

Impacto de la intervención en un Hospital de Día de Salud Mental sobre el uso posterior de recursos sanitarios y ocupacionales

Impact of an intervention in a mental health day hospital on the subsequent use of health and occupational resources

LAURA MANTRANA-RIDRUEJO^a, FRANCISCO RAMÍREZ-LÓPEZ^b, OLALLA SANTAMARÍA-GÓMEZ^c, ROSARIO GARCÍA-SOLIER^a, CARMEN VICTORIA ALMEIDA-GONZÁLEZ^d, MARÍA JESÚS MUÑOZ-MOLERO^e

a) Psicóloga clínica. Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla (Hospital Universitario Virgen de Valme). Hospital de Día de Salud Mental. Sevilla, España.

b) Psicólogo Interno Residente. Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla (Hospital Universitario Virgen de Valme). Hospital de Día de Salud Mental. Sevilla, España.

c) Psiquiatra. Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla (Hospital Universitario Virgen de Valme). Hospital de Día de Salud Mental. Sevilla, España.

d) Doctora en Bioestadística. Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla (Hospital Universitario Virgen de Valme). Hospital de Día de Salud Mental. Sevilla, España.

e) Psiquiatra del Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla. Unidad Salud Mental Comunitaria Dos Hermanas.

Correspondencia: Laura Mantrana Ridruejo (lauramantran@yahoo.es)

Recibido: 22/03/2021; aceptado con modificaciones: 03/02/2023

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 (Atribución-No Comercial-Compartir igual).



Resumen: El presente trabajo examina el impacto del tratamiento intensivo en un Hospital de Día de Salud Mental (HD-SM) sobre el uso posterior de recursos asistenciales (comunitarios y hospitalarios), así como ocupacionales y formativos. Se parte de un diseño descriptivo longitudinal y ambispectivo en el que se estudia de forma innovadora el uso diferencial de los recursos por parte de los usuarios de la red de Salud Mental, antes y después del tratamiento en HD. Finalmente, se discuten las implicaciones y recomendaciones clínicas de acuerdo con los resultados.

Palabras clave: hospital de día, modelo de recuperación, multidisciplinariedad, continuidad asistencial, recursos.

Abstract: This work examines the impact of intensive treatment in a Mental Health Day Hospital (HD) on the subsequent use of healthcare resources (community and hospital), as well as occupational and training ones. It starts from a longitudinal and ambispective descriptive design in which the differential use of resources by users of the Mental Health network is studied in an innovative way, before and after treatment in HD. Finally, the clinical implications and recommendations are discussed according to the results.

Key words: partial hospitalization, mental health recovery, multidisciplinary, continuity of care, resources.

INTRODUCCIÓN

EL HOSPITAL DE DÍA DE SALUD MENTAL (HD-SM) es un dispositivo de asistencia sanitaria integrado en la red de Salud Mental de Andalucía (Decreto 77/2008)¹ que se define como un recurso de tratamiento intensivo y estructurado, limitado en el tiempo y orientado a la continuidad de cuidados en la comunidad². Se caracteriza por el uso del tiempo y el espacio de forma terapéutica, es decir, es un “tratamiento por el medio”.

Oferta una atención intensiva en régimen de día a mitad de camino entre la atención ambulatoria de las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) y la hospitalización a tiempo completo (Unidad de Hospitalización de Salud Mental, UH-SM). Combina el tratamiento individual, grupal y familiar, utilizando para ello recursos psicoterapéuticos, psicofarmacológicos, ocupacionales y de enfermería, desde una visión multidisciplinar³.

La labor asistencial del HD-SM en Andalucía se plantea dentro de un modelo que aboga por una actuación interniveles coordinada de los distintos ámbitos implicados y de todos los recursos existentes⁴. En relación con la posición del paciente, el HD-SM propone un papel activo y participativo en su propio proceso de tratamiento.

El HD-SM en el que se desarrolla este estudio es un dispositivo con 20 plazas inserto en la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Universitario Virgen de Valme (Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla). Dicha Unidad se encuentra en funcionamiento desde 2006 y está constituida por cuatro USMC (Alcalá, Dos Hermanas, Morón y Los Palacios), una UH-SM, una Unidad de Salud Mental Infantojuvenil (USMIJ) y una Comunidad Terapéutica (CT-SM), atendiendo a una población de 445.211 habitantes.

Las indicaciones diagnósticas más habituales son:

- Trastornos psicóticos (esquizofrenia, trastornos esquizoafectivos, trastornos de ideas delirantes persistentes).
- Trastornos afectivos (trastorno bipolar, trastornos depresivos graves).
- Trastornos de personalidad.
- Trastornos neuróticos con sintomatología grave y limitante (p. ej., trastorno obsesivo compulsivo).

Los destinatarios del tratamiento presentan el siguiente perfil general:

- Presencia de sintomatología activa subaguda.
- Capacidad de aceptar de forma voluntaria el tratamiento, tanto el usuario como la familia.
- Ausencia de conductas gravemente disruptivas y heteroagresivas o autoagresivas.
- Presencia de soporte familiar o institucional que garantice un entorno suficientemente estructurado para permitir la continuidad del proceso terapéutico.

La demanda de atención parte de las USMC como dispositivo de referencia, aunque en ocasiones la situación clínica del paciente requiere que el contacto con el HD-SM suceda tras un ingreso en la UH-SM. La derivación de un paciente persigue generar un cambio terapéutico y en el proceso de tratamiento, que habitualmente se encuentra estancado y en una situación crítica que no permite que la persona pueda hacerse cargo de su proyecto de vida, tanto por la persistencia de clínica activa como por el posible deterioro funcional secundario a la misma.

El tiempo de tratamiento en nuestro HD-SM es de aproximadamente un año, con variaciones en función de los objetivos individuales de tratamiento pactados. Respecto a la efectividad del tratamiento en HD, los datos de la bibliografía son variables. Se han encontrado resultados dispares en cuanto a la relación coste-efectividad^{5,6}, y datos positivos en autonomía del paciente, integración familiar y social, y satisfacción de los usuarios⁵. Hay escasa bibliografía sobre los cambios psicopatológicos que produce la intervención, si bien la que existe indica que son favorables⁶, pero se incide en la necesidad de realizar más estudios que evalúen su eficacia^{6,7}. Existen además estudios que muestran que esta variabilidad de resultados del tratamiento

está relacionada con las limitaciones para investigar en estos dispositivos debido a la complejidad de las variables intervinientes⁷. Otra dificultad que ha sido objeto de investigación es la asociada a la variabilidad existente en el concepto de HD según países y regiones, hecho que complica la interpretación de resultados⁸.

El estudio que se presenta responde al interés de valorar si la atención intensiva e integrada a los usuarios en el HD-SM se asocia a cambios posteriores en el uso de los recursos asistenciales (comunitarios y hospitalarios) y ocupacionales.

MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo longitudinal ambispectivo en el que se ha seleccionado como muestra el número total de pacientes dados de alta del HD-SM en 2016, tras una estancia mínima de un mes, siendo un total de 27 pacientes. Se han recogido:

- Variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, dispositivo comunitario de referencia).
- Variables clínicas (diagnóstico, comorbilidad con consumo de tóxicos y número de ingresos en HD-SM).

Para valorar la influencia del tratamiento en HD en las modificaciones que se producen en la utilización posterior de los recursos asistenciales de Salud Mental comunitarios y hospitalarios (consultas en USMC, actividades grupales, diversificación de las intervenciones, consultas telefónicas, consultas urgentes, ingresos) y ocupacionales/formativos (cursos, talleres, servicio de orientación al empleo, etc.), se registraron las siguientes características:

- Nº de consultas en USMC
- Nº de consultas en USMC diferenciadas por profesional: Facultativo Especialista (psiquiatras y psicólogos/as clínicos/as), enfermera, trabajador/a social)
- Nº consultas telefónicas en USMC
- Nº consultas grupales en USMC
- Nº ingresos hospitalarios en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental, diferenciando el carácter del ingreso: programado /urgente, voluntario/ involuntario
- Nº consultas urgentes a los Servicios de Urgencia del Hospital General
- Uso de recursos formativo/ocupacionales

La selección de estas variables se debe a que se corresponden con el tipo de actividades e intervenciones estandarizadas a nivel comunitario y hospitalario, y a que su registro en la historia clínica digital permite su recogida y análisis.

Estos datos se han recogido en dos momentos diferenciados: durante dos años antes del inicio del tratamiento en el HD-SM y durante los dos años posteriores a finalizarlo.

a) Descripción de las variables

- 1) Nº de consultas en USMC. La consulta es un recurso básico en la cartera de servicios de los dispositivos de Salud Mental, y por tanto en la USMC, en la que tiene lugar la entrevista de evaluación e intervención terapéutica.
- 2) Nº de consultas diferenciadas por categoría profesional. Las consultas en la USMC son realizadas por diferentes profesionales (facultativo especialista -psiquiatra o psicólogo/a clínico/a, enfermera, trabajador/a social) según los fines de la evaluación y objetivos de intervención.
- 3) Nº de consultas telefónicas. La consulta telefónica es una herramienta de la USMC que se utiliza entre otros objetivos para favorecer la vinculación, mejorar la gestión de la presión asistencial y de las dificultades derivadas de la propia patología que presenta el sujeto. En nuestro ámbito de influencia es además un medio para disminuir las dificultades de accesibilidad de los usuarios por la elevada dispersión geográfica de la zona.
- 4) Nº consultas grupales. En las USMC, la actividad terapéutica grupal está incluida en la cartera de servicios dentro de las intervenciones a ofertar, como psicoterapias grupales, talleres grupales.
- 5) Nº de ingresos. La hospitalización completa de corta estancia en la red de Salud Mental de Andalucía se realiza en el dispositivo asistencial denominado Unidad de Hospitalización de Salud Mental¹.
- 6) Nº ingresos programados y urgentes o no programados. El ingreso, desde el punto de vista sanitario, puede ser programado, si su indicación procede de los dispositivos comunitarios de Salud Mental; y no programado o urgente, si su indicación es resultado de una situación de urgencia y se realiza con carácter inmediato la asistencia hospitalaria del paciente⁹.
- 7) Nº ingresos voluntarios e involuntarios. Teniendo en cuenta el consentimiento del paciente, el ingreso puede ser voluntario y consentido o involuntario o no consentido. El internamiento involuntario se realiza cuando el paciente no puede prestar un consentimiento válido debido al trastorno mental que presenta y está justificado cuando la desestabilización clínica condiciona una situación de peligrosidad evidente para el paciente o para los demás¹⁰.
- 8) Nº consultas urgentes. Por consulta urgente nos referimos a la atención en el Servicio de Urgencias del Hospital General de referencia por motivos de salud mental.

- 9) Recursos formativos/ocupacionales. Son las actividades formativas, laborales, sociales, comunitarias y de ocio que los usuarios realizan. En nuestra área, estos pueden hacer uso de recursos normalizados (comunitarios, sociales, etc.) y de recursos específicos de los Programas de la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental¹¹.

b) Análisis estadístico

Las variables cuantitativas se expresan con medianas y cuartiles al ser distribuciones asimétricas y las variables cualitativas con porcentajes. Para verificar si existen cambios en variables cuantitativas tras la intervención en HD-SM, se aplica la prueba t de Student para dos muestras apareadas o el test no paramétrico de Wilcoxon. Las diferencias de medias o medianas significativas se cuantifican con intervalos de confianza al 95%. Los cambios en las variables cualitativas se contrastan con el test de McNemar o el de McNemar Bowker en base a tablas de contingencia antes-después de la intervención. Para investigar asociaciones entre variables cualitativas independientes se aplica la prueba Chi-Cuadrado o métodos no asintóticos. El análisis de los datos se realizó con el programa estadístico IBM SPSS 25.0.

RESULTADOS

a) Variables sociodemográficas

La muestra está compuesta por 27 pacientes, siendo mayoritariamente hombres (66.66%). La media de edad se sitúa en 33 años con una edad mínima de 19 años y una edad máxima de 49 años, siendo la moda de 26 años.

En relación al estado civil, la mayoría de los pacientes eran solteros (62.96%), un 22.22% eran casados o con pareja y un 14.81% separados.

En cuanto a la procedencia de USMC, el 37.04% era de la USMC de Los Palacios, un 25.92% de la USMC de Dos Hermanas, un 22.22% de la USMC de Alcalá y el 14.81% de Morón.

b) Variables clínicas

En relación al diagnóstico, según codificación de la CIE-10, un 48.15% (13) de los pacientes pertenecían al grupo F20-29, Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno delirante; un 29.63% (8) al grupo F60, Trastornos de personalidad; un 11.11% (3) a F 40-48, Trastornos neuróticos; un 7.41% (2) eran F84, Trastorno generalizado del desarrollo; y un 3.7% (1), F 30-39, Trastornos del humor.

Al estudiar la comorbilidad con uso de sustancias, un 25.92% de los pacientes consumían tóxicos. Respecto a los ingresos previos en HD-SM, para el 40.74% (11) de los pacientes este era su segundo ingreso.

c) Variables relativas al uso de recursos asistenciales y ocupacionales

- 1) La distribución del número de consultas totales en la USMC fue la misma antes y después del tratamiento, excepto que se incrementó en 17 el número máximo de consultas: de 37 antes del tratamiento se pasó a 54 después del mismo. La diferencia no resultó estadísticamente significativa.
- 2) El número de consultas con facultativo especialista fue bastante más elevado en el periodo previo al tratamiento que en el posterior. Antes del tratamiento la mediana fue de 13 consultas y hubo un máximo de 32, mientras que después del tratamiento la mediana bajó a 8 y el número máximo a 25. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p=0.003$), estimándose un descenso promedio esperado de 6 consultas en la población estudiada, entre 2 y 9 consultas, IC 95% (2; 9.5).
- 3) La distribución del número de consultas con Enfermería pasó de ser nula en el 75% de la muestra y hasta un máximo de 4 en el 25% restante durante los dos años previos al tratamiento a incrementarse entre 3 y 35 consultas en un 25% de la muestra en los dos años posteriores. Las diferencias observadas resultaron estadísticamente significativas ($p=0.011$) estimándose en 1 con IC 95% (0; 3).
- 4) El número de consultas con Trabajo Social pasó de estar entre 1 y 5 en el 25% de la muestra en los dos años previos al tratamiento, a incrementarse entre 4 y 15 en los dos años posteriores, el 75% de los pacientes no realizó ninguna consulta con Trabajo Social. Las distribuciones antes y después del tratamiento resultaron significativamente diferentes ($p=0.037$) y su diferencia en la población se estimó en un valor entre 0 y 3.
- 5) Con respecto al número de consultas grupales, el 75% de los pacientes no participó en ninguna consulta grupal ni antes ni después del tratamiento, y el número máximo de consultas fue de 17 y 22, respectivamente, por lo que la diferencia no fue significativa ($p=0.573$).
- 6) El número de consultas telefónicas no resultó significativamente diferente antes y después del tratamiento ($p=0.058$) a pesar de alguna discrepancia. Se observó que el 50% de la muestra no realizó ninguna consulta telefónica en ambos periodos y un 25% observó entre 1 y un máximo de 7 consultas antes del tratamiento, frente a entre 3 y 16 consultas después del mismo.

- 7) El número de consultas urgentes en los dos años previos al tratamiento fue ninguna en el 25% de la muestra y entre 1 y 12 en un 50%; en cambio, en los dos años posteriores no hubo ninguna consulta urgente en la mitad de la muestra y un 25% de los pacientes realizó entre 1 y 17. No hubo diferencias significativas, aunque el número máximo de consultas urgentes tendió a aumentar, destacándose que se concentraron a partir del cuartil tercero.
- 8) El número de ingresos totales en los dos años previos al tratamiento fue nulo en un 25% de la muestra y después del mismo en un 50%. Asimismo, un 50% de la muestra tuvo entre 1 y 11 ingresos totales antes del tratamiento frente a un 25% que tuvo entre 1 y 14 posteriormente. Estas diferencias observadas no resultaron significativas a pesar de destacarse el aumento en un 25% del número de pacientes que no realizaron ingresos en el periodo posterior al tratamiento.
- 9) El número de ingresos urgentes en el periodo previo al tratamiento fue ninguno o uno en la mitad de los pacientes y en la otra mitad estuvo entre 1 y 6. Esta distribución fue diferente después del tratamiento, cuando el 75% de los pacientes no tuvo ningún ingreso urgente y un 25% llegó hasta 13. Esta reducción de ingresos urgentes en el periodo posterior al tratamiento resultó significativa ($p=0.023$).
- 10) No hubo ingresos programados en los dos años previos al tratamiento en la mitad de los pacientes y hubo un máximo de 10 en la otra mitad, y posterior al tratamiento, ninguno en un 75% y un máximo de 2 en el resto. La diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0.327$) a pesar de la evidente reducción.
- 11) La distribución del número de ingresos involuntarios no difirió entre los periodos antes y después del tratamiento, solo hubo como máximo uno antes y dos después.
- 12) La distribución del número de ingresos voluntarios en los dos años previos al tratamiento fue de ninguno en el 25% de la muestra y entre 1 y 11 en la mitad de los pacientes; posteriormente no hubo ningún ingreso voluntario en el 75% de los pacientes y un máximo de 13 en el 25% restante. A pesar del incremento absoluto del 50% en el número nulo de ingresos voluntarios, la diferencia observada no resultó estadísticamente significativa ($p= 0.082$). En la Tabla 1 se muestran de manera pormenorizada los resultados obtenidos respecto el uso de recursos asistenciales.
- 13) El número de personas con recursos de formación y ocupacionales se incrementó de un total de 29.6% en los dos años previos al tratamiento a un total del 40.7% en el periodo posterior. Aunque este incremento del

11% en la formación tras el tratamiento no se encontró significativa, sí destacó que un 31.6% de los pacientes que no tenían recursos formativos u ocupacionales antes del tratamiento contaron posteriormente con dichos recursos (Tabla 2).

TABLA I
Variables relativas al uso de recursos asistenciales

| Recursos | Máx. | Mediana (P25;P75) | Significación (p) |
|---------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|
| C. USMC* | 37 | 12 (4; 26) | No |
| C. USMC 2 | 54 | 10 (4; 24) | |
| C. Facultativo/a | 32 | 13 (5; 18) | 0.005 |
| C. Facultativo/a 2 | 25 | 8 (2; 11) | |
| C. Enfermera | 4 | 0 (0; 0) | 0.011 |
| C. Enfermera 2 | 35 | 0 (0; 3) | |
| C. Trabajo Social | 5 | 0 (0; 1) | 0.037 |
| C. Trabajo Social 2 | 15 | 0 (0; 4) | |
| C. Grupales | 17 | 0 (0; 0) | No |
| C. Grupales 2 | 22 | 0 (0; 0) | |
| C. Telefónicas | 7 | 0 (0; 1) | No |
| C. Telefónicas 2 | 16 | 0 (0; 3) | |
| C. Urgentes | 12 | 1 (0; 3) | No |
| C. Urgentes 2 | 17 | 0 (0; 1) | |
| I. Totales** | 11 | 1 (0; 3) | No |
| I. Totales 2 | 14 | 0 (0; 1) | |
| I. Urgentes | 6 | 1 (0; 2) | 0.023 |
| I. Urgentes 2 | 13 | 0 (0; 0) | |
| I. Programados | 10 | 0 (0; 1) | No |
| I. Programados 2 | 2 | 0 (0; 0) | |
| I. Involuntarios | 1 | 0 (0; 0) | No |
| I. Involuntarios 2 | 2 | 0 (0; 0) | |
| I. Voluntarios | 11 | 1 (0; 3) | No |
| I. Voluntarios 2 | 13 | 0 (0; 0) | |

* C = Consultas; ** I = Ingreso

TABLA 2

Variables relativas al uso de recursos formativos/ocupacionales

| Recursos formativos/ocupacionales | | | |
|------------------------------------------|-------|---------|-------|
| Antes | | Después | |
| No | Sí | No | Sí |
| 70.4% | 29.6% | 59.3% | 40.7% |

DISCUSIÓN

Cuando un paciente inicia un tratamiento en la red de dispositivos de salud mental, comienza un proceso determinado por múltiples variables. Los dispositivos comunitarios (USMC) son los centros de referencia de la atención en Salud Mental, la puerta de entrada a la red especializada¹, con un modelo de atención comunitario –como su mismo nombre indica– y multidisciplinar, y una concepción biopsicosocial de los trastornos de salud mental. Si bien son ese punto de referencia, a menudo se encuentran en una situación de alta presión asistencial y limitación de recursos personales y materiales que interfieren en la vinculación y en el plan terapéutico del paciente, y por consiguiente, en su evolución. Otras características que pueden interferir en este proceso son la gravedad clínica, los apoyos y soportes familiares y sociales, el funcionamiento previo, la adherencia terapéutica, etc.

El HD-SM, como dispositivo de apoyo y tercer nivel asistencial, persigue realizar cambios terapéuticos, así como facilitar y trabajar para la continuidad asistencial tras el alta del paciente.

Nuestra hipótesis general de partida es que el tratamiento en HD-SM produce cambios en el uso posterior de los recursos asistenciales comunitarios, hospitalarios y ocupacionales.

La bibliografía al respecto es muy escasa. Encontramos una comunicación recogida en el documento sobre Hospitales de Día de la AEN que muestra que en un elevado porcentaje de pacientes al alta del HD-SM hay una disminución tanto de la utilización del servicio de urgencias como de los ingresos, así como una mejor adherencia al tratamiento².

La mayoría de artículos encontrados en la bibliografía respecto a resultados se centran en comparar el HD-SM con:

- 1) Hospitalización completa. En estos estudios se evidencia que el tratamiento en modo de hospitalización parcial de pacientes en situación aguda es una alternativa preferible para al menos un tercio de los pacientes ingresados en las unidades tradicionales de hospitalización aguda a tiempo completo⁵.

Además, una revisión Cochrane, así como otros estudios más recientes respecto a la recuperación sintomatológica, refieren que desde el HD la recuperación es al menos tan efectiva como la que se da en una Unidad de Hospitalización Aguda convencional. Lo que también concluye esta revisión Cochrane es que el tratamiento en HD no aporta diferencias en la duración del ingreso ni en la tasa de reingresos¹².

La efectividad del tratamiento se ha demostrado además tanto al alta como en el seguimiento a corto (3 y 6 meses) y a largo (1 año) plazo de los pacientes⁶.

- 2) Tratamiento ambulatorio. La investigación se centra en comparar ambas modalidades de tratamiento según grupos diagnósticos. En la revisión Cochrane de HD versus tratamiento ambulatorio en esquizofrenia de 2009, se resalta la escasez de ensayos clínicos aleatorizados. Concluye que la atención en HD puede ayudar a evitar la atención hospitalaria, pero faltan datos sobre una serie de resultados que actualmente se consideran importantes, como la calidad de vida, la satisfacción, los hábitos de vida saludables y el coste¹³.

En el caso de pacientes con diagnósticos fuera del ámbito de la psicosis, una revisión sistemática de Marshall y colaboradores concluye que hay evidencias en dos ensayos de que los programas de día son superiores al tratamiento ambulatorio para pacientes que se han mostrado resistentes a esta segunda modalidad de tratamiento⁷. Los resultados más consistentes y reconocidos son para el abordaje de pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP). Bateman y Fonagy encontraron beneficios respecto al tratamiento ambulatorio de este tipo de pacientes aplicando en HD un tipo específico de intervención, la terapia basada en la mentalización (MBT), durante aproximadamente 18 meses; en concreto, lograron una disminución de síntomas y de frecuencia de ingreso significativamente mayor que el tratamiento ambulatorio. Esta disminución se mantuvo a los 18 meses del alta¹⁴.

En nuestro estudio, tal y como se ha descrito anteriormente, hemos seleccionado para el análisis variables que corresponden a actividades e intervenciones habituales en los dispositivos de salud mental comunitarios y de urgencias hospitalarias, que quedan registradas en la historia clínica. Somos conscientes de que excluimos variables subjetivas e intersubjetivas que intervienen en la vinculación, proceso y adherencia terapéuticos.

A continuación, se discuten de forma detallada las hipótesis y sus resultados:

a) Número de consultas en USMC

Al analizar el número de consultas hemos tenido en cuenta que un elevado número de consultas en las USMC previo a la derivación al HD-SM puede ser reflejo de una mayor necesidad de asistencia por encontrarse el paciente en situación de crisis y gravedad psicopatológica. También puede darse el caso de que no existan consultas previas a la derivación y esto podría relacionarse con una nula vinculación a la USMC, tanto por una posible negativa del paciente a la asistencia como por haber sido derivado directamente desde la UH-SM al HD. En nuestra muestra solo había un paciente que no estaba vinculado a la USMC y fue derivado directamente desde la UH-SM.

Nuestra hipótesis de partida es que el número de consultas totales y por categorías profesionales debe disminuir tras el paso por HD-SM, como resultado de la mayor estabilidad psicopatológica y la esperable mejoría clínica. En el caso de pacientes sin vinculación previa, la vinculación a la USMC se medirá por la asistencia a consultas (que en el caso de estos pacientes aumentaría).

Los resultados muestran que el número de consultas totales en la USMC aumenta, aunque no de forma significativa, en los dos años posteriores al paso por el HD. Desglosando las variaciones en el número de consultas según la categoría profesional, los resultados muestran cambios estadísticamente significativos que matizan nuestra hipótesis de partida sobre la reducción en número de consultas:

- 1) La frecuencia de consulta con facultativo disminuye tras el alta en el HD-SM. Esto puede relacionarse con una disminución en la necesidad de atención por facultativo por una mayor estabilidad clínica del paciente.
- 2) El número de consultas con otras categorías profesionales aumenta (enfermera, trabajador/a social). Dicho incremento creemos que es reflejo de la modificación en el plan de tratamiento individualizado de cada paciente, que amplía el enfoque y la diversidad de intervenciones, de forma que se da respuesta a las diferentes necesidades y expectativas detectadas durante el tratamiento en HD. A través de la mayor participación por parte de Enfermería, se amplían intervenciones sobre hábitos de vida saludables, administración de tratamiento, monitorización de efectos adversos al mismo o autocuidados, entre otros. Con el aumento en el número de consultas con Trabajo Social se interviene sobre las necesidades y la gestión de recursos sociales. Los resultados reflejan un cambio de rumbo en el proceso de tratamiento, con la diversificación de los profesionales que participan en el plan terapéutico y en la orientación hacia un abordaje multidisciplinar.

El hecho de que estas intervenciones iniciadas en HD-SM tengan continuidad después a nivel comunitario tiene relación también con el trabajo de coordinación

interdispositivos llevado a cabo durante la estancia del paciente en HD. Este trabajo de coordinación consiste en reuniones periódicas, contacto telefónico entre profesionales o comisiones clínicas de la UGC, entre otras actuaciones. Además, en el trabajo terapéutico está siempre presente la USMC como dispositivo de referencia de cara a favorecer o mantener la vinculación con el mismo. Por parte del equipo comunitario, existe la disposición y modelo de continuidad que contribuye a mantener las intervenciones iniciadas.

b) Número de consultas grupales

Las actividades psicoterapéuticas grupales son una de las herramientas más eficaces y características del tratamiento en el HD-SM, donde se prioriza lo relacional y se amplía la mirada desde lo individual hacia una visión que incluye lo vincular, grupal y social¹⁵. La hipótesis de partida es que la intervención en el HD-SM produciría cambios en la capacidad de elaboración de los pacientes¹⁶ y en la posición respecto al tratamiento hacia una postura más activa, por lo que hipotetizamos que aumentarían las consultas grupales en la USMC. Los resultados de nuestro análisis no reflejan cambios significativos en esta variable. Pensamos que estos resultados, junto a la constatación de que son pocos los pacientes de la muestra en los que se registran consultas grupales, pueden estar en relación con que esta oferta terapéutica no sea uniforme en todas las USMC de nuestra área en el periodo de recogida de datos y por ello no se observan cambios significativos.

c) Número de consultas telefónicas

Se trata de una herramienta que se utiliza en las USMC con los objetivos de favorecer la vinculación, mejorar la gestión de la asistencia y facilitar la accesibilidad de los usuarios por la elevada dispersión geográfica de nuestro ámbito de influencia, así como por las dificultades derivadas de la propia patología que presenta el sujeto. Nuestra hipótesis respecto a esta variable es que los cambios, en concreto la disminución, podrían ser reflejo de una mayor vinculación del paciente a la USMC o de una mayor estabilidad clínica, motivo por el que no serían necesarias el mismo número de llamadas telefónicas. Los resultados no muestran cambios estadísticamente significativos. Consideramos que, posiblemente como pasa con las consultas grupales, no es un recurso estandarizado en todas las USMC de nuestra UGC, y sí está condicionado entre otros aspectos por la dispersión geográfica¹⁷, que afecta de forma distinta a cada dispositivo comunitario. Aunque, hasta la pandemia por COVID-19, la consulta telefónica era una herramienta aislada, actualmente ha pasado a ser un recurso asistencial que va adquiriendo mayor entidad propia, con sus ventajas y limitaciones^{18,19}.

d) Número de ingresos hospitalarios

El ingreso en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental es considerado como indicador de situaciones de crisis de mayor gravedad y de dificultad de contención a nivel ambulatorio, indicado en una serie de circunstancias determinadas²⁰. En nuestro estudio, hipotetizamos que el tratamiento en HD supondrá cambios cuantitativos, en cuanto a una disminución del número y cualitativos, en cuanto al carácter voluntario/involuntario o urgente/programado, como reflejo de haber alcanzado una mayor estabilidad psicopatológica. Una disminución del número de ingresos urgentes y un aumento del número de ingresos programados podrían estar asociados a una mayor vinculación del paciente con el dispositivo comunitario que permite programar las intervenciones, así como con una mayor coordinación entre dispositivos²¹. Los cambios en el carácter legal del ingreso (disminución de involuntarios y aumento de voluntarios) estarían también relacionados con la vinculación del paciente a los dispositivos de salud mental y con la conciencia de necesitar tratamiento.

De nuevo, nuestros resultados muestran cambios en la línea de nuestra hipótesis, con un porcentaje de pacientes sin ingresos tras el tratamiento en HD, aunque no de forma estadísticamente significativa, probablemente por el pequeño tamaño muestral y que un número relevante de ingresos se concentran en pocos usuarios de la muestra.

En la variable ingreso urgente o programado, sí encontramos cambios significativos en cuanto a la disminución de los primeros. Respecto al carácter legal del ingreso, los cambios más destacados se dan en relación al incremento en números absolutos de los ingresos voluntarios en los dos años posteriores al tratamiento, si bien no de forma significativa.

En la bibliografía⁷, se reduda en el HD como un lugar de tratamiento alternativo al ingreso completo, con resultados positivos a nivel clínico pero no así en la tasa de reingresos, en la que han demostrado mayor eficacia otras alternativas como, por ejemplo, el tratamiento asertivo comunitario. Los reingresos pueden ser reflejo de la severidad del trastorno mental, pero también de los factores ambientales y de la ineficacia de los recursos de continuidad de tratamiento pre y post alta^{22,23}. Por este motivo, entre otros, el número de reingresos como indicador de la eficacia de los servicios por sí solo es un indicador cuestionado hoy en día. En un estudio realizado en Noruega en el que se hipotetizaba sobre el significado de los ingresos urgentes no programados como indicador de colaboración entre servicios comunitarios y hospitalarios, más que un indicador del resultado de los servicios, se encontró relación entre el hecho de recibir seguimiento ambulatorio especializado por atención primaria, apoyo domiciliario, así como la actividad ocupacional y laboral, con una mayor probabilidad de ingreso programado²⁴.

Los cambios detectados en la muestra en cuanto a la disminución del número de ingresos urgentes son congruentes también con el estudio antes referido y con nuestra hipótesis de cómo la intervención en HD genera un cambio no solo en el proceso del paciente, sino en el uso de los recursos sanitarios tanto por su parte como por parte de los profesionales, que son los que realizarían la indicación del ingreso.

e) Número de consultas urgentes

Este parámetro se seleccionó como un indicador de necesidad de atención no programada y fuera del dispositivo de referencia. Pensamos que una disminución en el uso de consultas en servicios de urgencias sería reflejo tanto de mayor estabilidad en la situación clínica como de una mayor vinculación al dispositivo comunitario²⁵.

De nuevo, los resultados de nuestra muestra en cuanto a esta variable no son estadísticamente significativos, si bien cabe destacar que aumenta el porcentaje de pacientes sin consultas urgentes tras la intervención en HD. El aumento observado del número de consultas urgentes que se concentra a partir del cuartil tercero pudo originarse por la existencia en el estudio de algún caso extremo con una mayor demanda de consultas urgentes.

Es importante volver a señalar la importancia de la vinculación a los dispositivos comunitarios, la continuidad asistencial, la coordinación entre dispositivos y la accesibilidad a los mismos como vía de reducción cuantitativa de esta variable. Es relevante también detectar factores de riesgo para el uso frecuente de las urgencias, tales como ingreso hospitalario reciente, escasez de recursos de vivienda, familiares o económicos, o dificultad de acceso a los dispositivos comunitarios, para así poder intervenir sobre ellos.

f) Recursos ocupacionales

El análisis de esta variable nos parece de gran relevancia porque la intervención integral desde el HD considera la dimensión ocupacional. La ocupación en sí misma constituye una entidad que promueve y favorece la adaptación al medio en tanto que sostiene la integración y participación activa de la persona en el entramado social y cultural al que pertenece²⁷. La mayoría de los usuarios que son derivados al HD-SM se encuentran inactivos, en una situación de pérdida o ausencia de actividades y de proyectos vitales. La etapa de tratamiento en HD desde un abordaje integral y un modelo biopsicosocial y centrado en la persona, con la inclusión de terapia ocupacional en los planes terapéuticos, debería repercutir, a nuestro parecer, en un cambio considerable en esta dimensión, esperando un aumento en el número de pacientes que retoman o inician proyectos ocupacionales, formativos, de ocio, etc.

Creemos que son relevantes los resultados observados en la muestra a este respecto, aunque no alcancen el nivel de significación estadística al pequeño tamaño muestral. El hecho de que un 30 % de pacientes, cifra considerable, inicien y mantengan actividades los dos años posteriores al tratamiento apoyaría nuestra hipótesis inicial. Es un hecho contrastado también la escasez de recursos en este ámbito en general, y en particular en nuestra área geográfica de atención por sus características socioeconómicas, lo cual juega un papel relevante al limitar el número de personas que pueden acceder a estos recursos²⁸.

LIMITACIONES

La primera limitación de este estudio es el tamaño de la muestra. El hecho de trabajar con una muestra pequeña ha podido condicionar que las pruebas estadísticas no identifiquen relaciones significativas esperadas desde el punto de vista clínico. Una muestra de mayor tamaño podría generar resultados más precisos.

Otra limitación deriva de la escasez de bibliografía existente sobre el tema, lo que nos ha impedido comparar los resultados de nuestro estudio con otros, si bien ello resalta lo novedoso de este estudio.

Una tercera limitación detectada procede de la insuficiente información registrada en la historia clínica del paciente, concretamente la referida a consultas grupales, consultas telefónicas y recursos formativo/ocupacionales, que condicionan el análisis de los resultados, ya que “lo que no está registrado no existe”. Esta omisión de información por parte del profesional interviniente estaría asociada, entre otros factores, a problemas derivados de la falta de consenso en las tareas específicas a registrar en la historia clínica digital.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El proceso terapéutico del paciente experimenta cambios tras la intervención en HD, que en nuestro estudio hemos medido mediante el uso de los recursos asistenciales y formativos/ocupacionales. Las intervenciones puestas en marcha y evaluadas a través de estos recursos son un reflejo del momento por el que atraviesa el paciente en la red de salud mental. Tener presentes estos momentos, y la noción de proceso, nos permitirá introducir o indicar las intervenciones necesarias, ya sea desde el HD, para favorecer el cambio en una situación de parálisis/bloqueo o bien a nivel comunitario, dando continuidad a esta apertura conseguida a través de la intervención más intensiva. Consideramos destacable el cambio en el enfoque y por tanto en la intervención tras el paso por el HD, con la irrupción de otras categorías profesionales que previamente a la derivación no intervenían en el plan de tratamiento del paciente. El hecho de que el

mayor peso de la intervención recaiga en un único profesional, un facultativo, resulta frecuente en la muestra estudiada, sobre todo en el periodo previo al tratamiento en HD. Desde una perspectiva biopsicosocial de la atención a la salud mental, la patología mental grave difícilmente puede ser abordada desde otro tipo de atención que no sea multidisciplinar. Este dato invita a una necesaria reflexión al respecto.

El HD actuaría como un amplificador de las diversas facetas del paciente sobre las que poder intervenir, generando un despliegue de aspectos sobre los que actuar más allá de la consulta individual y circunscrita con un facultativo psiquiatra o psicólogo/a clínico/a. Esta variabilidad multidisciplinar de las intervenciones conlleva un cambio en el posicionamiento del equipo terapéutico y por tanto del paciente, que permite se abran otros caminos que conduzcan a la recuperación. El abordaje intensivo, integral, multidisciplinar, relacional, característico del HD permite que en el encuentro paciente-equipo terapéutico se desplieguen, junto a los aspectos enfermos, aspectos sanos sobre los que continuar trabajando tras el alta de HD-SM.

Mantener las intervenciones según las necesidades del paciente, y ajustando la intensidad a los recursos comunitarios, o, lo que es lo mismo, mantener un plan de tratamiento con continuidad, nos parece un elemento fundamental para consolidar los cambios que se inicien en el proceso terapéutico desde el dispositivo intensivo.

La recuperación es un proceso en el que se dan avances y retrocesos, en el que se pueden describir etapas, en el que un tipo de intervención u otra pueden resultar más permeables, pues es un proceso continuo, evolutivo y no lineal^{29,30}. Las consultas con facultativo/a especialista no han sido diferenciadas según fueran con psicólogo/a clínico/a o con psiquiatra porque queríamos medir la presencia en la intervención en la USMC desde la figura de los facultativos especialistas. Sería objeto de otro análisis y posible estudio la desagregación de las consultas por facultativo y tipos de intervención diferenciadas.

Finalmente, nos gustaría señalar lo novedoso de las variables definidas para medir el efecto de la intervención realizada en HD-SM sobre el posterior uso de los recursos mencionados en el estudio. Por otro lado, con este trabajo se ha tratado de ampliar las investigaciones existentes sobre el tema, escasas en la actualidad; así como señalar la importancia de seguir indagando en qué factores favorecen los cambios terapéuticos y el mantenimiento de los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Junta de Andalucía. Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de Ordenación administrativa y funcional de los servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, nº 53.
2. Grupo de trabajo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría sobre Hospitales de Día. Cuadernos técnicos, 12. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2009.

3. Alazraqui HF. Historia de la Psiquiatría: el caso del dispositivo de Hospital de Día. *Revista Científica de UCES*. 2017;22(2):32-47.
4. Consejería de Salud. III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMA III) 2016-2020. Sevilla: Junta de Andalucía, 2016.
5. Barquero JL. Alternativas comunitarias a la hospitalización de agudos para pacientes psiquiátricos graves. *Actas Esp Psiquiatr*. 2012;40(6):223-32.
6. Priebe S, Jones G, McCabe R, Briscoe J, Wright D, Slead M, et al. Effectiveness and costs of acute day hospital treatment compared with conventional in-patient care. *Br J Psychiatry*. 2006; 188(3):243-9.
7. Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F, Sledge W, Kluiters H, et al. Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) Acute day hospital versus admission; (2) Vocational rehabilitation; (3) Day hospital versus outpatient care. *Health Technol Assess*. 2001; 5(21): 1-75.
8. Kallert T, Glöckner M, Priebe S, Briscoe J, Rymaszewska J, Adamowski T, et al. A comparison of psychiatric day hospitals in five European countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39(10):777-788.
9. Servicio Andaluz de Salud. Resolución 261/2002, de 26 de diciembre, de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, sobre Atención de Urgencias, traslados e ingresos de pacientes psiquiátricos.
10. Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. BOE núm. 7, de 8 de enero de 2000.
11. Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental, FAISEM. Memoria de Actividades 2019 [Internet]. [Consultado el 8 febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.faisem.es/wp-content/uploads/2020/07/MEMORIA-ACTIVIDADES-2019.pdf>
12. Marshall M, Crowther R, Sledge W, Rathbone J, Soares-Weiser K. Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; 12(1).
13. Shek E, Stein AT, Shansis FM, Marshall M, Crowther R, Tyrer P. Day hospital versus outpatient care for people with schizophrenia *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; 4(1).
14. Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 1999;156(10): 1563-9.
15. Gómez R. La formación del psicoterapeuta grupal. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2019; 39(136): 117-142.
16. Wilberg T, Karterud S, Pedersen G, Urnes O, Irion T, Brabrand J, et al. Outpatient group psychotherapy following day treatment for patients with personality disorders. *J Pers Disord*. 2003;17(6):510-21.
17. Chakrabarti S. Usefulness of telepsychiatry: A critical evaluation of videoconferencing-based approaches. *World J Psychiatry*. 2015;5(3):286-304.
18. Smith K, Ostinelli E, Macdonald O, Cipriani A. COVID-19 and telepsychiatry: Development of evidence-based guidance for clinicians. *JMIR Ment Health*. 2020;7(8):e21108.
19. Ministerio de Sanidad. Documento técnico: Manejo en Atención Primaria y domiciliaria del Covid-19. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2020

20. Casas R. Indicaciones de ingreso psiquiátrico. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 1989;9(31):605-11.
21. Donisi V, Tedeschi F, Wahlbeck K, Haaramo P, Amaddeo F. Pre-discharge factors predicting readmissions of psychiatric patients: a systematic review of the literature. *BMC Psychiatry.* 2016;16(1):449.
22. Kalseth J, Lassemo E, Wahlbeck K, Haaramo P, Magnussen J. Psychiatric readmissions and their association with environmental and health system characteristics: a systematic review of the literature. *BMC Psychiatry.* 2016;16(1):376-385.
23. Morris DW, Ghose S, Williams E, Brown K, Khan F. Evaluating psychiatric readmissions in the emergency department of a large public hospital. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2018;14(1):671-9.
24. Ose SO, Kalseth J, Ådnanes M, Tveit T, Lilleeng SE. Unplanned admissions to inpatient psychiatric treatment and services received prior to admission. *Health Policy.* 2018; 122(4):359-366.
25. Bruckner TA, Singh P, Chakravarthy B, Snowden L, Yoon J. Psychiatric emergency department visits after regional expansion of community health centers. *Psychiatr Serv.* 2019;70(10):901-6.
26. Arfken CL, Zeman LL, Yeager L, White A, Mischel E, Amirsadri A. Case-control study of frequent visitors to an urban psychiatric emergency service. *Psychiatr Serv.* 2004;55(3):295-301.
27. Moruno P. La ocupación como método de tratamiento en Salud Mental [Internet]. 2003;4(1). Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/volumen.php?url=la-ocupacion-como-metodo-de-tratamiento-en-salud-mental>
28. López M, Laviana M. Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Algunas propuestas desde Andalucía. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2007; 27(99):187-223.
29. Rosillo Herrero M, Hernández Monsalve M, Smith SM. La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2013; 33(118): 257-271.
30. Townsend W, Boyd S, Griffin C. Emerging best practices in mental health recovery. Columbus: Ohio Department of Mental Health, 2003.