hayan obtenido el máximo beneficio de su participación en el programa de hospitalización parcial.

Hace unos quince años se puso en marcha una corriente crítica en contra de los programas de hospitalización parcial en Estados Unidos, encabezado por familiares de pacientes y entidades públicas y privadas que cubrían los gastos de los pacientes. La crítica fue dirigida más profundamente a los Centros de Día u Hospitales de Día que proveían servicios a largo plazo para personas con enfermedades mentales crónicas. El punto de mira de esta crítica era la carencia de ingredientes efectivos de tratamiento, por parte de estos programas, que simplemente representaban para el paciente un lugar donde acudir, pero que no ofrecían un enfoque terapéutico que modificara su vida. Como resultado de esa crítica, ha habido un cambio en la utilización de los Hospitales de Día como Centros de Día en Estados Unidos, de manera que las personas con trastornos mentales severos son tratados mayoritariamente en programas ambulatorios de gestión de casos, servicios de rehabilitación ocupacional y social, servicios residenciales y grupos de apoyo comunitario (Clark, Bush, Becker & Drake, 1996; Drake, McHugo, Becker, Anthony & Clark, 1996; Fiander, Burns, McHugo & Drake, 2003; Hoge, 2001).

La AABH (Association for Ambulatory Behavioral Healthcare), que es la asociación que actualmente promueve la hospitalización parcial, desistió de promover Centros de Día de larga estancia por miedo a que las críticas a este tipo de programas disminuyeran el apoyo a programas más intensivos de hospitalización parcial de corta estancia, así como a los centros que proporcionan tratamientos de día.

Investigación en hospitalización parcial

Hechos establecidos

Podemos debatir el mérito de las diversas modalidades de hospitalización parcial, pero ¿qué nos dice la investigación acerca de esta modalidad? A continuación se presenta una serie de lo que hemos denominado “hechos establecidos” acerca de la hospitalización parcial (del Olmo & Ibáñez, 1998; Hoge et al., 1992):

- Resultados en cuanto a la evolución de la enfermedad: para los pacientes agudos subsidiarios de tratamiento en régimen de hospitalización parcial o completa, los resultados son equivalentes en términos de reducción de síntomas, reducción de recaídas y ajuste familiar. Además, la mayoría de los estudios demuestran que los resultados de la hospitalización parcial son superiores a los de la hospitalización completa en términos del funcionamiento social del paciente (Pang, 1985; Rosie, 1987; Sledge et al., 1996).
- Idoneidad: un gran porcentaje de pacientes derivados a hospitalización completa son habitualmente calificados como candidatos clínicamente adecuados para la hospitalización parcial. En los Servicios de Salud Mental con un óptimo desarrollo de la hospitalización parcial, esta tasa se aproxima al 75% de los pacientes evaluados como posibles candidatos para hospitalización completa. Es interesante mencionar que esta valoración de la “idoneidad” del candidato a hospitalización ha sido como un blanco móvil en los Estados Unidos a medida que el número de camas de hospitalización completa se ha ido reduciendo y el nivel de severidad e intensidad que un paciente debe presentar para ser ingresado se ha incrementado drásticamente.
- Costo: se acepta que la hospitalización parcial cuesta mucho menos que 24 horas de hospitalización completa (Gudeman et al., 1985; Sledge et al., 1996). Sin embargo, el ahorro total en un episodio de hospitalización parcial no es muy diferente al de uno de hospitalización completa, ya que la estancia en

la hospitalización parcial es más prolongada y también intervienen otros gastos adicionales, como los servicios residenciales y el manejo del caso a nivel ambulatorio o en el contexto de un programa de gestión de casos.

- Selección de pacientes: finalmente, una cuarta evidencia es que los problemas de adhesión y las tasas de abandono de los programas de hospitalización parcial son elevados, entre un 20 y un 50%. En hospitalización parcial de agudos, un porcentaje similar requiere estancias o ingresos nocturnos o rehospitalizaciones breves durante su asistencia al hospital de día. Sin embargo, hemos avanzado poco en nuestra capacidad para predecir qué pacientes tendrán éxito en la hospitalización parcial y cuáles fracasarán.

Límites de la investigación

En general, valoramos, en gran medida, la investigación y confiamos que revelará una serie de verdades que guiarán nuestro trabajo clínico. Sin embargo, la realidad es que la investigación sobre programas de hospitalización parcial no ha sido fiable, debido a cuatro mitos acerca del impacto de la investigación en la evolución de nuestros servicios de salud mental (Hoge, Davidson & Hill, 1993).

- El primer mito es que “nuestros servicios evolucionan como resultado de la investigación científica.” Tal como mencionamos anteriormente, no fue la investigación lo que llevó a la invención de este tipo de tratamiento, fue la necesidad. Fueron las administraciones y los clínicos con espíritu innovador, quienes desarrollaron esta modalidad, basados en la necesidad. La investigación se aplicó después, demostrando lo razonable que era esta innovación, así como su seguridad y efectividad.
- El segundo mito es que “la investigación proporciona conclusiones definitivas acerca de la manera óptima de cuidar a los pacientes.” Muchos de los hallazgos fruto de la investigación en el campo de la hospitalización parcial son irrelevantes hoy día, porque los criterios para la hospitalización completa y parcial y la estancia media en estos programas han cam-

biado radicalmente desde que se hicieron los estudios iniciales. La mayoría de los datos que aportan los estudios no permiten una generalización debido a diferencias en la población tratada y estudiada, a las características del programa estudiado y a las diferencias en los servicios y contextos sociales en los cuales se implantan los programas. Los diversos hospitales de día y el entorno en que se ubican pueden ser tan distintos entre sí que los resultados del estudio de un determinado programa pueden carecer de relevancia para la mayoría de los demás.

- El tercer mito es que “las innovaciones terapéuticas, como la hospitalización parcial, son evaluadas y aceptadas por los profesionales de la salud mental y los usuarios basándose en su rigor científico”. Esta premisa no es cierta; está muy claro que los incentivos financieros, las tradiciones profesionales y el deseo de mayor seguridad han llevado a la infrautilización crónica de la hospitalización parcial, a pesar de la efectividad demostrada por la investigación. Durante la época en la cual en Estados Unidos la hospitalización parcial fue intensamente estudiada, con repetidos resultados positivos, su infrautilización fue quizás aún más significativa. La implantación de los programas de gestión de casos y los cambios en la financiación de la sanidad, relacionados con su implementación, produjeron incrementos drásticos en las tasas de hospitalización parcial, mucho más allá de cualquier incremento producido por la investigación.
- El cuarto mito es que “la utilidad de una determinada modalidad de tratamiento puede ser evaluada fuera del sector asistencial al cual pertenece”. Si la hospitalización parcial representa cada vez más una intervención a corto plazo dentro del concepto de continuidad asistencial, las fórmulas habituales de investigación centradas en el impacto del hospital de día aisladamente del resto del sector o servicio en el que se halla incluido nos dicen poco acerca del impacto real de este recurso dentro del sistema.

En resumen, es preciso continuar investigando sobre la hospitalización parcial. Sin embargo, se debe ser consciente de que es muy posible que la investigación siga nuestros pasos en vez de orientarnos hacia nuevas direcciones. Por consiguiente, debemos mantener expectativas realistas y modestas acerca de cuánto vamos a aprender por medio de la investigación, la cual, cuando está bien realizada, es inevitablemente costosa y complicada.

Factores terapéuticos

Hasta el momento, los comentarios aquí vertidos sobre la investigación han ido dirigidos primordialmente hacia métodos que enfatizan la recopilación y comparación de datos cuantitativos. En un esfuerzo para entender los beneficios terapéuticos de la hospitalización parcial, los autores y los equipos de investigación vinculados a éstos han utilizado métodos cualitativos de investigación basados en entrevistas semi-estructuradas a pacientes y clínicos, y una revisión y análisis sistemático de los resultados y las transcripciones de las entrevistas para identificar aspectos comunes (Hoge, Farrell, Munchel & Strauss, 1988).

Las preguntas de las entrevistas dirigidas a pacientes y clínicos indagaban sobre diversos aspectos: el tipo de cambio que se produjo en el paciente como resultado del programa de hospitalización parcial aguda; los factores terapéuticos que fomentaron el cambio; el proceso de tratamiento; los acontecimientos o aspectos terapéuticos críticos. La experiencia de los autores en hospitalización parcial apuntaba al enorme beneficio potencial que este tipo de programas puede aportar a los pacientes, de manera que la investigación pretendía entender mejor la naturaleza de sus efectos.

El trabajo reveló un total de catorce factores en la experiencia de hospitalización parcial que parecen ser terapéuticos (Hoge et al., 1988). A continuación se analizan los tres factores que resultaron relevantes para casi todos los pacientes evaluados:

- Estructura. Durante las entrevistas, los pacientes mencionaron repetidamente la importancia de la estructura proporcionada por el programa de hospitalización parcial. Al profundizar con el paciente acerca del significado de este factor terapéutico, encontramos que existían varios elementos. Un elemento de la estructura es la “rutina” que estos programas ofrecen. La rutina ayuda a que los pacientes se levanten de su cama cada mañana y supone una forma de orientar el día. Otro elemento de la estructura es la “dirección” suministrada por el personal de los hospitales de día, al representar una “guía” para pacientes que se encuentran en un estado de desorganización. Esto incluye temas como responsabilidad en la toma de la medicación, relaciones interpersonales, familia, trabajo, manejo del dinero y utilización del tiempo libre. Otro elemento de la estructura es la “actividad” proporcionada por los programas de hospitalización parcial. Las actividades que ofrecen estos programas pueden ser terapéuticas, de motivación y organizativas. Finalmente, el último elemento de la estructura parece ser el “propósito”, “finalidad” o “determinación” inherentes al hecho de pertenecer a un programa de hospitalización parcial. Asistir al programa ayuda a muchos pacientes a llenar el vacío que sienten en sus vidas, a darles sentido. Algunos lo describen como algo parecido al sentido de pertenencia y actuación en línea con un determinado propósito u objetivo, como pueda ser la experiencia de tener un empleo o una familia. En resumen, los elementos que componen la estructura consisten en rutina, dirección, actividad y propósito.
- Contacto interpersonal. Este factor también pareció estar relacionado con diversos elementos. Los pacientes explicaban la importancia de ser “aceptados” por el personal y por los demás pacientes a pesar de tener problemas graves. Describían los beneficios terapéuticos del sentimiento de “pertenencia” a la comunidad formada por los pacientes y el equipo. Las interacciones que ocurrieron en el hospital de día permitieron a los pacientes desarrollar un sentido de “compañerismo”

del que carecían en sus vidas solitarias. Estas interacciones proporcionaron la oportunidad de compartir experiencias y obtener apoyo. En resumen, los elementos contenidos en el factor “contacto interpersonal” fueron: aceptación, pertenencia, compañerismo, coparticipación y apoyo.

- Medicación. El contexto de la hospitalización parcial representa una oportunidad óptima para revisar pautas farmacológicas, analizar antecedentes de la eficacia, tolerancia y cumplimiento de la medicación, efectuar cambios en ésta y evaluar el impacto de estos cambios, ya que los pacientes son observados diariamente. Los fármacos jugaron un papel muy importante en los antecedentes del tratamiento de los pacientes de este estudio, ya que se trataba de individuos con enfermedades graves, aunque algunos se mostraban ambivalentes acerca de la medicación y frecuentemente no se adherían al régimen prescrito. Una interesante constatación fue que los efectos del tratamiento farmacológico resultaron tan evidentes que muchos pacientes se replanteaban hasta qué punto era la medicación o sus propios esfuerzos orientados al cambio lo que más influyó en la mejoría de su enfermedad. Al examinar la gama de factores terapéuticos que incluye la hospitalización parcial, podemos identificar el notable y singular potencial de esta modalidad de tratamiento. Lo que se destaca es la habilidad de la hospitalización parcial para suministrar casi instantáneamente un alto grado de estructura y seguridad para el paciente y simultáneamente promover su autonomía y responsabilidad. Al contrario de la hospitalización parcial, el tratamiento ambulatorio, aunque promueve autonomía y responsabilidad, no proporciona estructura. La hospitalización total dota de estructura y seguridad instantáneamente, pero carece de la posibilidad de fomentar autonomía y responsabilidad.

Existe un concepto terapéutico conocido como “la dignidad del riesgo”, que se puede observar cuando se trabaja en el hospital de día. Se refiere a la noción de que ambientes muy restrictivos o demasiado sobreprotectores, que ofrecen seguridad a costa de

la libertad del paciente, pueden redundar en consecuencias negativas no deseadas. La "dignidad del riesgo" quiere decir que existe un valor terapéutico en el hecho de dar seguridad y apoyo a individuos en momentos de crisis, pero se debe hacer de forma que ayude al paciente a rescatar y utilizar sus recursos internos. De esta manera, los pacientes mantienen la responsabilidad de sus vidas y hasta cierto punto su seguridad, unen sus esfuerzos con el personal terapéutico para superar la crisis y buscan maneras de recuperar su propia salud. Con frecuencia, existe muy poca dignidad, sentido de lo personal y responsabilidad individual en los límites seguros que proporciona la hospitalización total. En los contextos de hospitalización parcial existe más riesgo, pero también más dignidad, un mayor sentido de individualidad y de oportunidad. Ésta es la cualidad única que ofrece la modalidad de la hospitalización parcial.

Servicios para adolescentes

Un número creciente de terapeutas y profesionales de la salud están implicados en la provisión de servicios de hospitalización parcial para adolescentes. La estructura y apoyo que provee el ambiente de la hospitalización parcial parece ser una intervención efectiva para calmar y estabilizar a un adolescente con problemas. La hospitalización parcial puede representar un ambiente funcional, análogo a la familia, pero estructurado. Muchos adolescentes parecen aumentar el control sobre su comportamiento rápidamente bajo estas condiciones (Silvan, Matzner & Silva, 1999).

Un problema frecuente es que estos adolescentes pueden rápidamente revertir a patrones problemáticos de conducta poco después de haber sido dados de alta, lo cual comporta el reto continuo de determinar cuánto tiempo deben permanecer en los programas de hospitalización parcial. Estos adolescentes funcionan bien mientras están en estos programas, recaen cuando no están en ellos, pero no pueden permanecer en el programa indefinidamente. Más que cualquier otro tipo de programa de hospitalización parcial, los pro-

gramas para adolescentes nos muestran la importancia de no centrarnos excesivamente en un enfoque intrahospitalario, de no dejarnos llevar equivocadamente por la estabilidad de los pacientes dentro de estos programas y de no prestar atención y ser incisivos sobre los problemas en el ambiente del paciente que contribuyen a la recaída cuando el paciente es dado de alta. Estos problemas incluyen conflictos con la familia, falta de estructura en los hábitos cotidianos, así como problemas relacionados con el entorno social del individuo, que puede estar saturado de sujetos que contribuyen a la recaída a través del consumo de drogas o la participación en actividades ilegales o conductas antisociales.

La hospitalización parcial se debe conceptualizar como una base estable desde donde se puede entrar en contacto con el ambiente del paciente al principio de su asistencia al hospital de día, para evaluar los recursos disponibles y los factores que amenazan la salud y el bienestar del sujeto. La transición de la hospitalización parcial a la comunidad debe ser anticipada, planificada y se debe iniciar ya en las primeras fases del tratamiento para que el enfoque de la hospitalización se base en la adaptación a la comunidad y no estrictamente en una adaptación dentro del contexto o los parámetros del programa de hospitalización parcial. La hospitalización parcial no solamente puede, sino que también debe constituir algo más que un refugio para los problemáticos y conflictivos entornos vitales de los adolescentes.

Servicios de toxicomanías

Es preciso señalar que los programas de hospitalización parcial para adultos con problemas de adicción a drogas o alcohol pueden jugar el mismo papel estabilizador que los programas de día para adolescentes. Muchos de estos adultos adictos logran controlar su necesidad de consumir durante el día si están trabajando, pero la falta de estructura durante la noche y la exposición a un ambiente familiar o social en el cual el consumo de drogas o alcohol es la norma, frecuentemente lleva a una recaída.

Los programas de hospitalización parcial que funcionan por la tarde y noche, y que se centran en el tratamiento de la adicción se han revelado como herramientas útiles en los sistemas de salud para quienes trabajan, proveyendo apoyo, estructura y un lugar seguro durante esas horas críticas del día. Estos programas se basan fundamentalmente en estrategias cognitivo-conductuales y de prevención de recaídas, junto con intervenciones en forma de grupos de apoyo basadas en el modelo de grupos de autoayuda de Alcohólicos Anónimos. Ésta constituye una modalidad más de la hospitalización parcial, representando otro ejemplo de su flexibilidad y variabilidad.

Conclusiones y recomendaciones

Las ideas presentadas en este artículo representan la perspectiva de los autores acerca de este tipo de modalidad de tratamiento. A continuación se presentan algunas reflexiones finales.

Independientemente del país o de la época en que vivamos nuestros recursos para tratar a los individuos afectados de enfermedades mentales graves o adicciones serán siempre limitados. En consecuencia, el reto siempre recaerá en cómo utilizar nuestros escasos recursos de manera inteligente, eficiente y sensata. Los programas de hospitalización parcial pueden jugar un papel esencial al cubrir las diversas necesidades de nuestros pacientes de una manera flexible y eficiente.

En último extremo, todos los profesionales que trabajan en los hospitales de día son de hecho las caras de la hospitalización parcial. Es una modalidad de tratamiento increíblemente flexible que puede cubrir muchas funciones importantes en el ámbito de la continuidad asistencial, pero será lo que los profesionales hagan de ella. Sus funciones serán las que los equipos y las personas que los forman escojan. Adquirirá la forma que ellos diseñen. Su intensidad será la que ellos prescriban. La duración de la estancia y la relación con otros programas resultará de las decisiones administrativas que los profesionales tomen mientras construyan y desarrollen estos programas. La utilidad y efectividad de estos programas emanará de su liderazgo.

Cada dispositivo de hospitalización debe centrar los objetivos de su programa y hacer explícitas al máximo las modalidades terapéuticas que se utilizarán para lograrlos. Hay que valorar al hospital de día como un elemento importante dentro de cada servicio o red de salud mental, pero, al mismo tiempo, no hay que olvidar que sólo es un elemento de un sistema integral de atención (Hoge & Howenstine, 1997), y que las experiencias o episodios, aunque breves, por desgracia, para muchos de nuestros pacientes serán parte de una larga trayectoria en la recuperación de sus enfermedades. Debemos ser optimista acerca de la capacidad de estos programas para lograr mejoras inmediatas e importantes en las vidas de los pacientes, pero tampoco deberíamos formarnos expectativas irreales con respecto a la posibilidad de que un episodio de tratamiento breve para alguien que sufre de una enfermedad persistente y severa pueda alterar fundamentalmente el curso de la enfermedad o conducir a cambios trascendentales en la dinámica del paciente. Este tipo de expectativa simplemente decepcionará al profesional, al equipo y al individuo por quien estamos luchando.

A través de estos dispositivos podemos transmitir esperanza y optimismo a las diferentes personas que cruzarán sus puertas; un optimismo basado en que la crisis inmediata se superará, y que hay recursos no sólo para sobreponerse a esta crisis, sino también para recuperarse de las futuras. Podemos incluir la confianza en los aspectos positivos del apoyo mutuo y el trabajo conjunto entre equipo y pacientes. Lo que es más importante, a través de este trabajo podemos transmitir a los pacientes la esperanza de que quizás les espera un futuro mejor.

Referencias

- Clark, R.E., Bush, P.W., Becker, D. R. & Drake, R.E. (1996). A Cost-Effective Comparison Of Supported Employment and Rehabilitative Day Treatment. *Administration & Policy in Mental Health*, 24 (1), 63-77.

- Del Olmo, F. & Ibáñez, V. (1998). Hospitalización parcial: conceptos y tendencias asistenciales actuales. *Archivos de Neurobiología (Madrid)*, 61 (1), 9-29.
- Drake, R.E., McHugo, G.J., Becker, D.R., Anthony, W.A. & Clark, R.E. (1996). The New Hampshire Study of Supported Employment for People with Severe Mental Illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (2), 391-399.
- Fink, E.B., Longabaugh, R. & Stout, R. (1978). The Paradoxical Underutilization of Partial Hospitalization. *American Journal of Psychiatry*, 135, 713-716.
- Fiander, M., Burns, T., McHugo, G.J. & Drake, R.E. (2003). Assertive Community Treatment across the Atlantic: Comparison of Model Fidelity in the UK and USA. *British Journal of Psychiatry*, 182, 248-254.
- Gudeman, J.E., Dickey, B., Evans, A. & Shore, M. F. (1985). Four-Year Hospitalization. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1330-1333.
- Hoge, M.A. (2001). Levels of Care. In L.J. Kiser, P.M. Lefkowitz & L.L. Kennedy (Eds.). *The Integrated Behavioral Health Continuum: Theory and Practice* (pp. 123-142). Washington D.C.: American Psychiatric Pub.
- Hoge, M.A., Davidson, L. & Hill, W.L. (1993). The Evolution of Mental Health Services: Partial Hospitalization as a Case Example. *The Journal of Mental Health Administration*, 20 (2), 161-168.
- Hoge, M.A., Davidson, L., Hill, W.L., Turner, V.E. & Ameli, R. (1992). The Promise of Partial Hospitalization: A Reassessment. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 345-354.
- Hoge, M.A., Farrell, S.P., Munchel, M.E. & Strauss, J.S. (1988). Therapeutic Factors in Partial Hospitalization. *Psychiatry*, 51 (2), 199-210.
- Hoge, M.A., Farrell, S.P., Strauss, J.S. & Posner, M.M. (1987). Functions of Short-Term Partial Hospitalization in a Comprehensive System of Care. *International Journal of Partial Hospitalization*, 4 (3), 177-188.
- Hoge, M.A. & Howenstine, R.A. (1997). Organizational Development Strategies for Integrating Mental Health Services. *Community Mental Health Journal*, 33 (3), 175-87.
- Horvitz-Lennon, M., Normand, S.T., Gaccione, P. & Frank, R.G. (2001). Partial Versus Full Hospitalization for Adults in Psychiatric Distress: A Systematic Review of the Published Literature (1957-1997). *American Journal of Psychiatry*, 158, 676-685.
- Marshall, M. (2003). Acute Psychiatric Day Hospitals. *British Medical Journal*, 327 (7407), 116-117.
- Pang, J. (1985). Partial Hospitalization. An Alternative to Inpatient Care. *Psychiatr Clin North Am*, 8 (3), 587-595.
- Rosie, J.S. (1987). Partial Hospitalization: A Review of Recent Literature. *Hospital and Community Psychiatry*, 38 (12), 1291-1299.
- Scheifler, P.L. & Lefkowitz, P.M. (2003). *Standards and Guidelines for Partial Hospitalization Adult Programs* (3ª edición). Fairfax, VA: Association for Ambulatory Behavioral Healthcare.
- Schene, A. H. (2004). The Effectiveness of Psychiatric Partial Hospitalization and Day Care. *Current Opinion in Psychiatry*, 17 (4), 303-309.
- Schene, A.H., van Lieshout, P.A.H. & Mastboom, J.C.M. (1988). Different Types of Partial Hospitalization Programs: Results of a Nationwide Survey in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78 (4), 515-522.
- Silvan, M., Matzner, F.J. & Silva, R.R. (1999). A Model for Adolescent Day Treatment. *Bulletin of the Meninger Clinic*, 63 (4), 459-480.

Sledge, W.H., Tebes, J., Rakfeldt, J., Davidson, L., Lyons, L. & Druss, B. (1996). Day Hospital/Crisis Respite Care Versus Inpatient Care, Part I: Clinical Outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1065-1073.

Sledge, W.H., Tebes, J., Wolff, N. & Helminiak, T.W. (1996). Day Hospital/Crisis Respite Care Versus Inpatient Care, Part II: Service Utilization and Costs. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1074-1083.

Torrey, W.C. & Becker, D.R. (1995). Rehabilitative Day Treatment vs. Supported Employment: II. Consumer, Family and Staff Reactions to a Program Change. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18 (3), 67-75.